

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado de Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

**OS CUIDADOS DE HIGIENE E IMPLICAÇÕES NA GESTÃO  
DO SERVIÇO**

**DISSERTAÇÃO**

Orientação:

Professora Doutora

Maria Helena de Oliveira Penaforte

Coorientação:

Professora Doutora

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Cristina Manuela Campos Moreira da Silva

Porto 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos especiais à Professora Doutora Maria Helena Penaforte, pela preciosa orientação.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela atenta e crítica leitura.

Aos colegas do Bloco Operatório de Neurocirurgia e aos participantes no estudo pela disponibilidade.

Agradeço também à minha colega Isabel Silva, pela “força” que me deu ao longo do curso.

Ao João, e ao meu filho Pedro, pelo apoio e paciência que tiveram e pelo tempo que me concederam...

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APEGL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança.

CE – Conselho de Enfermagem.

CH – Cuidados de Higiene.

DGS – Direção Geral de Saúde.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

TQM – Total Quality Management.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

## RESUMO

As práticas de gestão relativamente aos cuidados de higiene, foi algo que sempre nos foi inquietando na nossa experiência. Orientados pela qualidade em saúde e a excelência dos cuidados, centramos as nossas preocupações nos processos de gestão em torno destes cuidados, admitindo que para as instituições de saúde o desafio da produção de ganhos em saúde impõe-se, onde o caminho passa por compreender além das práticas clínicas, os modelos em uso, e os processos de gestão, particularmente em algo que é real, como a dos cuidados de higiene em meio hospitalar. É neste contexto que surge o estudo “cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço”, pelo que se escolheu conhecer como é o processo de gestão utilizado pelo enfermeiro gestor nos cuidados de higiene, de modo a contribuir para a melhoria da prática de cuidados.

Estudo de carácter qualitativo, exploratório, descritivo e transversal, com recurso à entrevista semiestruturada, numa amostra que recaiu em treze enfermeiros com funções de gestão, num Centro Hospitalar do Norte do País. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, proposta por Bardin, (2009).

Dos resultados emergem doze áreas temáticas a conferir significado aos cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço. A conceção destes cuidados, emerge orientada para o cuidar do corpo físico, da sua limpeza e delegação, a traduzir um momento produtor de cuidados, uma conceção que aponta para um cuidado limitativo, enquanto ato de gestão. A monitorização dos cuidados de higiene quando existe, é acoplada a outros cuidados, contudo, considerados de primordial importância, e de que existe reconhecimento pelos familiares. A nível da formação em serviço, brota um investimento débil nos cuidados de higiene, porém a complexidade destes cuidados é reconhecida como um motivo para a dotação segura dos enfermeiros.

Relativamente à avaliação dos cuidados de higiene os participantes recorrem a estratégias como a observação direta e a avaliação informal, mas expressam uma visão dos cuidados de higiene, sem definição de indicadores de qualidade. No padrão bem-estar e o

autocuidado enquanto significativo nas intervenções autónomas, o autocuidado surge como representante da autonomia dos cuidados de enfermagem e o bem-estar do cliente como representante da satisfação do cliente. Sendo que, o autocuidado é evidenciado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros, de modo significativo pelos enfermeiros gestores, dando seguimento á razão de pensar sobre esta dimensão como fundamental.

Do estudo ressalta que os Cuidados de higiene não constituem um recurso ou preocupação estratégica para promoção da saúde. No processo de gestão, implicitamente há marcas de uma orientação limitativa sobre os próprios cuidados de higiene, debilitando o seu recurso. Todavia os achados também apontam para uma atualização teórica, ao falar-se nos contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do serviço, e da Representação do bem-estar e o autocuidado, enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas, desvendando-se abertura para outra conceção dos CH por parte destes enfermeiros gestores, onde o autocuidado se constitui representante da autonomia do utente e o bem-estar da sua satisfação.

**Palavras-chaves:** Cuidados de higiene; Gestão em enfermagem; enfermeiro gestor; Promoção da saúde.

## ABSTRACT

Management actions concerning hygiene, was something that was always present in our professional experience. Based on quality and excellence in health care, we focus our concerns in management processes around these care, accepting that to health institutions the challenge of producing health gains is imposed, where the path goes through understanding beyond clinical practices, models in use and management processes, particularly something that is real, as the hygiene in hospitals). It is in this context that arises the study "hygiene and implications for service management", so was chosen to know as the management process used by the nurse manager in hygiene, to contribute for improvement of care practices.

Study qualitative, exploratory, descriptive and cross-sectional character, using semi-structured interview, a sample comprising thirteen nurses with management functions, in a hospital in the North Country. The data were subjected to content analysis proposed by Bardin (2009).

From the results emerge thirteen thematic areas to give meaning to hygiene and implications for service management. The design of care emerges oriented to care for the physical body, its cleanliness and its delegation, to translate a time producer of care, a concept that points to a limiting care, while management act. Monitoring of hygiene when is there, is coupled to other cares, however, considered in the procurement of materials and equipment, in search of better conditions of care. The level of in-service training, flows a weak investment in health care, but the complexity of care is recognized as a reason for the safe allocation of nurses.

For the assessment of hygiene participants resort to strategies such as direct observation and informal assessment, but express a vision of hygiene, without definition of quality indicators. In welfare standard and self-care as a significant independent intervention, self-care freak as a representative of the autonomy of nursing care and the client's welfare as customer satisfaction representative. Since self-care is evidenced as gains in independent intervention of nurses, significantly by nurse managers, following up will reason to think about this as a fundamental dimension.

The study points out that CH does not constitute a resource or strategic concern for health promotion. In the management process, there are marks of a restrictive guidance on the own hygiene, weakening its action. However the findings also point to a theoretical update, when speak up the contributions of hygiene for quality care and service visibility and the representation of well-being and self-care, while significant pattern in autonomous interventions, opening up revealing to another design of hygiene by these nurse managers, where self-care is constituted representative of autonomy of the user and the welfare of their satisfaction

Keywords – Hygiene; nursing management; health promotion; nurse manager.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O LUGAR DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>15</b>
<b>1 – Cuidados de Higiene: História, Conceção e Formas de Poder .....</b>	<b>15</b>
<b>2 – Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem aos Cuidados de Higiene ...</b>	<b>19</b>
<i>2.1 – O Hospital Promotor de Saúde e a Promoção da Saúde no Cuidado Pelo Outro.....</i>	<i>22</i>
<b>3 – Estado da Arte - Cuidados de Higiene e a Gestão dos Serviços de Enfermagem.....</b>	<b>24</b>
<b>4 - O Enfermeiro Gestor Em Contexto Hospitalar.....</b>	<b>28</b>
<i>4.1 – Apresentação de Cuidados de Higiene Como Uma Atividade de Gestão.....</i>	<i>30</i>
<i>4.2 – Competências do Enfermeiro Gestor.....</i>	<i>32</i>
<i>4.3 – Indicadores de cuidados de Higiene Como Meios e Instrumentos de Avaliação .....</i>	<i>36</i>
<b>CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
<b>1 – Da Problemática aos Objetivos do Estudo.....</b>	<b>41</b>
<b>2 – Trabalho de Campo – Opções Metodológicas .....</b>	<b>44</b>
<i>2.1 – Método de Estudo .....</i>	<i>45</i>
<i>2.2 – Desenho de Estudo .....</i>	<i>46</i>
<i>2.3 – Meio do Estudo .....</i>	<i>47</i>
<b>3 – População e Amostra .....</b>	<b>48</b>
<b>4 – Técnica de Recolha de Dados.....</b>	<b>49</b>
<b>5 – Análise de Dados.....</b>	<b>50</b>
<b>6 - Procedimentos do estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO 3 – CUIDADOS DE HIGIENE E IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO SERVIÇO: DA APRESENTAÇÃO À ANÁLISE E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>1 – A Importância dos Cuidados de Higiene Para o Enfermeiro Gestor .....</b>	<b>54</b>
<b>2- Conceção do Enfermeiro Gestor Sobre Cuidados de Higiene. ....</b>	<b>57</b>
<b>3 - A Prática da Promoção dos Cuidados de Higiene Pelo Enfermeiro Gestor. ....</b>	<b>61</b>

<b>4 - O Diagnóstico dos Cuidados de Higiene Realizado Pelos Enfermeiros Gestores .....</b>	<b>63</b>
<b>5 - Contributos dos Cuidados de Higiene Para a Qualidade Assistencial e Visibilidade do Seu Serviço. ....</b>	<b>66</b>
<b>6 - Os Cuidados de Higiene na Avaliação do Desempenho dos Enfermeiros.....</b>	<b>69</b>
<b>7 - Abordagem dos Cuidados de Higiene na Passagem de Turno.....</b>	<b>72</b>
<b>8 - Os Cuidados de Higiene na Formação em Serviço. ....</b>	<b>75</b>
<b>9 - Monitorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene. ....</b>	<b>78</b>
<b>10 - A Influencia dos Cuidados de Higiene na Distribuição do Número de Clientes Pelos Enfermeiros .....</b>	<b>80</b>
<b>11 - Avaliação dos Cuidados de Higiene Pelos Enfermeiros Gestores .....</b>	<b>83</b>
<b>12 - Representação do Bem-Estar e o Autocuidado Enquanto Padrão Significativo nas Intervenções Autónomas .....</b>	<b>86</b>
<b>13 - Da Evidência dos Cuidados de Higiene e Implicações no Serviço: Uma Síntese.....</b>	<b>89</b>
<b>CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>108</b>
<b>Anexo I - Guião Da Entrevista.....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo II - Consentimento Informado para Participação na Entrevista .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo IV - Parecer Favorável Emitido pela Comissão de Ética. ....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo V- Caracterização Sociodemográfica dos Participantes – Enfermeiros Gestores ..</b>	<b>119</b>
<b>Anexo VI - Esquema Descritivo dos Resultados da Investigação .....</b>	<b>121</b>
<b>Anexo VII – Cuidados de Higiene e Implicações no serviço da Apresentação à Análise e Discussão.....</b>	<b>123</b>
<b>Anexo VIII - Ilustração dos Domínios de Competências do Enfermeiro Gestor (adaptado de OE, APEGEL, 2006) .....</b>	<b>135</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Questões de investigação por objetivo de estudo.....	44
<b>Figura 2</b> – Estrutura do desenho de investigação.....	46
<b>Figura 3</b> - Áreas temáticas relativas os cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço.....	53
<b>Figura 4</b> - A importância dos cuidados de higiene para o enfermeiro gestor.....	54
<b>Figura 5</b> - Conceção do enfermeiro gestor sobre cuidados de higiene.....	57
<b>Figura 6</b> - A prática da promoção dos cuidados de higiene pelo enfermeiro gestor.....	61
<b>Figura 7</b> - O diagnóstico dos cuidados de higiene realizado pelos enfermeiros gestores.....	64
<b>Figura 8</b> - Contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do seu serviço.....	67
<b>Figura 9</b> - Os cuidados de higiene na avaliação do desempenho dos enfermeiros.....	70
<b>Figura 10</b> – Abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno. ....	72
<b>Figura 11</b> - Os cuidados de higiene na formação em serviço. ....	75
<b>Figura 12</b> – Monitorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene.....	78
<b>Figura 13</b> - A influencia dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes pelos enfermeiros.....	80
<b>Figura 14</b> - Avaliação dos Cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores.....	83
<b>Figura 15</b> - Representação do bem-estar e o autocuidado enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas.....	86
<b>Figura 16</b> - Cuidados de higiene e implicações no serviço.....	95

## INTRODUÇÃO

O estudo que apresentamos, integrado no curso de mestrado de Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem, surge no decurso de um projeto em desenvolvimento, no âmbito da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e um Hospital do Norte do País, e centrado nos “Processos de Gestão e Garantia da Qualidade”. Especificamente, decorre dos resultados do projeto desenvolvido entre 2011 e 2013 intitulado “As tecnologias da informação no ensino à distância em formação organizacional”, determinando como objetivo, compreender o processo de gestão utilizado pelo enfermeiro gestor nos serviços.

Ao nível do quadro conceptual que suporta esta investigação, procuramos saber sobre as diferentes perspetivas teóricas, e os achados da produção científica, que além de elevar o nível de compreensão dos diversos contributos, vem sustentar as nossas preocupações, demonstrando que é possível compreender o processo de gestão utilizado pelos enfermeiros gestores nos cuidados de enfermagem.

Da produção científica reavemos uma inquietação progressiva com os cuidados de higiene e banho, na resposta de enfermagem, em meio hospitalar.

Do estudo de Penaforte, (2011) o banho, revela-se uma prática permeável que assimila a reatualização e pode constituir-se veículo da qualidade de cuidados de enfermagem, pelo reinvestimento e capacitação profissional, e com eles, a própria organização dos cuidados de enfermagem, e a satisfação do utente face aos mesmos. Até porque, o maior nível de satisfação dos clientes, é objetivo atual, que norteia as instituições de saúde pela sua relação com a qualidade dos cuidados.

No mesmo estudo, foram também encontrados ganhos em satisfação para o doente, alertando a autora, para a necessidade emergente da releitura das práticas e usos dos cuidados higiene e banho, precisamente: no empreendimento formativo e formação continua; ensino clínico; organização e planeamento de cuidados de enfermagem, método de trabalho; e formas do uso da comunicação desses cuidados (Penaforte, 2011).

Considerando os cuidados de higiene, somos conduzidos a associa-los a uma experiencia cultural e histórica da profissão, que enquanto cuidados de manutenção, desempenharam papel relevante no desenvolvimento da enfermagem, por outro lado, os

enfermeiros apresentam-se como mentores, ou seja, as pessoas responsáveis que cuidam de outras pessoas, pelo que se torna fundamental, ter presente na sua atuação, determinadas características e atitudes que possibilitem cuidados de higiene cada vez mais humanizados, ajustados e de qualidade (Alves, 2009; Hesbeen, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2006). Falar de humanização implica refletir sobre o cuidar de forma abrangente incluindo a essência do ato terapêutico dirigido à pessoa que cuidamos, considerando todos os sistemas que a envolvem, nomeadamente a sua família e /ou amigos como unidade a cuidar, todas as relações dentro do hospital, num esforço comum em que os conhecimentos devem ser canalizados no sentido da revalorização dos cuidados prestados à pessoa doente (Martins, 2009; Silva, 2006; Hesbeen, 2001).

É que, a ciência e a arte de bem cuidar só é possível se estiver sempre presente, de modo explícito e efetivo, a qualidade e persistência no processo de cuidados, de modo a proporcionar uma sadia e livre comunicação para perceber as necessidades a que terá de responder, com ciência, consciência e rapidez ajustada à pessoa fragilizada, encontrando-a e olhando-a, como um todo, na sua estrutura psicossomática, social, cultural, ética e religiosa. Para este resultado, é exigido tentar conjugar a competência científica atualizada, as técnicas adequadas, um efetivo esforço de respeito e consideração pela pessoa que cuidamos, valorizando além do acolhimento empático, um relacionamento aberto, com respeito pelas diferenças e reservas de cada um (Fonseca 2013), mas também, um ajustamento da organização dos cuidados e métodos de trabalho, num trabalho integrador do gestor de cuidados de enfermagem (Penaforte, 2011).

Reparando na produção científica, os cuidados de higiene surgem como cuidados quotidianos e habituais, de sustento e manutenção de vida (Colliere, 1989), com forte contributo para o desenvolvimento da própria vida e da autonomia da pessoa, formulando-os, como um requisito do autocuidado, quando formulado e expresso, podendo mesmo, constituir-se o propósito do autocuidado formalizado, e as razões para a resposta da enfermagem (Penaforte, 2011; Fonseca, 2013).

Portanto, pareceu-nos existir vários argumentos sólidos para investigar com maior profundidade o fenómeno dos cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço, pelo que projetamos como questão de partida para o estudo: - Como é o processo de gestão utilizado pelo enfermeiro gestor nos cuidados de higiene?

A preferência do desenvolvimento deste projeto de investigação foi sustentada em causas de interesse organizacional, e profissional porque divulga uma prática permeável que compreende a reatualização e pode compor uma via de qualidade de cuidados de

enfermagem, através da formação profissional. A própria organização dos cuidados de enfermagem, e a satisfação do utente face aos mesmos é um objetivo contemporâneo, que regula as instituições de saúde pela sua relação com a qualidade dos cuidados (Penaforte, 2011).

Neste sentido, delineamos como objetivos de estudo:

- Compreender o processo de gestão utilizado pelos enfermeiros gestores nos cuidados de higiene;
- Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores no contexto de cuidados de higiene;
- Descrever o recurso aos cuidados de higiene para a promoção da saúde no contexto hospitalar.

Este trabalho está organizado do ponto de vista estrutural em três capítulos: O primeiro capítulo, “O lugar dos cuidados de higiene na gestão dos cuidados de enfermagem”; O segundo capítulo, “da problemática á metodologia”. E o terceiro capítulo; “cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço: da apresentação à análise e discussão”:

No segundo capítulo, são abordados os aspetos de carater metodológico, tal como os objetivos do estudo, questões de investigação, tipo de estudo, contexto onde se desenvolve o estudo, instrumento de colheita de dados, procedimentos, tratamento de dados e considerações éticas. No final sintetizam-se as conclusões obtidas com esta investigação, bem como a bibliografia que suportou este trabalho. Em anexo, encontram-se determinados documentos considerados importantes para o desenvolvimento e para a sua realização.

A realização do presente trabalho foi evidentemente demarcada por dificuldades relacionadas com a inexperiência, no entanto, as diretrizes recebidas, o método e a exaltação foram os seus grandes estimuladores. Além dos resultados obtidos, todo o percurso se constituiu um precioso momento de aprendizagem e reflexão face à exigência e vivência de cada etapa, enquanto investigadora.

Contribuir para elevação do conhecimento em enfermagem e dignifica-la como profissão, é o nosso desejo e simultaneamente a finalidade última do presente estudo. Tornar a prática de enfermagem promotora de cuidados de excelência, através dos próprios cuidados de higiene e da sua orientação pela qualidade em saúde, foi a nosso preocupação e desafio. Até porque dos resultados é emergente refletir as inquietações

diárias, sobre as práticas de gestão nos cuidados de higiene, praticadas pelos enfermeiros gestores, bem como nos métodos e modelos de gestão em uso.

Nesta investigação alertamos para a necessidade emergente de ajudar e investir nas práticas e usos dos cuidados de higiene, incisivamente na formação contínua, formas de comunicação desses cuidados, no planeamento dos cuidados de higiene, enquanto repto à atenção dos enfermeiros gestores na procura de conhecimento e produção de indicadores nestes cuidados.

Até porque, dos resultados evidenciamos que para os enfermeiros gestores participantes, os cuidados de higiene brotam como um todo de cuidados, uma mera produção de cuidados, integrada numa rotina de limpeza, assumindo significado a sua própria delegação. Os Cuidados de higiene não constituem um recurso estratégico, para promoção da saúde, porque implicitamente assentam numa conceção limitativa dos próprios cuidados de higiene, debilitando o seu recurso. Neste sentido é fortificante para uma harmonizada gestão de serviços de saúde, um melhor conhecimento dos seus processos de gestão. Todavia, deste reconhecimento efetivo por parte dos enfermeiros gestores, se contribui para a melhoria contínua da qualidade dos serviços, enquanto atores responsáveis e fulcrais na dinamização da qualidade dos cuidados, incluindo a dos cuidados de higiene.

## **CAPÍTULO 1 - O LUGAR DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Neste capítulo, procuramos explicar sobre os conceitos centrais que perseguem este estudo, fundamentalmente, sobre cuidados de higiene, enfermeiro gestor, gestão em cuidados de enfermagem e promoção de saúde, tomando como referencia o proveniente do divulgado pela produção científica, o ponto de vista de pensadores, e investigadores, e ainda, o preconizado pelas políticas de saúde e as preocupações/diretivas governamentais.

Entendemos que tal abordagem contribui para a compreensão do estado das políticas de cuidados de higiene, incorporando atualmente nas atividades próprias de enfermagem como profissão, situando o conhecimento produzido e esclarecendo sobre a relevância e orientação do fenómeno em estudo, nestes cuidados.

A sequência da abordagem, em torno daqueles conceitos, surge pela sua implicância e relação de sentido, julgados favorecedores, para a compreensão do estado da arte nos cuidados de higiene e a sua gestão. Neste sentido, oferece-se olhar primeiramente sobre a história a conceção dos cuidados de higiene e modos de expressão, para posteriormente centrarmos a atenção nos padrões da qualidade e nos cuidados de higiene.

### **1 – Cuidados de Higiene: História, Conceção e Formas de Poder**

No percurso civilizacional o cuidado ao corpo emerge associado a rituais. Estes, enquanto estruturas formalizadas estão na base da regulação das relações sociais (Lawler, 2001), cuja Função, objetivo, significado e características mudam conforme as práticas a que dizem respeito, sofrendo variações no decurso do tempo (Salvado 2010).

No corpo estão simbolicamente as marcas da estrutura social ao longo do tempo, como as dos cuidados ao corpo, nomeadamente os cuidados de higiene (Mattoso 2011; Penaforte2011). Os cuidados ao corpo são comumente enunciados como cuidados disciplinados, ritualizados, segundo crenças e construções teóricas partilhadas pela sociedade (Delomel, 2006).

Os hábitos de vida são um resultado dessas práticas sociais ritualizadas e têm uma função de integração do indivíduo no grupo, representando todo um conjunto de formas de atuar e ser com vista à manutenção da vida (Collière, 1989). Os hábitos de vida estruturam-se em torno das noções de bem e mal pelo que pode advir para a existência. À medida que se repetem, reforçam-se e alargam-se a todo o grupo, tornando-se nos “alicerces dos hábitos de pensamento que se tornam em crenças” (Collière, 1989, p.274).

As crenças enquanto hábitos de vida, enquanto costumes, são elementos agregadores e disciplinadores dos indivíduos, e geram modos de ser e estar em torno de um espaço e tempo. O espaço, o local geográfico onde o grupo habita e no qual os hábitos alicerçam comportamentos e relações entre as pessoas e os objetos que nele existem, edificam um mundo de significados e símbolos. Os hábitos de vida, e as crenças que deles resultam, permitem ao grupo construir uma identidade própria e assegurar uma estabilidade e continuidade da sua permanência. Através deles as tradições e os costumes vão congregando os indivíduos em torno do projeto comum, assegurando um sentimento de pertença assim como modos de proceder e de nele se situar. São laços fortes que imprimem durabilidade ao viver em conjunto e criam regras de conduta do viver em comum, aceites por todos, que agem como mecanismos de defesa culturais.

Os hábitos de vida e as crenças fundam-se na manutenção da vida e encontram as suas origens nas práticas que permitiram ao homem sobreviver e subsistir, pelo que as práticas alimentares e as do corpo são as que estão na sua origem, práticas que estão na origem dos hábitos de vida e dos costumes (Collière, 1989). Presentes na vida, no dia-a-dia do grupo, eles asseguram a sua continuidade e proporcionam um sentimento de segurança e proteção, por surgirem de percursos conhecidos que se tornam familiares.

Segundo Penaforte (2011), no decorrer das alterações do próprio processo civilizacional, os hábitos de vida foram-se adaptando e alterando. Historicamente, os cuidados de higiene pertencem ao domínio do saber tradicional. Ao longo da história foram naturalmente evoluindo, transmitidos pelos atos e pela imitação, são transpostos num conjunto de práticas sociais. Com uma história de mais de 4 mil anos foi a partir do séc.

XVIII, com o aparecimento dos primeiros higienistas, que se deram as grandes transformações em matéria de higiene pública e privada (Bonnet, 1998). Os hábitos e costumes em torno das práticas de higiene passaram por diferentes concepções: de um medo da água porque pode penetrar no corpo, à noção de limpeza determinada pela brancura do vestuário, e à lavagem das mãos e do rosto apenas, passa-se para uma concepção de higiene decifrada como a limpeza da pele que, por estar mais limpa, respira melhor tal como os pulmões, um novo vigor e uma nova energia (Vigarello, 1988, p136).

As descobertas de Pasteur e dos seus seguidores, fazem com que a higiene deixe de ser um adjetivo do estado de saúde para designar o conjunto dos dispositivos e de saberes que favorecem a sua manutenção. Esta concepção evidencia a emergência de uma componente científica no final do século, a interpretação do banho como meio para a eliminação dos micróbios (Vigarello, 1988). Noção que se alastra ao ambiente hospitalar, surgindo no final do século XIX, a recomendação do banho semanal para os doentes e para o pessoal que nele trabalha (Vigarello, 1988).

O cuidado de higiene ao corpo evoluiu, fruto das mutações dos hábitos socioculturais, das interpretações, crenças e valores atribuídos ao corpo. No passado os cuidados ao corpo foram envoltos numa formação moral sólida e educação corporal, onde a higiene e saúde em geral assumiram uma elevada importância (Crespo, 1990). Na sociedade ocidental, a higiene é um ritual de limpeza que prepara o indivíduo para a vida social diária, daí realizado no início de cada dia (Penaforte, 2011).

Para Dolomel, (2006) tal interação é marcada por níveis de implicação, diferentes, a portadora do corpo doente, torna-se dependente de outro. O sentido de dependência e passividade é fertilizado pelo próprio hospital, ao restringir o corpo doente a um espaço limitado, na espera pelo cuidado, para o qual a doença também contribui. Numa rutura com os seus hábitos de vida, o doente abdica dos seus papéis e confia no agir do enfermeiro, entregando-se para ser cuidado, profissional que também o desnuda e toca, permitindo-lhe aceder à sua privacidade e intimidade (Gândara, 2010; Penaforte, 2011).

Cuidar o corpo do outro, desnudá-lo e tocar-lhe não se limita apenas a uma exposição do corpo substância, mas expõe a totalidade da pessoa tocando a sua interioridade e intimidade, as quais devem ser respeitadas e preservadas (Penaforte, 2011).

Os cuidados de higiene, ao implicarem uma interação de grande proximidade física dirigem-se a um corpo frágil e vulnerável, onde está implícita uma obrigatoriedade ética

de proteção, a qual segundo Meireles (2007), deve pautar-se no respeito pelo corpo, a sua condição humana enquanto ser autónomo e com capacidade para agir autonomamente, no requisito de condições para o exercício dessa mesma autonomia, e ainda, não fazer o mal mas maximizar os benefícios, numa exigência de equidade no cuidado (Meireles, 2007).

Na relação com estes princípios está a própria vulnerabilidade, ideia que os ultrapassa e só tem sentido enquanto fundamento desses mesmos princípios. A vulnerabilidade emerge como uma condição temporária e fator de diferenciação entre pessoas, é na sua vertente mais substantiva e nominal, uma condição constitutiva da humanidade, irredutível e inalienável, um elemento comum á pessoa (Salvado, 2010).

De acordo com Rendtorff (2002), a vulnerabilidade tem de ser o fundamento do tratamento das pessoas, em particular quando estão em instituições hospitalares, imperando aí a necessidade de proteção, e a abertura para noção de cuidado, responsabilidade e empatia para com esse outro, frágil e exposto, alicerçando um agir ético que objetiva a sua proteção.

Podemos salientar que tanto a vulnerabilidade como a fragilidade são condições do ser humano, que introduzem a possibilidade do outro ser ferido ou lesado nas diferentes dimensões da vida (física, afetiva, social, espiritual). Pressuposto que por si só, deveria desencadear comportamentos de prevenção e proteção mas é na experiência de situações, como com o corpo doente, que se modifica o próprio posicionamento interior de quem está próximo, deixando-se afetar por aquele corpo frágil e doente, tornando-se também vulnerável e frágil, como diz Renaud, I. (2005).

Os enfermeiros que assumem perante a sociedade e os cidadãos a quem prestam cuidados, um compromisso profissional específico, que pela proximidade com a pessoa vulnerável, dispõem de um acesso privilegiado na interação. Enquanto grupo profissional estão-lhe atribuídas competências específicas e exclusivas que lhes permite prestar os cuidados de que as pessoas carecem, para alcançar maior bem-estar, por razões de dependência ou doença, garantindo o cumprimento das normas deontológicas vinculadoras, não sendo aceite qualquer comportamento que viole a promessa feita e que desrespeite a deontologia profissional. (decreto lei nº 161/ 96, de 4 de Setembro de 1996).

Para Penaforte (2011) os cuidados de higiene permitem ao enfermeiro acederem ao corpo da pessoa, corpo doente, frágil e vulnerável. Encontro, que tanto emerge, orientado para a pessoa, que é e tem esse corpo, pela otimização e oportunidade do campo

de possibilidades, ou o transforma e o reduz à sua corporalidade, alvejando concepções distintas a nortear estes cuidados.

Gândara (2010) ao abordar o conceito do poder nos cuidados de enfermagem de higiene, reforça que este se expressa no agir do enfermeiro adornado numa concepção de cuidados e de poder, ou seja, o poder dos cuidados e o poder nos cuidados entrelaçam-se numa dinâmica potenciadora de um agir que reflete o poder do enfermeiro sobre as suas próprias ações Gândara (2010).

As atitudes e forma de estar dos enfermeiros refletem o modo como pensam e sentem em relação às pessoas e questões do meio onde se inserem, a criação da relação de ajuda no ambiente de cuidados torna-se primordial e intrínseco ao próprio cuidado. Até porque só se cuida verdadeiramente se se souber estabelecer uma relação de ajuda entre todos os elementos de cuidados e essencialmente com a pessoa cuidada (Rua 2011).

Em síntese: Face à dominância da técnica sobre o meio e a pessoa, impõem-se refletir o papel das relações humanas no meio hospitalar, os cuidados prestados e os processos de gestão. A evolução técnico-científica e social, implica que o enfermeiro gestor tenha consolidado a concepção de cuidar, por forma a assegurar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, alicerçados numa prática profissional eficiente, racional e científica.

Compreender o indivíduo como um ser que estabelece estruturas políticas-sociais e económicas, que aprende, implica inovar nas práticas de higiene (Carvalho, 2008). Será introduzido o próximo tema relacionado com a aplicação do conceito de qualidade na gestão das organizações, tem como finalidade melhorar continuamente até a excelência o produto ou o serviço final, mas também de todos os elementos da cadeia. Acreditamos que o enfermeiro gestor nos cuidados de higiene tenha uma participação ativa e um envolvimento global na gestão de recursos, com vista a otimização nos cuidados de higiene.

## **2 – Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem aos Cuidados de Higiene**

Da concepção ritual dos cuidados de higiene, legado histórico, e modos de expressão do cuidado em meio hospitalar, ajudam a perceber os cuidados de higiene, pelo que implicam ou condicionam na saúde e bem-estar da pessoa. Por sua vez, a filosofia

norteadora do cuidar em enfermagem e do cuidar humano, possibilitam contrapontos, que orientam para a importância da análise desta prática, a necessidade de a compreender, olhando os padrões de cuidados que a sustentam no presente.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade, é hoje assumida formalmente, pelas instâncias internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, e ainda as organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Criar um sistema de qualidade em saúde é uma ação prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde jogam um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico dos mandatos sociais de cada uma das profissões. É este o contexto no qual o Conselho de Enfermagem (CE) da Ordem de Enfermeiros (OE) enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros OE (2001).

A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Daqui, deduz-se o papel importante da definição pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

É importante distinguir, os diferentes papéis institucionais relativamente à qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que deve ser tido como compromisso da OE e o que deve ser tido como compromisso das instituições de saúde onde os enfermeiros exercem a sua atividade profissional.

De acordo com alínea b) do n.º 1 do artigo 30º do Estatuto da OE compete ao CE definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) n.º 2 do mesmo artigo e a alínea b) do n.º 2 do artigo 37º, compete respetivamente às comissões de especialidade e conselhos de enfermagem regionais, zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade.

Às instituições de saúde compete criar recursos e estruturas para um exercício profissional de qualidade. Foram definidas seis categorias de enunciados descritivas, pela ordem dos enfermeiros, relativas à satisfação dos pacientes, à promoção da saúde, à

prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos mesmos, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem OE (2001).

Pretende-se que estes enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros venham a constituir-se num instrumento que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos pacientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

A qualidade dos cuidados de saúde fundamenta-se por várias razões, entre as quais remetemos a de ordem social ou seja existe uma expectativa e uma exigência maior por parte dos clientes, a nível ético exige dos profissionais de formação e conhecimentos, a nível profissional o enfermeiro deve desenvolver as boas práticas, e a nível económicos em que abrange a racionalização dos recursos e progresso por parte das organizações para uma cultura de qualidade na saúde (Pessoa, 2005). O mesmo autor refere que o Ministério da Saúde pondera que a qualidade nesta área expõe algumas características singulares que a diferenciam a qualidade organizacional, por exemplo da indústria, na medida em que busca satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cliente e não responder à procura, dando sempre mais (Pessoa, 2005).

Isto permite refletir nos cuidados de higiene, nas relações de cuidado e na gestão de enfermagem.

Em suma, a melhoria contínua de cuidados só é possível através da atualização oportuna e constante dos conhecimentos e competências dos enfermeiros (Leprohon, 2002). Neste contexto o enfermeiro deverá integrar à sua prática individual a melhor enfermagem baseada em evidência (Craig et al, 2003). Proceder-se a uma avaliação sobre a mesma qualidade requer indicadores de resultados antecipadamente estabelecidos, com o objetivo de pôr em prática as inovações que se revelam indispensáveis e importantes para o desenvolvimento e crescimento dos profissionais, na prática das suas funções e na perspetiva do melhoramento contínuo do desempenho.

A avaliação do desempenho dos enfermeiros, desenvolvida de acordo com o Decreto- Lei nº437/91 de 11 de Novembro e legislação complementar, assim como da recente legislação indicada por Sistema Integrado da Avaliação do Desempenho da Função Publica (SIADAP), tem como principal objetivo avaliar a qualidade dos serviços, reconhecer e responsabilizar o mérito, distinguir níveis de desempenho favorecendo uma cultura de exigência e motivação, motivando o trabalho em equipa, fomentar oportunidades de mobilidade e progressão profissional, de acordo com a competência e o merecimento

demonstrados, identificar necessidades de formação, promover a comunicação entre os colaboradores e as chefias para fortalecer as aptidões de liderança e de gestão, com vista a promover os níveis de qualidade dos serviços e de eficácia.

Acreditando na dinâmica dos enfermeiros gestores enquanto responsáveis pelos serviços de enfermagem, para o desenvolvimento de uma nova perspetiva de cuidados de higiene e promoção da saúde, parece-nos pertinente fazer uma abordagem ao hospital promotor de saúde e a promoção da saúde no cuidado pelo outro.

### *2.1 – O Hospital Promotor de Saúde e a Promoção da Saúde no Cuidado Pelo Outro*

A promoção da saúde deve constituir-se na principal meta de qualquer hospital, numa prática diária e em todos os níveis de assistência à enfermagem. Prosseguir no desafio dependerá do lugar que o hospital ocupa na rede assistencial, nos recursos disponíveis e do modo como a atividade do hospital é organizada (Laverack, 2008).

Abordar a promoção da saúde neste sentido é entendê-la enquanto sistema, pelo qual as comunidades e os indivíduos estão em condições de exercer um controle sobre a saúde e melhorar o seu estado de saúde (Laverack, 2008). A promoção da saúde constitui assim uma estratégia relevante no campo da saúde e do âmbito social (Londoño, 2014). Ou seja, a promoção da saúde não deve apenas desenvolver as capacidades e as habilidades das pessoas, mas promover a reintervenção sobre o ambiente, para que estes sejam saudáveis, mas ainda modificar os fatores que impedem de os colocar em prática. Esta estratégia será possível de conseguir-se, se as escolhas saudáveis forem alcançáveis.

Perceber a promoção da saúde neste sentido, convida a lembrar retrospectivamente, as preocupações com a saúde que foram levando os responsáveis pela saúde dos vários países a reunirem, em diferentes momentos e épocas, por forma a refletir a saúde, os fatores que a determinam e nas formas como a podem controlar (Martins 2005). Foi em Alma-Ata (1977) que decorreu uma das principais reuniões para a saúde, emergindo a Declaração de Alma-Ata, marco importante para o movimento da saúde, a partir da qual, foi implementada uma nova orientação política de saúde. Esta orientação surge a enfatizar o reconhecimento da saúde, enquanto um bem de primeira necessidade e

um objetivo social, passando a compreendê-la num sentido positivo e indispensável para o desenvolvimento social, logo a apontar um direito humano fundamental (Martins, 2005).

Segundo Martins (2005), Alma-Ata leva ao desenvolvimento da Carta da Promoção da saúde, a Carta de Ottawa. Esta, apresenta um conjunto de princípios e estratégias por forma a melhorar as condições de saúde das populações, agora a partir de um novo conceito de promoção de saúde emerge um novo desafio para a saúde pública.

Segundo Londoño (2014, p. 402), a promoção da saúde a partir da Carta de Ottawa consagra alguns princípios de em torno da área de atuação, a implicar níveis de priorização e de responsabilização, nomeadamente: i) - A reorientação dos serviços de saúde baseados nos princípios de equidade, efetividade, acessibilidade e eficiência; ii) - O reforçar dos sistemas e redes de participação para a tomada de decisão; iii) – O desenvolver uma saudável política de saúde pública.

Destes princípios, a promoção da saúde assume capital importância, quer a nível governamental, de serviços/institucional e profissional, logo, a sugerir a adoção e adequação de estratégias consoante os temas a tratar. O esforço no caminho da promoção da saúde não deve ser isoladamente, mas com todos os profissionais, todos os serviços de saúde e toda a comunidade, num efeito de coresponsabilização.

Volvidos alguns anos da Carta de Ottawa, a promoção da saúde segundo Londoño (2014) pode ser realizada sem mudar as suas funções tradicionais através de incentivos culturais, melhorar a saúde dos utentes, dos profissionais e de toda a comunidade. No hospital, é fácil justificar a atividade de promoção da saúde e a partir dele, se tomar como objetivo os utentes e familiares, os profissionais de saúde, a comunidade e seu ambiente.

A participação ativa dos clientes e familiares, a comunicação e diálogo em focos como o autocuidado e na tomada de decisão que interferirão na sua saúde, são aspetos importantes para o utente hospitalizado e a promoção da saúde (Petronilho, 2013).

Na declaração de Budapeste, foram estudados a missão e as atividades dos hospitais promotores de saúde e de acordo com Londoño (2014), estes devem assegurar na sua vida interior, a promoção da saúde como parte da responsabilidade social corporativa. Fomentar ainda ambientes saudáveis para clientes e profissionais, estimular às suas participações no melhoramento dos processos de atenção à saúde, ainda na utilização eficiente e custo-efetivo dos recursos, e uma gestão adequada dos resíduos.

Nesta perspetiva um hospital promotor de saúde, não pode parar de se inovar, quer em termos organizacionais, profissionais e mesmos nos processos de trabalho. Estes aspetos são favorecedores da qualidade e segurança na atenção dispensada ao cliente.

O compromisso de um hospital voltado para a promoção de saúde, solicita estratégias de gestão, para que os cuidados de enfermagem sejam uma melhoria contínua e uma prática das ações de enfermagem permanente, incluindo os cuidados de higiene, enquanto área de prescrição autónoma do enfermeiro. A possibilidade de aperfeiçoamento e de mudança no modelo de promoção de saúde é um desafio constante para o hospital, os profissionais e os processos de trabalho. Quando o enfermeiro gestor organiza a sua equipa para as melhores práticas, orienta os profissionais e potencia os processos de trabalho, com a visão da promoção da saúde, está a construir práticas de enfermagem promotoras da qualidade e com um convívio mais solidário e amoroso, como refere (Londoño, 2009).

Diante do referido, considera-se que um Hospital voltado para a promoção da saúde requer estratégias de gestão, cuja melhoria das ações deve constituir um exercício contínuo da promoção da qualidade de vida e da saúde dos clientes, decorrente de um processo educativo, organizativo e político, com envolvimento de todos os profissionais de saúde. Será então inserido o próximo tema relacionado com o estado da arte – cuidados de higiene e a gestão dos serviços de enfermagem.

### **3 – Estado da Arte - Cuidados de Higiene e a Gestão dos Serviços de Enfermagem**

Em contexto hospitalar, os cuidados de higiene brotam diariamente. Ser enfermeiro em contexto hospitalar presume o convívio diariamente com a realidade dos cuidados de enfermagem, onde os cuidados de higiene se integram, enquanto área autónoma dos enfermeiros.

A necessidade de realizar e investir em métodos e processos de qualidade, está hoje fortemente adotada tanto por instâncias internacionais como o Conselho Internacional de Enfermeiros e a OMS, como por organizações nacionais, nomeadamente o Instituto da

Qualidade em Saúde e o conselho Nacional de Qualidade. No entanto ao escolhermos o caminho do exercício profissional de excelência, procuramos um nível de qualidade de cuidados de higiene gradualmente superior e baseado na reflexão sobre o que fazemos.

Na pesquisa realizada por Penaforte (2011), prestar cuidados de higiene de excelência indica, que o enfermeiro se deve envolver em todos os atos de cuidar, toda a sua competência profissional e pessoal, fazendo da sua relação criada com o cliente uma relação de ajuda autêntica.

Orientar cuidados de enfermagem num hospital, requer conhecimentos da área de gestão para atingirmos a excelência do exercício do cuidado de enfermagem. Da produção científica sobre a temática em estudo, identificamos o interesse da presente investigação. Da pesquisa realizada a nossa atenção recaiu em estudos que integraram conceitos voltados para o enfermeiro gestor, os cuidados de higiene, as implicações dos cuidados de higiene na gestão dos cuidados de enfermagem, e ainda consideramos os estudos cujo foco fosse a qualidade de cuidados, por trazerem contributos à investigação em curso.

Da pesquisa destacamos contributos das produções a partir de 2005, na sua maioria de natureza qualitativo. Em Portugal e na perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (2006), é do encargo da ordem dos enfermeiros promover um exercício de enfermagem de acordo com o regulamento do exercício Profissional dos enfermeiros no contexto conceptual dos padrões de qualidade, e ser adotada pelos gestores das organizações e instituições de saúde e de ensino, associações de enfermeiros e investigadores de enfermagem. Tal responsabilidade é ampla para a identificação de barreiras ao seu desenvolvimento e à promoção dos fatores institucionais e organizacionais que lhe são favoráveis.

Porém o nosso corpo não é uma máquina, na medida que não se encontra isolado da consciência e do mundo, o corpo de cada um será perpetuamente moldado pela cultura onde nasceu e, logo cada corpo será mais do que manifestação dessa cultura, submetendo pela consciência da pessoa, sua própria identidade (Watson, 2002).

Os cuidados de higiene prestados pelos enfermeiros necessitam de se libertar do silêncio e alinhar um planeamento teórico, norteador da formação e do exercício dos enfermeiros. Se não nos distinguimos pelos saberes movidos nos cuidados que o corpo do cliente impõe, distanciarmo-nos da área que sempre nos diferenciou nos cuidados de higiene (Lopes, 2005).

Associado a tais pressupostos (exercício profissional, padrões da qualidade e a responsabilidade do enfermeiro gestor), a implementação da qualidade é reforçada e desafiada, que por exemplo na perspectiva da Joint Commission Resource (JCI) (2008), assenta na partilha de boas práticas e processos precisamente por levar a um melhor atendimento e a resultados de partilha de boas práticas e também dos processos. A comissão além de medir, identificar e compartilhar melhores práticas de segurança e qualidade de cuidados ao cliente, fornece soluções inovadoras para ajudar as instituições de saúde a melhorarem os seus resultados e o seu desempenho.

A pesquisa realizada por Araújo (2008), procurou compreender alguns dos contributos dos cuidados de enfermagem na obtenção de ganhos em saúde, para a população e conhecer se na evidência destes contributos é possível manipular a lógica da gestão nas organizações de saúde. Recorrendo a uma triangulação, concluiu que as ações autónomas onde os grupos de diagnóstico expõem maiores níveis de dependência é a higiene e que as ações autónomas de enfermagem variam pouco durante o internamento, sendo as horas de cuidados de enfermagem o que mais atinge os custos globais por cliente.

Os cuidados de higiene na atualidade assumem como sendo um cuidado relegado, e considerado como a tarefa do turno da manhã, refere Martins, (2009). O estudo traduz-nos a vivência da intimidade da pessoa idosa no banho e a influencia da condição de género do cuidador, assim como da experiência profissional do enfermeiro, do autocuidado no banho e das maneiras de proteção da privacidade, utilizados pelos enfermeiros. O banho progressivamente está a ser um cuidado afetado pela perda da sua importância, incluindo pelas alterações económicas, no sentido de produzir a menor custo.

Porem a pesquisa realizada por Fragata (2011), através de um estudo descritivo-correlacional dirigido a profissionais, envolvidos diretamente na prestação de cuidados nomeadamente 60,2% enfermeiros; assistentes operacionais 21,3%, médicos 9,5%; técnicos 0,8%. Concluiu que a dimensão “aprendizagem organizacional e melhoria continua”, demonstra a competência da instituição e das equipas para crescer e implementar as estratégias de melhoramento, sobretudo nas áreas reconhecidas como “oportunidades de melhoria”. Tal como referido por aquela autora, também Leão, (2012), investigou o modo como as orientações resultantes da gestão hospitalar, influencia a prestação de cuidados de saúde, com a particular ênfase na humanização dos cuidados. É um estudo de natureza qualitativa, cujo resultado mostrou a sobrecarga de trabalho e a desmotivação como os principais obstáculos a triunfar na prestação de cuidados de saúde.

O estudo revela o fato de que as experiências contemporâneas de gestão, influenciadas pelos princípios do New Public Management, carecem de ser reformuladas para melhor conciliar os objetivos da qualidade e da gestão assim como a humanização dos cuidados.

A pesquisa realizada por Fonseca (2013) evidenciou que os cuidados de higiene como componente do conhecimento inerente à ciência de enfermagem, deve ser realizado pelo enfermeiro, dado o seu lugar privilegiado para o desenvolvimento do cuidado, o que lhe possibilita comunicar com a pessoa, e através do tocar, observar, interpretando as condições físicas, verbais e comportamentais, pode regular os cuidados de enfermagem colocando em prática as capacidades afetivas e cognitivas do cliente.

Nelas (2013), através de informações obtidas a partir da investigação exploratória e descritiva, de registos de enfermagem dos e relatórios de turno, com o objetivo de testar a resposta dada as necessidades de classificação do grupo de clientes que frequentam o hospital pediátrico, aponta para a necessidade de utilização de mais de um método de cálculo no dimensionamento de equipas de enfermagem.

Porém, foi aplicada, no dia 2 dezembro de 2014 em diário da república, a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Diário da república, 2ª serie – Nº 233 - Regulamento Nº 533/2014), segundo a ordem os enfermeiros gestores estão agora dotados deste instrumento para impor que os conselhos de administração possuem recursos humanos adaptados aos serviços, tendo sempre em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

Estes estudos testemunham que ocorre em paralelo, da parte dos enfermeiros, uma crescente preocupação pelo zelar dos cuidados de higiene como via da qualidade dos cuidados prestados. Divulgam de igual modo que este tema é adequado e atual para a gestão em enfermagem.

Como forma de compreender todo este processo, e após termos dado a conhecer uma síntese dos principais resultados da pesquisa pela literatura que efetuamos, e de interesse para a presente investigação, passamos a evidenciar outro conteúdo igualmente importante, no ponto seguinte, o enfermeiro gestor em contexto hospitalar.

## 4 - O Enfermeiro Gestor Em Contexto Hospitalar

Naturalmente que as organizações, independentemente dos seus objetivos, precisam de ser dirigidas, organizadas e controladas, ou seja necessitam de ser geridas.

A figura do enfermeiro gestor é importante porque como refere Santos (2008, p.31) qualquer organização enquanto consumidora de bens ou serviços fornecidos por qualquer organização pública ou privada, qualquer pessoa tem legitimidade de esperar que o bem ou serviço fornecido satisfaça as suas necessidades, no que respeita à qualidade, preço forma, e demais atributos.

A produção desses bens ou serviços dependerá, por sua vez e fundamentalmente, da qualidade da gestão dessas organizações. Quando melhor esta seja, melhor será a sua capacidade de satisfação das necessidades dos seus clientes, utentes ou utilizadores.

Cabe ao enfermeiro gestor, assegurar que isso aconteça, o que não deixará também de ter reflexos positivos na satisfação nos clientes, como referido anteriormente.

É fundamental referir que a qualidade da gestão dos serviços de enfermagem irá também muito contribuir positivamente para a melhoria das condições económicas do hospital, e conseqüentemente, da qualidade de vida e do bem-estar dos clientes.

Um hospital como organização, é portadora de uma grande variedade de recursos materiais, humanos e tecnológicos, exigem um planeamento e um controlo dos resultados, com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Na perspetiva do Chiavenato (2002) e de um modo geral, o gestor profissional possui uma formação diversificada, conhecedor de várias questões que interagem com as pessoas no planeamento na execução, e na elaboração das tarefas, independentemente das suas posições hierárquicas. O gestor torna-se um agente de mudança, modificador de organizações, levando-as a novos caminhos, objetivos, projetos, e estratégias.

Aguiar, Costa & Weirich (2005) refere gestão em enfermagem como um instrumento que contribui para a enfermagem de forma significativa, como um modelo de prestação de cuidados, de produção dos mesmos, com a finalidade de assegurar a

qualidade da organização. As novas inclinações de gestão em enfermagem serão apropriadas se o enfermeiro gestor interiorizar que gerir é também cuidar.

Backes, Backes, Sousa & Erdmann (2008) dizem-nos que as chefias têm um papel muito importante a nível administrativo, porque a grande parte do seu trabalho é dedicado á gestão e ao planeamento. A principal função do enfermeiro chefe não é gerir por gerir, mas gerir num contexto de saúde organizacional, tendendo principalmente para a prestação de cuidados, no sentido de promover a saúde. É o enfermeiro chefe que estabelece a relação da lógica da prestação dos cuidados e a lógica da gestão da instituição

Hesbeen, (2000 p. 87) relata que o enfermeiro gestor tem um trabalho árduo, devido a pressão exercida por parte da hierarquia e da equipa que gere e os seus próprios princípios e convicções. Ao mesmo tempo tem que gerir o serviço na qual é líder, e sem esquecer de ir ao encontro dos objetivos da instituição. Refere também que a obrigação do gestor de serviço é de dar atenção ao pessoal do seu serviço, para lhe oferecer os melhores meios para exercerem as suas funções, e nelas encontrarem satisfação.

Seguindo as orientações do mesmo autor, muitos enfermeiros chefes estão mais voltados para os enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços onde exercem funções de gestão, responsabilizando-se por um serviço de qualidade de cuidados prestados e com boas condições de trabalho. Nesta lógica, a atenção do gestor está voltada para o profissional de enfermagem e não para os clientes e famílias. Estes últimos também são importantes, mas a realidade quer sejam enfermeiros que prestam cuidados diretos quer desempenhem funções de gestão, tem encargos diferentes que se completam. Um gestor deve defender os interesses dos seus elementos de equipa proporcionando-lhes um ambiente adequado á prática dos cuidados diários. O gestor cuida dos que cuidam, logo segundo o autor, deve cuidar da equipa para que possa prestar cuidados (Hesbeen, 2000).

Refletir sobre o enfermeiro gestor em contexto hospitalar significa reconhecer uma nova visão sobre o sistema de saúde, das melhores práticas, e de equipas potencializadas e competentes. Deste modo, esta perspetiva estabelece uma relação entre a prestação de cuidados de higiene como uma atividade de gestão. Consciente que este facto é orientador e valioso para este processo de investigação, procuramos assim no ponto seguinte ilustrar os aspetos das funções do enfermeiro gestor.

#### *4.1 – Apresentação de Cuidados de Higiene Como Uma Atividade de Gestão*

Na prestação de cuidados o enfermeiro chefe, juntamente com a sua equipa de enfermagem, forma uma unidade de gestão de cuidados que trabalham como uma equipa de melhoria contínua de cuidados de higiene. As funções do enfermeiro gestor estão referidas no manual de normas de enfermagem ACSS (2011).

Can (1998) refere que o enfermeiro gestor como coordenador e líder de todo o processo de cuidados de higiene, de forma a cumprir os objetivos individuais, e os do subsistema de gestão organizacional é responsável pelo desenvolvimento das suas competências, tais como: i) - Aplicar e desenvolver processos inovadores e projetos que promovam a melhoria dos cuidados de higiene; ii) - Utilizar os resultados da avaliação do grau de satisfação dos clientes para traçar objetivos de melhoria de qualidade dos cuidados de higiene; iii) - Utilizar as sugestões dos clientes como mecanismo de inovação no processo de cuidar; iv) - Organizar reuniões de equipa para troca de ideias e de experiências, reduzir conflitos e proporcionar a interligação entre vários serviços.

A comissão de avaliação de qualidade dos cuidados e a comissão dos enfermeiros auditores devem zelar pela qualidade de cuidados de higiene e o rigor dos resultados. A comissão de avaliação da qualidade deve elaborar pareceres e sugestões à enfermeira diretora sobre os resultados dos projetos ou estudos na área da qualidade de cuidados de higiene.

Hesbeen, (2000) acrescenta que muitas das atenções dos enfermeiros gestores estão fixas no enfermeiro prestador de cuidados, no serviço onde presta cuidados e no serviço onde exerce funções de chefia, garantindo-lhes a melhor qualidade de cuidados prestados e as melhores condições de trabalho. Mas quer o profissional que presta cuidados diretos ou o que desempenha funções de chefia tem missões diferentes que se completam. Independentemente do grau hierárquico, um gestor de enfermagem deve zelar pelos interesses do seu colaborador, proporcionando-lhe um ambiente organizacional de acordo com à sua prática de cuidados diários. Para o autor, é correto referir-nos ao chefe como prestador de cuidados, uma vez que ele cuida dos que cuidam, o objetivo do trabalho do enfermeiro chefe é cuidar da equipa de enfermagem que presta cuidados.

O enfermeiro gestor cuida da equipa e reciprocamente. A qualidade dos cuidados de higiene depende desta relação entre enfermeiro gestor e equipa de enfermagem. A missão de um gestor de enfermagem de acordo com Hesbeen (2000), assenta em vários parâmetros, orientados pelos sentidos do promover, organizar, comunicar, desenvolver, deliberar e formar.

Cabe referir que o enfermeiro gestor no exercício das suas funções, deve abdicar do controlo e da hierarquia, da formalidade e da ordem, para dar destaque à análise de todo o processo de cuidar, e a participação de toda a equipa e a comunicação. A gestão de enfermagem dentro desta prática social, necessita de partilhar as suas ideias e dar espaço a novos horizontes e analisar os cuidados prestados (Spagnol, 2005).

O mesmo autor refere que o chefe é o elemento com maiores responsabilidades, por exemplo ao nível de gestão, compete-lhe gerir os recursos humanos do serviço. Logo o bom e o mau funcionamento do serviço, a motivação e a satisfação dos seus colaboradores dependem das atitudes do enfermeiro gestor. Assim adquire a importância as questões de liderança e de supervisão.

O enfermeiro gestor como é o responsável pelos cuidados de higiene que o hospital presta à comunidade, desde a sua conceção até ao resultado final, tem entre outras funções, de definir padrões de qualidade de enfermagem e indicadores de avaliação do serviço de enfermagem. É o coordenador e o orientador dos serviços de enfermagem e promove a qualidade dos cuidados de higiene prestados pelos enfermeiros à comunidade. O enfermeiro gestor, fica responsável pelo desempenho, eficiência e garantia do desenvolvimento da qualidade dos cuidados de higiene.

O enfermeiro gestor na sua prática hospitalar, avalia as necessidades dos clientes e organiza as respostas necessárias de acordo com os princípios científicos da gestão e da enfermagem. Este, é responsável pela gestão de recursos humanos que lhe são atribuídos, assim como a gestão dos recursos materiais e equipamentos para os cuidados/tratamentos dos clientes. O enfermeiro gestor domina competências na área de gestão que vão, desde a gestão de stocks/farmácia até a gestão de conflitos e de recursos humanos. Ele tem a responsabilidade, de zelar pela segurança do cliente respeitando-o como pessoa e cidadão.

Em Portugal, o enfermeiro gestor tem como objetivo fundamental a prevenção, a segurança reabilitação e tratamento do cliente, através da gestão de cuidados de enfermagem, da gestão dos serviços, da gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde.

Em síntese, acreditamos na agilidade dos enfermeiros gestores enquanto responsáveis dos serviços de enfermagem, para o desenvolvimento de outra perspectiva de cuidados de higiene, através de uma participação ativa e um envolvimento global na gestão de cuidados de higiene. Parece-nos que além dos papéis desempenhados pelos enfermeiros gestores, também é pertinente abordar as suas competências, para entender a melhoria da qualidade dos cuidados de higiene.

#### *4.2 – Competências do Enfermeiro Gestor*

A semelhança do que fizemos anteriormente, também aqui iniciamos a nossa reflexão com questões que nos surgem sobre as competências do enfermeiro gestor. Neste sentido, necessitamos de compreender diferentes perspectivas sobre “Competência”, refletir sobre a mesma e a sua ligação, no contexto da gestão em enfermagem.

Em cada época foi necessário limar as práticas de cuidados de enfermagem em conformidade com as práticas de cuidados de saúde e com os cuidados de saúde, de cada cultura, onde resultam necessidades diferentes e, conseqüentemente, o agir com competências diferentes e variando de perspectivas e de valorização de aspetos técnicos, numa dicotomia saúde-doença, até à valorização atual dos aspetos relacionais.

Le Boterf (2005) afirma que a competência não é limitada a uma perspectiva individual, pois toda a competência comporta duas dimensões, uma dimensão individual e uma dimensão coletiva, envolvendo, assim não só o profissional, mas também a situação profissional. Transpondo estes pressupostos para a enfermagem, no que se refere ao desenvolvimento das suas competências, o enfermeiro deve mobilizar sempre, os seus recursos individuais, técnicos e os recursos do meio, combinando-os, selecionando-os, e integrando-os, de forma a saber administrar a complexidade das situações que emergem nos contextos de trabalho.

Para saber gerir essa complexidade é necessário, na opinião de Le Boterf (2005), saber mobilizar saberes em contexto profissional, saber agir com pertinência, saber aprender e aprender a aprender, saber combinar saberes múltiplos, saber envolver-se.

O enfermeiro gestor sendo responsável pelas atividades de planeamento, organização, liderança e controlo, espera-se que assumam determinados comportamentos de gestão designados, por papéis do gestor, Santos (2008).

Ao contrário do que seria de esperar em que os gestores processam sistematicamente e cuidadosamente a informação antes de tomarem decisões, Mintzberg referido por Santos (2008) notou que a maioria dos gestores decidia por instinto, devido às inúmeras interrupções, o que inviabilizava a cuidada ponderação, análise e procedimento de informação. Constatou ainda que a generalidade dos gestores desenvolvia grande variedade de tarefas, pouco padronizadas, de curta duração, e que metade das tarefas desempenhadas, quando individualizadas, não durava mais de nove minutos.

Citado por Santos, (2008) e com base no estudo de Mintzberg concluiu que os gestores assumiam dez papéis diferentes, mas muito inter-relacionados, na gestão das suas organizações. A partir das afinidades entre esses papéis, Mintzberg agrupou-os em três categorias de comportamentos de gestão: - Comportamentos interpessoais; comportamentos informativos e comportamentos decisórios. É importante que eles possuam a capacidade de antecipar e visualizar as alterações do meio envolvente, assegurando a constante adaptação da organização a essas mudanças.

Hoje, existem a nível nacional e internacional, vários documentos que apresentam as competências standard para o enfermeiro gestor. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros com a associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) após um estudo alargado foram debatidos os vários eixos de intervenção, como forma de obter consenso, publicou as competências do enfermeiro gestor em Dezembro (2010). Nele são indicados os principais eixos e os respetivos elementos de competências standard, que para garantir a segurança do cidadão/família e comunidade foram subdivididas em quatro eixos: Prática profissional ética e legal; Gestão de cuidados e serviços; Intervenção política e Assessoria; Desenvolvimento Profissional (Anexo VIII).

São os enfermeiros gestores das unidades de cuidados, que fazem a gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos. Isto acontece porque são estes enfermeiros que tem uma maior perceção do serviço de cuidados de enfermagem, e como tal poderão contribuir de forma eficiente, e objetiva para a melhoria da qualidade de cuidados. Esta melhoria é entendida como uma medida de custo benefício ou seja o que se obtém da relação entre os resultados, e os custos exigidos para atingir qualquer melhoria na qualidade de cuidados de enfermagem (Marques, 2010).

Nova, (2008), refere que os enfermeiros gestores podem interferir na eficiência, racionalizando os gastos, e selecionar a utilização desse material de forma a identificar e otimizar eficazmente sua utilização, criando ferramentas e estratégias para um alto nível de desempenho.

Segundo o Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, atual legislação, as categorias de enfermeiro são formadas por dois níveis, o enfermeiro e o enfermeiro principal, este ultima pode exercer funções de direção e chefia na organização do Sistema Nacional de Saúde desde que sejam titulares da categoria de enfermeiro principal segundo o mesmo Decreto-Lei, no seu artigo 18º, ponto 1, e obedeçam aos restantes parâmetros nesse Decreto-Lei. A mesma legislação (Artigo 10º) refere sobre as competências do enfermeiro principal:

*“e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre a afetação de meios;*

*h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgão, ou de assessoria e participar nos processos de contratualização;*

*n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades.”*

No mesmo artigo o ponto 2 refere ainda, que constituem critérios adicionais de nomeação as competências evidenciadas no exercício de funções de gestão e de coordenação de equipas assim como na formação em gestão de serviços de saúde.

Nesta sequência é de evidenciar o quanto a evolução está ligada ao conceito de qualidade de cuidados de enfermagem, o que implica um exercício competente na evolução. Reflexão que nos leva às questões da formação dos enfermeiros gestores e à arte de liderar subjacentes, aos aspetos abordados, de forma a promover a qualidade de cuidados de higiene.

Assim, a formação dos enfermeiros gestores é tida como essencial para a qualidade do atendimento ao cliente e para a satisfação do enfermeiro que presta cuidados de enfermagem ao cliente, a formação é considerada fundamental, tanto para o enfermeiro como para o enfermeiro principal, tanto para a prática autónoma da enfermagem como para a evidência de competências em enfermagem.

Para Denize (2004) nesta sociedade o conhecimento é como um novo motor de economia e passa a ser o principal ativo das pessoas e organizações. O conhecimento passa a ser o ponto fundamental em relação aos processos de gestão e das organizações de trabalho, porque permite a função do conhecimento à execução da tarefa. Para além dos recursos naturais, mão-de-obra e capital financeiro o conhecimento nas organizações tornam-se relevante.

Por outro lado, quando nos referimos ao enfermeiro gestor, estamos a falar do elemento que coordena a equipa de enfermagem e ao desempenho de todas as competências que compete ao enfermeiro gestor. O líder de um grupo deve optar por uma gestão descentralizada (Rocha, 2010). Liderar não é o mesmo que gerir. O líder não gere a organização, mas vai pedir a cada elemento, a cada unidade que faça a gestão adequada, fomentando a partilha de visão Lopes (2012).

A propósito Teixeira (2011) afirma que liderar é motivar, inspirar, desafiar os que conosco colaboram, para atingir níveis cada vez mais elevados de rendimento. Liderar uma equipa significa manter os seus componentes focados no atingir dos objetivos comuns em causa. Resolver os problemas colocados pela necessidade de atingir os objetivos com um determinado rendimento. Treinar e procurar libertar a energia intelectual e emocional de cada membro da equipa no sentido de alcançar o maior rendimento possível. Requer uma observação seletiva, com a finalidade de ensinar, desafiar e melhorar competências.

Ao finalizar esta reflexão reforçamos, ainda que brevemente a importância da formação do enfermeiro gestor, não só pelos saberes e conhecimentos que surgem da formação mas também para construir saberes que lhes permitem agir profissionalmente para garantirem a qualidade de cuidados de higiene, bem como o que se espera das competências de um líder de cuidados de enfermagem, as relações humanas sempre presentes. Até porque um bom líder é alguém que vive com entusiasmo a luta por determinados objetivos e é capaz de entusiasmar aqueles que lidera na procura comum desses mesmos objetivos. É nesta procura comum que o atingir de objetivos, também passa por progredir em direção a indicadores, como de cuidados de higiene, e que abordamos no ponto seguinte.

### *4.3 – Indicadores de cuidados de Higiene Como Meios e Instrumentos de Avaliação*

Abranger a qualidade dos cuidados de higiene é uma meta que as instituições pretendem atingir, por meio de das suas ações, exercício profissional e de ética, aos clientes.

No sector da saúde existe uma tendência de se construírem indicadores de eficiência, eficácia e afetividade com base em padrões e critérios preestabelecidos para uma dada realidade de qualidade.

Malik e Schiesari (1998) citado por Kurcgant (2005) refere que dificilmente um indicador é capaz de retratar a realidade, é mais provável que um grupo deles o consigam retratar. Logo, para garantir o acesso a um conjunto de indicadores, é fundamental a existência de um sistema de informação capaz de proporcionar maiores e melhores elementos para a construção e para o uso dos elementos.

Neste contexto sobre indicadores de cuidados de higiene como meios e instrumentos de avaliação da qualidade entendemos ainda ser revelante abordar a perspectiva do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) que, no sentido de desenvolver a profissão e influenciar as políticas de saúde, aprovou, no Conselho de Representantes Nacionais (1989), a resolução de estabelecer uma Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) que pudesse utilizar-se em todo o mundo, na formação, na prática, na investigação e na gestão.

A partir deste momento foram desenvolvidas as versões temporárias Alfa e Beta, terminando em 2006 com a apresentação da CIPE Versão 1.0. Os componentes desta classificação são segundo a ICN (2006) os elementos da prática de enfermagem: o que fazem os enfermeiros em face de determinadas necessidades humanas para produzir determinados resultados (intervenções, diagnósticos e resultados de enfermagem).

A realidade da enfermagem está representada pela CIPE, sendo uma ferramenta de análise descrição e comparação de práticas de enfermagem, a nível internacional e nacional, suportando a recolha e análise de dados, produzindo informação fiável e válida para a tomada de decisão em saúde, Abreu (2011).

Esta classificação é o produto de um trabalho a nível de vários países, e ao abrigo do ICN, que permitiu encontrar uma matriz terminológica capaz de incorporar os conceitos

estruturantes para a profissão. Esta classificação permite formular diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções, e identificar resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, segundo uma determinada pessoa ou realidade, Rua (2011).

Hoje, o desenvolvimento das tecnologias de informação é uma prioridade em enfermagem, tendo em conta a exigência da qualidade dos cuidados, só os desenvolvimentos de sistemas de informação onde seja possível contrapor a gestão da informação, a segurança dos cuidados, os tempos de intervenção e a disponibilização racional de recursos Abreu (2007).

Em Portugal, iniciativas como o programa GRASP o primeiro surge em 1986, comercializado pelo hospital Grace Reynolds que visa a gestão e controlo da qualidade de cuidados de enfermagem pelo sistema de classificação de doentes, mantido em Portugal pela IGIF e a criação da direção de serviços de Promoção e Garantia da qualidade (DGPGQ) (Decreto-Lei nº 345/93 de 1 de Outubro).

Salientamos aqui a perspetiva de Assis (2010) em que os clientes de saúde têm da qualidade dos cuidados que lhe são prestados um afastamento da realidade das teorias e conceitos da qualidade praticada na indústria pelos sistemas de qualidade normalizados pela ISO9000. Na análise desta autora não existe participação dos clientes nos processos de garantia de qualidade e de avaliação. Os cuidados de saúde são caros e os custos da não conformidade, do trabalho e do desperdício são caros e a prevenção tem um valor incalculável. O cliente tem uma menor possibilidade de escolha e direito a uma elevada qualidade de serviços. Cada vez mais, o cliente exige um contacto personalizado a todos os níveis da organização, através de três aspetos fundamentais: I) – Disponibilidade; ii) – Assiduidade; III); - Relação prestador/cliente; IV) - Organização dos serviços.

Para a implementação de programas de qualidade, são indispensáveis ferramentas que promovam uma mudança no meio físico, nas questões organizacionais, que auxiliem na melhoria da auto-estima dos profissionais e no relacionamento entre os sectores. Especificamente em relação a enfermagem, tem sido implementadas algumas medidas no sentido de estabelecer programas de monitorização aplicando indicadores, tais como: cuidados com cateteres, controlo da dor, úlceras de pressão, flebite e de vigilância da queda de clientes, administração de medicamentos Kurcgant (2005).

Para Kurcgant (2005) independentemente do programa adotado, considera que os indicadores devem ser capazes de atenderem aos seguintes objetivos: I ) - Melhorar a

assistência ao cliente; II) - Fortalecer a confiança de todos os clientes; III) - Atender as exigências de órgãos financiadores; IV) - Reduzir custos; V) - Atrair e estimular o desenvolvimento dos profissionais.

Acresce referir que de acordo com Marques (1997) e citado por Assis (2010), a criação de indicadores de melhoria de qualidade, definição de objetivos estratégicos, sistemas de melhoria da qualidade, tem-se manifestado como pontos importantes e como atividade reconhecida por todos os profissionais de saúde e da administração de saúde.

Deste modo desde a recente reestruturação da direção Geral da Saúde (Decreto-Lei nº 122/97, de 20 de maio), com a criação da divisão de acreditação e Auditoria e da divisão da Qualidade, as grandes orientações para 1997/98 daquela Direção Geral, é dada ênfase á atualidade da problemática da qualidade nos sistemas de saúde pública e privados.

No âmbito da enfermagem, sempre existiu a ação informal para atingir a qualidade da assistência, representada pelas enfermeiras em seguir rigorosamente todos os passos, acreditando-se com isso que seriam assegurados os resultados esperados Kurcgant (2005). O mesmo autor menciona que a habilidade é a própria capacidade de cuidar, de realizar algo, sendo um dos alicerces da qualidade da assistência, e as crenças e valores influenciam o padrão estabelecido para a assistência, envolvido na qualidade dos resultados desejados da interação do enfermeiro/cliente, e reflete-se no saber ser enfermeiro.

Fás sentido considerar, a importância de elaboração de indicadores possíveis de serem estudados e comparáveis, no âmbito da gestão dos serviços de enfermagem, de acordo com os padrões internos e externos da instituição. Desta forma, podemos implementar instrumentos reguladores da qualidade da assistência de enfermagem baseados nos componentes de estrutura, de processo e de resultado, OE (2007).

Consequentemente validar indicadores leva o enfermeiro a encontrar respostas para diversas questões de gestão, assistência, económicas e legais, mostrando resultados em relação ao atendimento prestado, e a implementação de ações de melhoria, baseadas em elevados padrões de qualidade, OE (2007).

Assis (2005) afirma que sem envolvimento dos profissionais de enfermagem, não haverá qualidade, por isso as pessoas necessitam de ser motivadas e capacitadas para produzirem mais e com melhor qualidade. Para uma gestão eficaz dos cuidados de higiene, é importante implementar uma política de qualificação do pessoal para transformar os serviços de saúde e enfrentar os desafios e as novas políticas do país.

Desta análise emerge a importância dos indicadores de cuidados de higiene no âmbito da avaliação da qualidade, e no conteúdo funcional do enfermeiro gestor entre outras funções compete-lhe definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação do serviço de enfermagem. Deve ainda estabelecer uma procura da qualidade dos cuidados de enfermagem, a partir de referências que refletirão a política de cuidados de enfermagem definida para o respetivo serviço. Esta política deve ser entendida como refere Penaforte (2010), a ciência e a arte de elaborar orientações de cuidados, adotar estratégias, fixar objetivos, e implementar as respetivas ações, para a qualidade.

Na procura da qualidade dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro gestor deverá gerir eficazmente as atividades do serviço de enfermagem, incluindo os cuidados de higiene com base na sua capacidade de liderar um grupo. Assim sendo, finalizamos a contextualização teórica e passamos à delimitação da problemática em estudo e a descrever o inerente enquadramento metodológico.



## **CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA**

Do enquadramento teórico que incorreu do percurso pelos conceitos centrais, exploramos aspetos essenciais, pertinentes e fundamentais para a compreensão do problema, o que nos permitiu uma conceção clara e organizada do nosso objeto de estudo.

Em sequencia o presente capítulo, avança com a reflexão e justificação do estudo, apontando as razões que nos levaram a considerar “os cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço” o centro do estudo ( Fortin, e Coté e Filion ,2009).

Na evolução do capítulo, a fase metodológica surge para precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho conducente à investigação. Nas opções metodológicas esclareceremos sobre o desenho escolhido.

Começamos por apresentar a problemática e os objetivos do estudo, o tipo de estudo, o procedimento de recolha de dados, o contexto dos participantes no estudo, o instrumento usado para recolha de dados, o procedimento de análise da informação e por fim, as considerações éticas tidas em conta.

### **1 – Da Problemática aos Objetivos do Estudo**

O estudo surge na convicção de que através da investigação podemos encontrar respostas e/ou sugestões para algumas questões que compõem o fenómeno em estudo e contribuir para a qualidade e melhoria dos processos de gestão nos cuidados de higiene.

Salientamos que uma das razões para a realização do presente estudo advém do fato de considerarmos que a prática clínica e interação inerente a estes cuidados, podem qualitativamente melhorar através da otimização da evidência científica, acreditando que podem ser recriados pelo avançar do conhecimento produzido, até porque é uma prática que se revela permeável, às possibilidades e oportunidades de informação e de atualização. (Fonseca, 2011; Penaforte, 2011).

Decorrente da experiência profissional e do atual investimento no curso de mestrado de direção e chefia de serviços em enfermagem, o nosso interesse pela abordagem dos cuidados de higiene e os processos de gestão, passa pela constatação além da rotinização dos mesmos nas práticas diárias em meio hospitalar, o aparente desinvestimento e subaproveitamento nos processos de gestão, o que nos foi inquietando na nossa experiência.

De acordo com evolução dos cuidados de higiene, estamos orientados a associá-los a uma experiência histórica e cultural da profissão de enfermagem, que como um cuidado de manutenção desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da profissão, uma vez que os enfermeiros são os conselheiros e responsáveis pelos clientes, ou seja, possuem determinadas atitudes e características que viabilizam um cuidado humanizado, de qualidade e de encontro as necessidades do cliente (Martins, 2009; Penaforte, 2011; Fonseca, 2013).

Os cuidados de higiene e o banho no estudo de Penaforte, (2009) revela-se um exercício que inclui uma reatualização, para conseguir ser um meio da qualidade dos cuidados de enfermagem e da satisfação do cliente, através da formação profissional, e da própria organização dos cuidados de enfermagem. A própria autora depara com ganhos em satisfação para o cliente, prevenindo para a necessidade urgente da releitura das práticas e hábitos dos cuidados de higiene e banho: inclusive na formação continua; ensino clínico; método de trabalho; formas de uso da comunicação desses cuidados; e planeamento de cuidados de enfermagem.

Orientados pela qualidade em saúde e de forma a glorificar a enfermagem como profissão, promotora de cuidados de excelência, centramos aqui o nosso estudo no domínio das mudanças de atitudes dos enfermeiros gestores, refletidas em comportamentos na área da renovação das posturas dos enfermeiros gestores, enquanto atores responsáveis e fundamentais na dinamização e qualidade dos cuidados de enfermagem, como refere Londoño, (2010) enquanto seres distintos, reconhecem as suas necessidades, como indivíduo, também cuidam humanizando as suas ações.

Pelo que admitimos na atual investigação, em termos de objetivos, explorar e descrever sobre a conceção de cuidados de higiene na perspetiva do enfermeiro gestor.

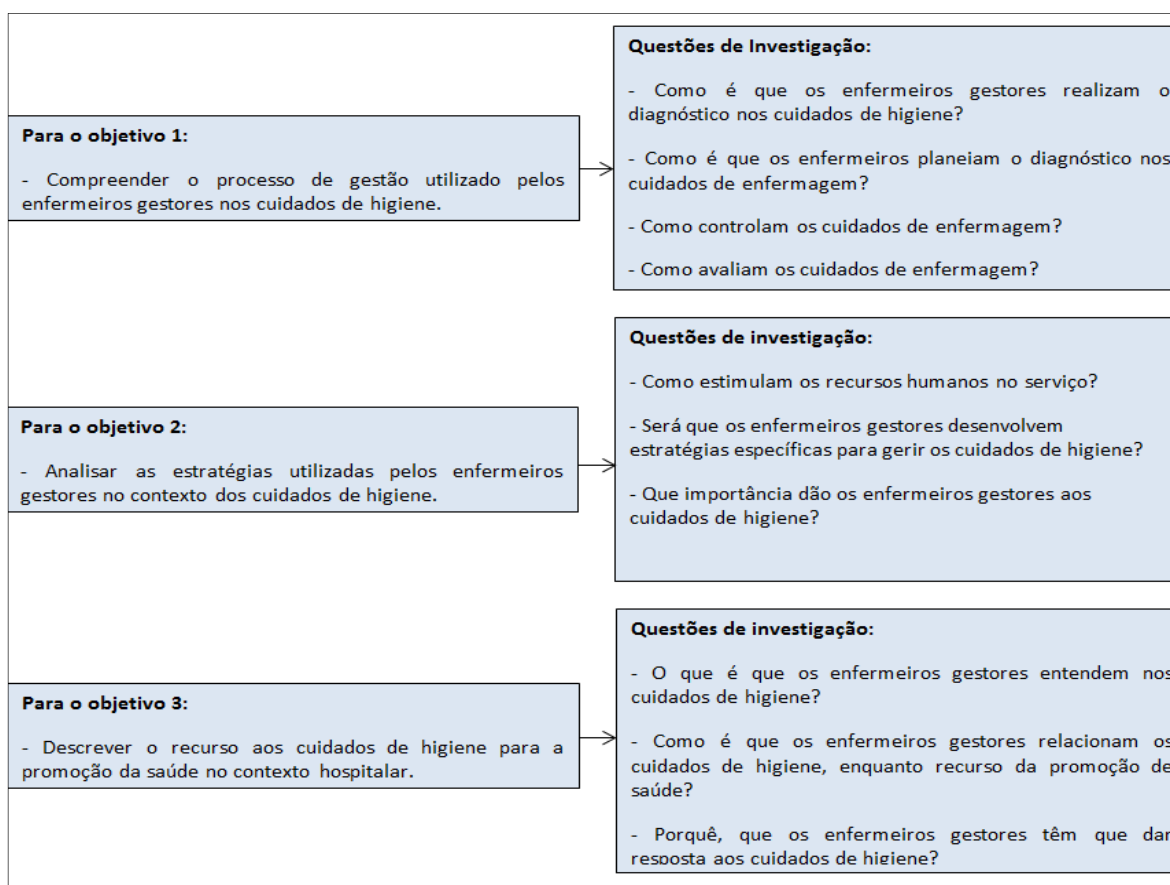
Perante a contextualização em torno dos cuidados de higiene, a nossa preocupação centra-se nos processos de gestão em torno destes cuidados, onde estão implicados os enfermeiros gestores. Neste sentido tornou-se pertinente realizar um estudo no âmbito dos cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço”, pelo que questionamos: Como é o processo de gestão utilizado pelo enfermeiro gestor nos cuidados de higiene?

Em sequência, orientados pelos conceitos centrais abordados, precisamos o nosso objeto de estudo, com o objetivo geral de, conhecer como é o processo de gestão utilizado pelo enfermeiro gestor nos cuidados de higiene, cuja consecução, foi orientada pelos seguintes objetivos específicos:

- Compreender o processo de gestão utilizado pelos enfermeiros gestores nos cuidados de higiene
- Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores no contexto dos cuidados de higiene.
- Descrever o recurso aos cuidados de higiene para a promoção da saúde no contexto hospitalar.

De acordo com os objetivos, elaboramos algumas questões de investigação, de forma a precisar a informação sobre o fenómeno da gestão dos cuidados de higiene, do que realmente se pretende obter com a realização deste estudo (Polit e Beck, 2011), e que divulgamos na figura 1.

Figura 1 – Questões de investigação por objetivo de estudo.



Elencadas as questões de investigação, a concentração do investigador deve orientar-se para a elaboração de um plano de trabalho que segundo Fortin, Coté e Filion (2009), deve constar todo um conjunto de atividades inerentes á concretização para o decorrer do próprio processo de investigação, pelo que passamos a apresentar as opções metodológicas que presidiram à consecução do estudo.

## 2 – Trabalho de Campo – Opções Metodológicas

Na evolução deste capítulo, esclareceremos sobre a escolha do método para o estudo, onde é definido o paradigma, e estratégias usadas para a compreender a temática, o desenho escolhido (amostra, contexto, procedimentos de recolha de dados, técnica de análise de dados utilizada, e as considerações éticas) (Fortin, 2009). Para Fortin, e Coté e

Filion (2009) é no decurso desta fase que o investigador determina, num desenho de investigação, a maneira de obter respostas à questão de investigação, cuja natureza varia de acordo com o objeto do estudo.

As opções metodológicas exigem uma reflexão para que a prática de enfermagem baseada e fundamentada na evidência, se apresente corretamente adequada ao estudo em causa. Descritas as questões, a nossa atenção orientou-se para a construção do plano de trabalho passando a descrever o tipo de estudo.

### *2.1 – Método de Estudo*

A opção pelo método de estudo vem ajudar a caracterizar a condução da própria investigação, a fim de concretizar melhor compreensão do tema, segundo Fortin, Coté e Filion (2009).

O recurso à abordagem qualitativa apresenta-se como a perspetiva que nos permitiu abordar o fenómeno da gestão nos cuidados de higiene, de modo holístico, buscando a compreensão desta realidade uma vez que se oferece como o que melhor dá resposta aos objetivos formulados (Tuckman, 2002). Esta Opção permitiu interpretar e explorar sobre o conceito da gestão nos cuidados de higiene conduzindo-nos á descrição da experiencia dos enfermeiros a exercer funções de gestão dos cuidados de enfermagem e ao significado que atribuem a essa experiencia (Vilelas, 2009; Fortin, Coté e Filion, 2009).

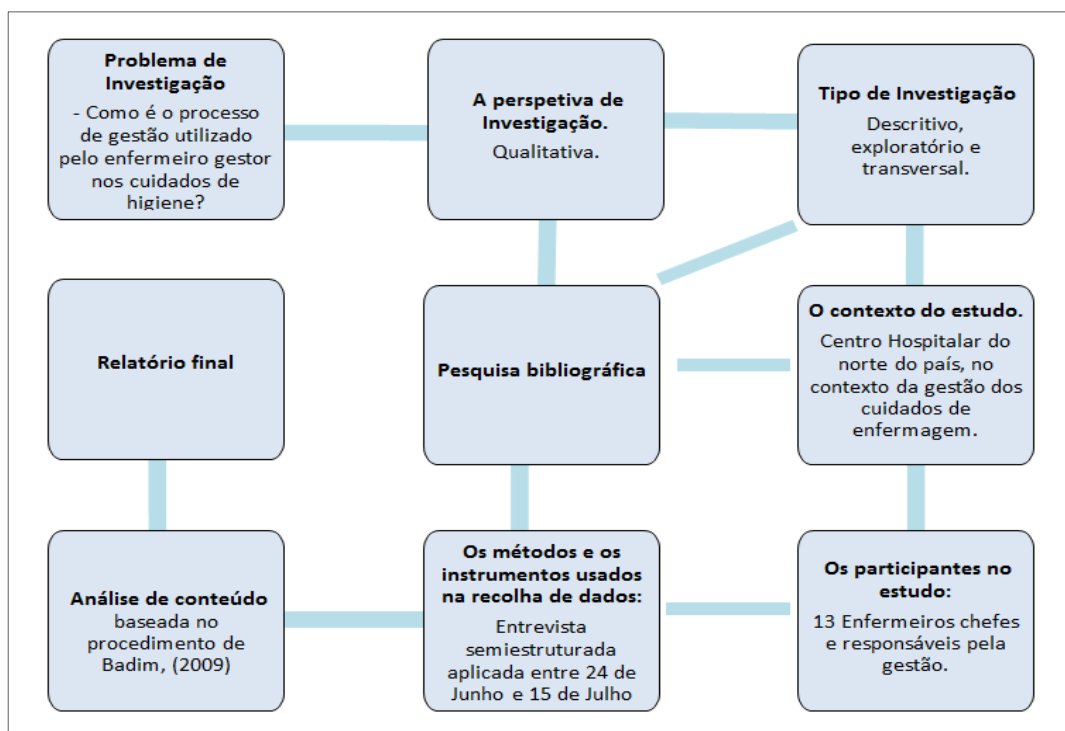
Sendo a abordagem qualitativa o tipo de método que melhor se ajustou para o presente estudo, sem o arrojo de pretender esgotar o conhecimento sobre a temática, mas sim, conhece-la com mais profundidade, precisamente no contexto da gestão dos cuidados de higiene, dado constituir-se numa temática pouco explorada.

## 2.2 – Desenho de Estudo

A construção do desenho da investigação consiste em conceber um guia orientador para o investigador, sobre os diferentes momentos, etapas e atividades intrínsecas, que constituem a sua planificação, tendo em vista a realização do seu estudo e a própria consecução dos objetivos (Fortin, Coté e Fillion 2009).

No esquema que se segue apresentamos o desenho do nosso estudo e inerente sequência de etapas que integrarão o percurso.

Figura 2 - Estrutura do desenho de investigação



Tomando a relevância atribuída á gestão dos cuidados de higiene, enquanto cuidados de enfermagem, e que entendemos estudar, é de considerar o modo como estes são delegados, relegados e considerados a expressarem diferentes conceções desse cuidar, (Penaforte, 2009; Martins, 2009; Fonseca, 2013), partimos questionando o modo como o processo de gestão é utilizado pelo enfermeiro gestor nos cuidados de higiene. Norteados pelos objetivos delineados, consideramos que o tipo de estudo que melhor orientaria esta investigação seria de carácter descritivo, exploratório e transversal.

Tal opção assenta no pretender descrever e explorar a experiência do enfermeiro gestor, no seu processo de gestão utilizado a nível dos cuidados de higiene, olhando a uma descrição dos conceitos associados a esta problemática. Pretendemos analisar como tal fenómeno se expressa, conhecendo as suas características e propriedades de modo a ampliar o conhecimento sobre a problemática da gestão de enfermagem nestes cuidados, de si, pouco explorada, ( Fortin, Coté e Filion, 2009; Vilela, 2009 e Fonseca, 2013).

Relativamente a dimensão temporal do olhar sobre o fenómeno, o estudo será transversal, dado pretender-se que todas as avaliações sejam feitas num único momento, pois não existe um período de seguimento dos participantes no estudo, como é preconizado nos estudos transversais (Fortin, Coté e Filion, 2009).

A abordagem do fenómeno será ainda descritiva, por visar descrever e qualificar detalhadamente o nosso fenómeno, onde ao investigador cabe o papel de analisar uma situação, “... *Tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população...*”, *de compreender fenómenos ainda mal elucidados... ou conceitos pouco estudados ...*” (Fortin, Coté e Filion, 2009 p.34).

### 2.3 – Meio do Estudo

A conjuntura onde se desenvolveu a colheita de dados, foi num Hospital Central do Norte do País. Este Hospital revelou-se de grande conveniência, pois enquanto investigador precisa de um meio para desenvolver o seu estudo, mas deve acautelar-se e considerar que as características do meio podem influenciar o modo como a amostra se comporta, pelo que a seleção deste, é de capital importância (Fortin, Coté e Filion 2009). Atendendo ao método e tipo de estudo preconizado, consideramos o estar em meio natural, por nos permitir aceder aos participantes no seu meio e contexto profissional, onde habitualmente desempenham funções de chefia e fazem a gestão dos cuidados de enfermagem, o que nos aproximou das suas experiências de gestão no quotidiano, (Fortin, Coté e Filion 2009 e Vilelas 2009).

### 3 – População e Amostra

Num estudo de investigação, a escolha dos participantes reveste-se de grande importância, pois é nesta etapa que se precisa a população, junto da qual se vai recolher informação, (Fortin, Coté e Filion 2009). Porém a população alvo nem sempre pode ser abordada na sua totalidade, por vezes é necessário definir a população acessível da população alvo. Tal acesso pode ser efetuado por uma seleção de uma amostra da mesma (Fortin, Coté e Filion 2009). Tendo em conta o acima descrito para o nosso estudo pretendemos realizar a seleção da população alvo obedecendo a critérios prévios como:

- Ser enfermeiro a prestar serviços de gestão no Hospital Central do Norte do País selecionado e que trabalhassem nos serviços que fizeram parte da amostra no estudo desenvolvido entre 2011 e 2013 intitulado “As tecnologias da informação no ensino à distância em formação organizacional”. Neste primeiro estudo foi aplicado um questionário sobre os padrões de qualidade de cuidados de enfermagem a 50% dos enfermeiros chefes desta instituição, que depois de eliminados os que não responderam ao total das questões, ficou uma amostra não probabilística de 23 Enfermeiros chefes. Foi sobre estes que recaiu o nosso estudo, 19 na fase inicial que aceitaram continuar a participar, mas apenas 13 vieram a integrar o presente estudo.

Para a presente seleção da amostra optamos por um método de amostragem não probabilística, onde o processo de seleção de cada elemento da população alvo não tem a mesma probabilidade de ser escolhido e entrar na amostra (Fortin, Coté e Filion, 2009), ou seja, consideramos uma amostra intencional em virtude de serem consideradas características dos participantes que o investigador tomou como relevantes (Fortin, Coté e Filion 2009; Vilelas 2009) nomeadamente terem participado no estudo anterior como já referido, desempenharem funções de gestão dos serviços de enfermagem, primando pela aplicação do critério de inclusão, ser participante voluntário.

Relativamente ao método de amostragem intencional este revela-se adequado uma vez que pretendemos escolher os participantes em função de traços característicos, enriquecendo assim a compreensão da problemática.

Do contexto sociodemográfico dos participantes no estudo (Tabela 1), (Anexo V) salienta-se que maioritariamente é constituído por mulheres, precisamente 10 mulheres e três homens, cujas idades variaram entre os 36 e 57 anos. Sobre a categoria profissional, 12 possuíam uma especialidade em enfermagem, 2 tinham outra licenciatura (Gestão;

Recursos Humanos), 1 detinha Pós - Graduação em formação de Enfermagem Avançada, 2 possuíam o curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem e 1 o Mestrado em Sistemas de Informação. Quanto ao tempo na profissão varia entre 16 e 37 anos e o tempo de serviço como gestor em enfermagem varia entre os 2 e 17 anos, sendo que, 2 não são detentores da categoria de enfermeiro chefe.

Sobre a formação especializada, 12 possuíam uma especialidade em enfermagem, 2 tinham outra licenciatura (Gestão; Recursos Humanos), 1 detinha Pós - Graduação em formação de Enfermagem Avançada, 2 possuíam o curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem e 1 o Mestrado em Sistemas de Informação.

Quanto ao tempo na profissão varia entre 16 e 37 anos e o tempo de serviço como gestor em enfermagem varia entre os 2 e 17 anos, sendo que, 11 deles, não possuem formação na área da gestão.

Relativamente à categoria de enfermeiro chefe, verifica-se que apenas 2 dos participantes no estudo não eram detentores da categoria.

#### **4 – Técnica de Recolha de Dados**

A seleção do método para a recolha de dados exige atender além da natureza do estudo e tipo de estudo, mas também aos objetivos e às próprias questões de investigação, selecionando o que de melhor se adequa a fim de conseguir dar resposta a estes, Fortin, Côté e Fillion (2009).

Para dar resposta às questões orientadoras, neste projeto de investigação foi utilizada a entrevista semiestruturada, porque é um modo particular de comunicação verbal entre o pesquisador e os participantes cujo principal objetivo é a colheita de dados, referentes às questões de partida e orientadoras. Neste sentido, foram definidas questões temáticas, com base na informação que se pretendia recolher de cada participante, tendo em conta os objetivos do estudo e a questão de investigação, foram esboçados tópicos temáticos a abordar na evolução da entrevista, sendo então criado um guião da entrevista (Anexo I).

Antes de se iniciar a recolha de dados foram efetuadas duas entrevistas para servirem de pré teste à entrevista e ao próprio guião, de forma a verificar a viabilidade e aplicabilidade das questões, aos enfermeiros gestores com as mesmas características dos participantes em estudo, assegurando os aspetos éticos, das posteriores entrevistas.

## **5 – Análise de Dados**

Para a análise de dados, num estudo qualitativo o investigador deve olhar à perspetiva holística da pessoa de modo a compreender, interpretar a experiência e o significado que os participantes atribuem ao fenómeno da gestão dos cuidados de higiene em análise, (Fortin, Coté e Filion 2009; Polit e Hungler, 2000).

Para a análise da informação recorreremos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, (2009). Após recolha da informação, procedemos à codificação das entrevistas utilizando a letra “ E ” seguida de um número de acordo com a sua ordem de realização. Os discursos das entrevistas foram transcritos, seguindo-se a leitura e releitura dos mesmos, a fim de angariar uma ideia geral dos achados.

Em sequência, no tratamento da informação atendemos ao orientado por Bardin, (2009) para a identificação do universo das categorias emergentes. Posteriormente, iniciamos ao reagrupamento e organização das categorias, numa tarefa de leitura, linha a linha e de questão por questão, percorrendo todas as entrevistas, de onde elaboraremos uma grelha de análise de dados, organizados e validados. Seguindo Bardin (2009), o agrupamento foi conduzido pelo pressuposto de que a característica é tanto mais frequentemente referida quanto mais importante é para os participantes, enfermeiros a exercer funções de chefia, relativamente ao seu processo de gestão a nível dos cuidados de higiene. Numa fase final da análise apresentamos o elenco das categorias e subcategorias emergentes dos achados, onde se procurou respeitar os princípios básicos (homogeneidade, exaustividade, objetividade e a pertinência), indicados por Bardin (2009), face às unidades de significação.

A partir da análise procedemos à apresentação dos achados seguidos da sua discussão e confronto com a produção científica e a informação do enquadramento concetual que construímos.

## **6 - Procedimentos do estudo**

O uso das opções metodológicas impele-nos para a necessidade de descrever com pormenor, os pontos de partida do estudo, os contornos, o nosso posicionamento (Abreu 2001). Por conseguinte a aplicação do desenho exige ser-se no percurso além de metódico, sistemático, nos diferentes procedimentos, desde o acesso aos participantes, enfermeiros gestores, até aos procedimentos éticos (Fortin, 2009). Em sequência descrevemos sobre procedimentos metodológicos e os procedimentos éticos.

*Relativamente aos Procedimentos de colheita de dados*, preferimos que após obtenção da autorização formal quer do Conselho de Administração, (Anexo III), quer da Comissão de ética, (Anexo IV), partimos para o período da recolha de informação.

Conscientes de que o caminho faz-se caminhando, a entrada no campo de pesquisa foi preparada também com o planeamento de encontros individuais com os enfermeiros gestores, previamente á colheita de dados. A concretização da colheita de dados veio decorrer no período entre 24 de Junho e 15 de julho, de 2014.

A entrevista teve início com a apresentação do investigador e do estudo que se pretendia realizar, o esclarecimento a cada participante sobre o objetivo da pesquisa e obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), a necessidade de obter autorização para áudio-gravação das entrevistas, bem como o anonimato na transcrição das entrevistas e a garantia de confidencialidade.

Todas as entrevistas foram efetuadas num gabinete de enfermagem, disponibilizado para o efeito tendo sido este local cómodo e sossegado.

Todos os temas foram abordados e registados em suporte áudio de modo a facilitar uma análise sustentada e fiável dos conteúdos, evitando efeitos perturbadores à entrevista

(Vilelas, 2009), proporcionando o consentimento aos participantes. A duração média da entrevista oscilou entre os vinte e os trinta e cinco minutos.

***Relativamente aos procedimentos éticos***, refletimos e atendemos sobre algumas questões éticas que se nos colocaram durante o percurso, por forma a não comprometer o próprio rigor da investigação (Fortin, Coté e Filion, 2009; Vilelas, 2009).

Para a concretização do estudo foi solicitada autorização ao conselho de administração do respetivo centro hospitalar (Anexo III) e o parecer à comissão de ética do mesmo centro hospitalar (Anexo IV). A partir dos pareceres favoráveis, prosseguimos na preparação da nossa entrada no campo de estudo.

Neste âmbito é relevante assegurar os cinco princípios ao ser humano participante num trabalho desta natureza, e determinados pelos códigos de ética.

Norteados pelos princípios acima designados, efetivamos a explicação do estudo a todos os participantes, dando a conhecer, de forma clara e concisa, os seguintes detalhes: I) - Razão de ser do estudo (título e o motivo da estudo); II) - Os objetivos que se pretende obter com o estudo; III) - Tipo de instrumento de colheita de dados a usar; IV) - Referência a que a participação dos sujeitos é unicamente voluntária e será retirado do estudo se exteriorizar essa vontade sem que esteja sujeito a qualquer penalização.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi fornecido a cada um dos participantes, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações facultadas e a não identificação dos mesmos (Anexo II).

Terminada a pesquisa, todo o material recolhido ficou sob o domínio do investigador, não disponibilizado a terceiros, o qual será destruído após termo do trabalho. Em síntese, durante todo o percurso procuramos manter uma atitude de respeito ético.

## **CAPÍTULO 3 – CUIDADOS DE HIGIENE E IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO SERVIÇO: DA APRESENTAÇÃO À ANÁLISE E DISCUSSÃO**

No presente capítulo proceder-se-á à apresentação, análise e discussão dos dados provenientes da análise de conteúdo das treze entrevistas efetuadas aos enfermeiros gestores de um Hospital do Norte do País. Pretende-se além de descrever, analisar e discutir-se o emergido, interpreta-lo na base da fundamentação teórica, para dar resposta à questão de investigação.

Deste modo apresentamos a análise qualitativa das entrevistas realizadas a enfermeiros gestores, os dados segundo Bardin (2009).

Procurou-se através da análise de conteúdo das entrevistas descobrir significados e agrupar a informação obtida, a qual possibilitou doze áreas temáticas (figura 3). Assim em cada área temática será também apresentada a categoria e as subcategorias, e discutida a informação conseguida, que também no (Anexo VI) se complementa com um esquema global sobre a mesma.

Figura Nº 3 - Áreas temáticas relativas aos cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço.

<b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>
1 – IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE PARA O ENFERMEIRO GESTOR
2 – CONCEÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE CUIDADOS DE HIGIENE
3 – PRÁTICA DA PROMOÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE PELO ENFERMEIRO GESTOR
4 – O DIAGNÓSTICO DOS CUIDADOS DE HIGIENE REALIZADO PELOS ENFERMEIROS GESTORES
5 – CONTRIBUTOS DOS CUIDADOS DE HIGIENE PARA A QUALIDADE ASSISTENCIAL E VISIBILIDADE DO SERVIÇO
6 – OS CUIDADOS DE HIGIENE NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS
7 – ABORDAGEM DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA PASSAGEM DE TURNO
8 – OS CUIDADOS DE HIGIENE NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO
9 – MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES RELACIONADOS COM CUIDADOS DE HIGIENE

10 – A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CLIENTES PELOS ENFERMEIROS

11 – AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE PELOS ENFERMEIROS GESTORES

12 – REPRESENTAÇÃO DO BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO ENQUANTO PADRÃO SIGNIFICATIVO NAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

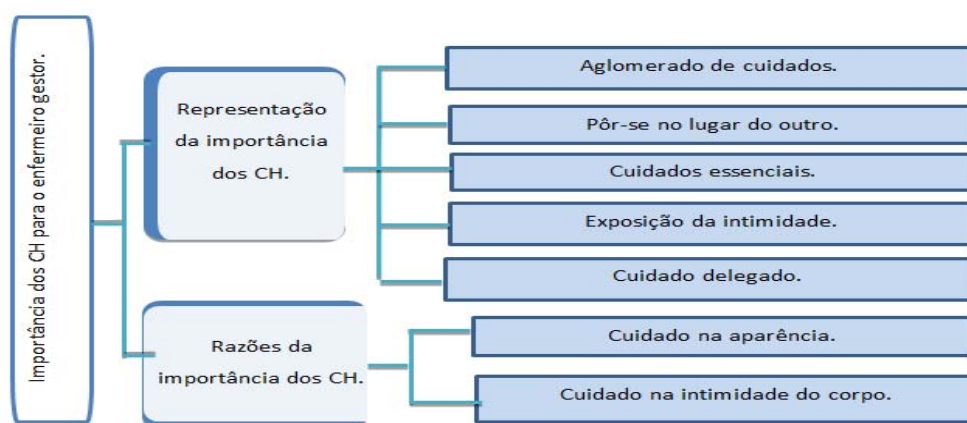
De seguida, são apresentadas as áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias, coadjuvados por esquemas explicativos e os alusivos excertos dos discursos, extraídos das entrevistas. No final de cada área temática é introduzida a discussão dos resultados.

## 1 – A Importância dos Cuidados de Higiene Para o Enfermeiro Gestor

Procurando perceber a importância que o enfermeiro gestor atribui aos cuidados de higiene, colocamos a questão “Como Enfermeiro gestor que importância dá aos cuidados de higiene no seu serviço?”.

Da análise de conteúdo realizada foram inferidas duas categorias: *Representação da importância dos cuidados de higiene*; e *Razões da importância dos cuidados de higiene*. Foram também encontradas subcategorias, tal como apresentado na Figura 5 (Anexo VII - Tabela 3).

Figura 4 - A importância dos cuidados de higiene para o enfermeiro gestor.



A categoria *representação da importância dos cuidados de higiene*, foi organizada em quatro subcategorias: *Aglomerado de cuidados; pôr-se no lugar do outro; cuidados essenciais; exposição da intimidade; cuidado delegado*.

A subcategoria *Aglomerado de cuidados*, foi gerada pelas afirmações de dois enfermeiros entrevistados: “...têm importância ... porque muitas vezes temos que ver e perguntar se o doente está confortável se tem algum fator que condiciona o posicionamento, ... e realizamos cuidados de higiene (...)” E 1; “ (...) são vários cuidados em simultâneo” (...) E 11.

Por se no lugar do outro, a segunda subcategoria que emerge corroborada pelas afirmações: “...Aquilo que eu gostaria que me fizessem se eu precisasse.” E 13; “É fazer pondo-nos no lugar do outro...” E 5.

A subcategoria *Cuidados essencial, uma das de maior enfoque* referida por cinco dos enfermeiros gestores, entrevistados: “Importância máxima...estão na base.” E 2; “Muita, porque são essenciais.” E 3; “Bastante, mesmo...” E 7; “ muita importância alias o trabalho que fiz na prática baseada na evidencia foi relativamente aos cuidados de higiene E 4; “Dou muita importância ao essencial.” E 8;

A *exposição da intimidade*, referida por um enfermeiro gestor, surge também como subcategoria: “... a importância, é por as pessoas estarem expostas ao que tem de mais intimo perante o profissional, temos que valorizar esse aspeto (...)” E 4;

No que respeita à última subcategoria *cuidado delegado*, mencionada por 4 enfermeiros gestores, é definida pelas unidades: - “...mas os cuidados de higiene são avaliados pelos enfermeiro (...)” E 6; “ Apesar de serem crianças, os cuidados de higiene nem sempre é pelo enfermeiro.” E 9; (...) ele dá o primeiro banho e depois a assistente operacional dá nos dias seguintes.) E 5; “Aliás, estou sempre a reforçar à equipa que eles podem delegar mas não podem deixar de supervisionar (...)” E 11.

Relativamente à categoria Razões da importância dos cuidados de higiene, emergiram duas subcategorias: *Cuidado na aparência e Cuidado na intimidade do corpo*.

A subcategoria *Cuidado na aparência* é argumentada através das afirmações proferidas por dois enfermeiros gestores entrevistados: - “ (...) Percebermos se está tudo direito, como está o conforto do doente e a estética.” E 1; “É básico ..., eu acho que uma boa higiene até ajuda a que se sinta melhor.” E 5;

*O cuidado na intimidade do corpo*, mencionada por um dos enfermeiros gestores, dá lugar a outra subcategoria: - “ (...) *o que se tem de mais íntimo ... está exposto perante o profissional (...)*” E 4.

**Discutindo a importância dos cuidados de higiene** - para os enfermeiros gestores participantes no estudo, esta área, emerge associada a um conjunto de distintas representações sobre estes cuidados, e a algumas razões que a determinam. Ambas emergem a completar o significado destes cuidados para os enfermeiros gestores. Das representações, o cuidado higiene é reconhecimento como um aglomerado de cuidados, a corroborar o registado na literatura de enfermagem quer sobre o procedimento do banho, que integra uma sequencia das ações, e as inerentes adaptações sofridas no contexto, condição da pessoa (Bolander, 1998; Penaforte, 2011), mas a denunciar um cuidado trabalhoso (Mercadier, 2004; Penaforte 2011). Por outro lado, é tido como essencial, de si a orientar para a função dos próprios cuidados, em termos de higiene diária e social do corpo. Implicitamente a traduzir-se num cuidado presente na resposta á organização dos cuidados de enfermagem no serviço, à execução do banho institucionalizado (Penaforte, 2011). Percebe-se ainda que os enfermeiros gestores vêm os cuidados de higiene como um cuidado delegado, um cuidado para o outro fazer, e o enfermeiro gerir e supervisionar, admitindo-se poder ser confiado a outro pessoal, com menor grau de formação (Fonseca 2013).

Embora na evidência científica, a (CIPE) Classificação Internacional para a Prática de enfermagem, defina os cuidados de higiene como a “ação de executar com as características específicas: dar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e socioeconómico” (ICN 2006), e o Manual de Normas de Enfermagem e Procedimentos Técnicos, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011, no âmbito da saúde tem como objetivo guiar os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estes documentos sustentam um carácter nacional, conferindo a importância ao autocuidado: cuidar da higiene pessoal, que inclui tomar banho.

Desta forma, a importância dada aos cuidados de higiene descrita, manifesta o que o enfermeiro gestor considera ser os cuidados de higiene, ou seja, um cuidado que atinge a exposição corporal, mas importante para cuidar da aparência, numa prática instituída no serviço. Não se posicionando, ele próprio, como gestor e corresponsável no cuidado. Até porque para Penaforte (2011) os cuidados de higiene enquanto prática potenciadora de investimento, fonte de informação e relevância na deteção de problemas assistenciais não

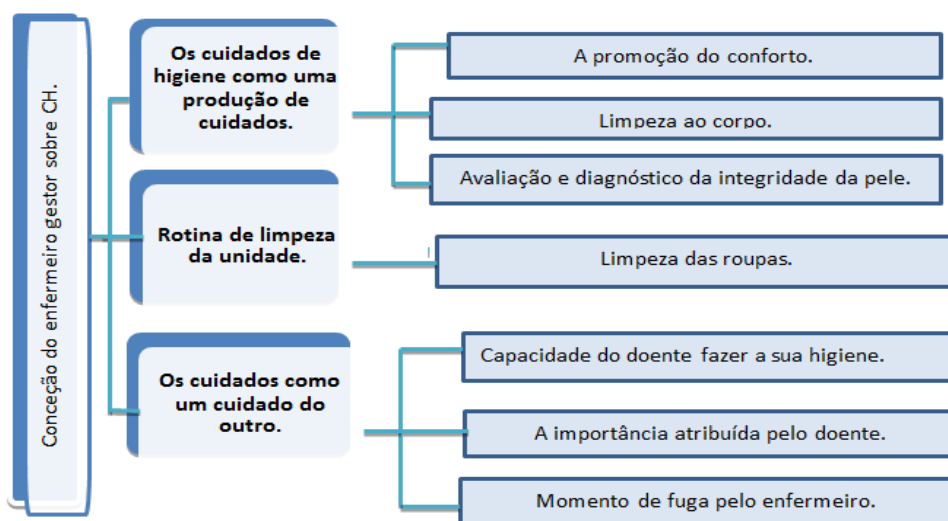
assistenciais, constituem-se veículo da qualidade de cuidados. Neste sentido é importante salientar que os enfermeiros gestores se foquem nos cuidados de higiene, ponham em prática uma série de mudanças elementares, nomeadamente na ajuda a contornar obstáculos, que contrastam com o trabalho de enfermagem de natureza complexo, ordenado e especializado.

**Em síntese**, na perspetiva dos enfermeiros gestores a importância desvelada sobre os cuidados de higiene aponta para um paradigma que centraliza uma a prática instituída, e até imperativo da profissão, pelo que se torna fundamental, ter presente na sua atenção, supervisão, e atitudes que possibilitem um cuidado cada vez mais humanizado, ajustado e de qualidade, e inserido no investimento da gestão dos cuidados.

## 2- Conceção do Enfermeiro Gestor Sobre Cuidados de Higiene.

Relativamente aos aspetos valorizados pelos enfermeiros gestores perante “o que consideram ser os cuidados de higiene”, nas entrevistas foram inferidas categorias, (Figura 5): *Os cuidados de higiene como uma produção de cuidados; Rotina de limpeza da unidade; Os cuidados como um cuidado do outro* (Anexo VII - Tabela 4).

Figura 5 - Conceção do enfermeiro gestor sobre cuidados de higiene.



Na categoria *Os cuidados de higiene como uma produção de cuidados, emergiram* três subcategorias a conferir-lhe sentido e significado, precisamente: *A promoção do conforto; Limpeza ao corpo; Avaliação e diagnóstico da integridade da pele.*

A subcategoria *A promoção do conforto*, referida por dois enfermeiros gestores é sustentada pelas unidades: - “ (...) engloba o conforto do doente (...) ” (E1); “ Diz respeito a higiene e conforto do doente (...) ” (E6).

No que se refere a subcategoria *Limpeza ao corpo*, esta foi referida por cinco enfermeiros gestores: - “ (...) tudo isto interfere com os cuidados (...) ” (E 1); “ (...) Cuidados orais até ao cabelo, tudo (...) ” (E 3); “ (...) os cuidados perineais (...) ” (E 3); “É tudo, oral, do corpo (...) ” (E 5); “ (...) É tudo o que o doente necessita na higiene (...) ” (E 11); “Quer dizer, é tudo o que engloba toda a ação em si (...) ” (E 11); “Tudo o que diga respeito à higiene do doente, desde as unhas, o cabelo, os olhos, a boca, os ouvidos e os pés (...) ” (E 12).

A *Avaliação e diagnóstico da integridade da pele* foi referida por três enfermeiros, emerge também como subcategoria para os enfermeiros gestores: “ (...) avaliar a integridade da pele (...) ” (E 1); “ (...) é inspecionar as zonas de pressão (...) ” (E 6); “ (...) toda a integridade da pele (...) ” (E 10).

No que se refere à categoria *Rotina de limpeza da unidade*, está inserida a subcategoria *Limpeza das roupas* (Diagrama nº 2), manifestada por um dos entrevistados:

- “ (...) limpeza das roupas das unidades (...) ” (E 1).

Por último na categoria *Os cuidados como um cuidado do outro*, engloba as subcategorias: *Capacidade do doente fazer a sua higiene; A importância atribuída pelo doente; Momento de fuga do enfermeiro* (Figura 5).

A primeira subcategoria *Capacidade do doente fazer a sua higiene* foi referida por um enfermeiro gestor: - “ (...) a capacidade que o doente tem ou não para fazer a sua higiene (...) ” (E 4).

Em segundo lugar emerge a subcategoria *A importância atribuída pelo doente*, também aludida por um enfermeiro gestor: - “ (...) é a importância que o doente dá aos seus cuidados de higiene (...) ” (E 4).

Por último, a subcategoria *Momento de fuga do enfermeiro*, foi referida por um dos enfermeiros entrevistados: - “ (...) é o cancro do enfermeiro (...) ” (E 7).

**Discutindo a conceção do enfermeiro gestor sobre cuidados de higiene** - Em relação á área temática emergiram três categorias, com diferentes subcategorias a conferir-lhe sentido e significado, precisamente: *Os cuidados de higiene como uma produção de cuidados*; a *Rotina de limpeza da unidade*; Os cuidados de higiene como um cuidado do outro. Pelo que passamos a discutir. Na perspetiva dos enfermeiros gestores os cuidados de higiene brotam como uma produção de cuidados, precisamente pela *promoção do conforto, a limpeza do corpo e a avaliação e diagnóstico da integridade da pele*, as subcategorias que surgem a caraterizar o bloco de cuidados que integram os cuidados de higiene, e se concentram numa pratica instituída. Estas, expressão os aspetos mais valorizados na composição do próprio procedimento, na perspetiva destes participantes, conforme é referido na produção científica (Bolander, 1989; Penaforte, 2011, Fonseca, 2013), orientando para uma conceção tida como “ (...) um todo de cuidados. ” (E 11), verbalizado e expresso.

Uma outra categoria, emerge a completar o sentido dos cuidados de higiene revelado na conceção subjacente à primeira categoria, é a rotina de limpeza da unidade. Esta, a integrar a subcategoria *limpeza das roupas da unidade*. O sentido do cuidado no “todo de cuidados ” aparece reforçado por esta segunda categoria, voltado para o cuidado visível. O cuidado ao corpo, a sua limpeza, os cuidados de conforto físicos, a aparência física, passa pela limpeza da unidade e roupas. Sem descorar os princípios da higienização e controlo da infeção tão precavidos em meio hospitalar, aquela visão, orienta para uma conceção primária dos cuidados, e uma produção do cuidado, fazendo lembrar o descrito por Colliere (1989) ao afirmar que a assistência e o interesse pela doença não podem suplantam o interesse pela pessoa, onde os cuidados essenciais fazem parte do quotidiano e da manutenção de vida. Cuidar no sentido emergente destes resultados, torna os enfermeiros em produtores de cuidados (Colliere, 1989).

De realçar que o sentido destas duas categorias parece apontar para a conceção dualista do corpo que perdurou na sociedade ocidental, durante séculos, e instituiu o “corpo” como um lugar a controlar, a disciplinar e a conter, contrastando com a conceção que se conjetura atualmente, enquanto acessório valioso e de presença da pessoa, sobre o qual ela própria tem a possibilidade e capacidade de agir (Le Breton, 2004, 2008).

A terceira categoria, os cuidados de higiene como um cuidado do outro, engloba as subcategorias *capacidade do doente fazer a sua higiene, a importância atribuída pelo doente e o momento de fuga pelo enfermeiro*, cujo sentido orienta para uma conceção que

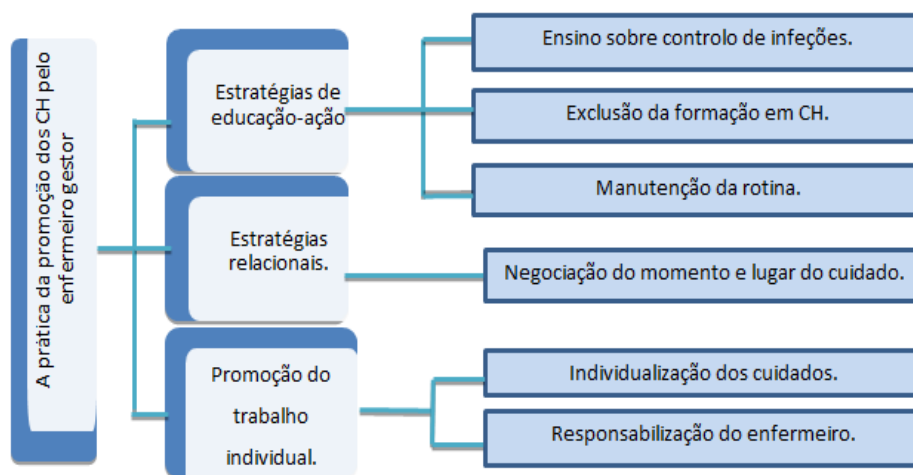
aparenta um paradoxo. Se por um lado considera ser a capacidade do doente em executar o cuidado, e vai ao encontro do enunciado na CIPE, e á execução do autocuidado com autonomia, por outro lado, a segunda subcategoria aponta, que os cuidados de higiene são a importância atribuída do doente ao cuidado. O que permite questionar onde fica o papel promotor nos cuidados, do gestor de enfermagem. A completar esta mensagem de significado em termos de conceptualização, a terceira subcategoria traduz a existência de fuga por parte dos enfermeiros, corroborando o descrito por Isakesen (2000), que a considera associada a um conceito de cuidado sujo, e menos nobre, por parte dos enfermeiros. Subjacente a esta categoria surge a impregnação de um cuidado, delegado, e de um gestor conhecedor da fuga do enfermeiro. Os cuidados de higiene como um cuidado do outro, são para outros fazerem. A representação voltada para a fuga, permite-nos questionar onde se insere, promove, ou acompanha a progressão para a autonomia? Onde fica o papel terapêutico do cuidado e a sua qualidade? Quais são os modelos de gestão que estes gestores usam e como os caracterizam?

**Em síntese**, nas categorias parece estar implícita uma conceção de cuidados de higiene voltados para o cuidar do corpo físico, da sua limpeza e em simultâneo a delegação do cuidado, sugerindo uma orientação patogénico, uma conceção e um cuidado limitativo, enquanto ato de gestão, a traduzir um momento produtor de cuidados. A divulgação científica alerta para a possibilidade de encontrar ganhos em satisfação para o doente, e a qualidade de cuidados pelo empreendimento nos métodos de trabalho, organização e planeamento dos cuidados, e nas formas do uso da comunicação desses cuidados (Penaforte, 2011). Cabe ás chefias um papel importante a nível administrativo, dado parte do seu trabalho ser dedicado á gestão e ao planeamento. Devem gerir no contexto organizacional, tendendo principalmente para a prestação de cuidados, no sentido de promover a saúde (Backes, Backes, Sousa & Erdmann, 2008). É o enfermeiro chefe que estabelece a relação da lógica da prestação dos cuidados e a lógica da gestão da instituição de saúde. Esta análise, traduz uma conceção preocupante do cuidado, limitando-o ao cuidado físico ao que se vê, aproxima-nos do vislumbrado no final do século VIII e XIX (Vigarelho, 1980), e simultaneamente o sentido implícito da delegação destes cuidados, desperdiçando o enfermeiro desse momento privilegiado, tempo de relação e terapêutico (Penaforte, 2011).

### 3 - A Prática da Promoção dos Cuidados de Higiene Pelo Enfermeiro Gestor.

Da análise de conteúdo realizada às entrevistas efetuadas aos enfermeiros gestores de um hospital do norte de Portugal, verificamos que os enfermeiros gestores reconhecem que a prática da promoção dos cuidados de higiene inclui: *Estratégias de educação-ação*; *Estratégias relacionais*; *Promoção do trabalho individual* (Figura 6 e Anexo VII - Tabela 5).

Figura 6 - A prática da promoção dos cuidados de higiene pelo enfermeiro gestor.



Na categoria *Estratégias de educação-ação* emergiram três subcategorias: *Ensino sobre controlo de infeção*; *Exclusão da formação em cuidados de higiene*; *Manutenção da rotina*. A primeira subcategoria *Ensino sobre controlo de infeção*, referida por um dos enfermeiros gestores, é expressa na afirmação: - “Com ensinamentos como já disse, na enfermagem de internamento reforça-se muito o ensino para evitar infeções.” (E 2).

No que se refere à subcategoria *Exclusão da formação em cuidados de higiene*, esta foi referida por três enfermeiros gestores: - “Risos, (...) formação.” (E 3); “Não temos formação para esta área (...).” (E 6); “Nunca fiz nada para promover, (...).” (E 8).

Na descrição da subcategoria *Manutenção da rotina* foram consideradas as unidades provenientes de três dos enfermeiros gestores: - “Os cuidados de higiene são estipulados de uma forma rotineira no serviço, (...)” (E 4); “(...) Nos doentes acamados tomam banho todos os dias, (...)” (E 6); “(...) Já está enraizado (...)” (E 9).

Para a categoria *Estratégias relacionais*, tomamos a subcategoria *Negociação do momento e lugar do cuidado*, mencionada por dois enfermeiros gestores: - “*Tentamos que sejam o mais possível num sítio mais adequado para o doente.*” (E 11); “*O plano que cuidados tem que ser negociado com o doente, (...)*” (E 12).

Por último, na categoria *Promoção do trabalho individual* foram situadas duas subcategorias: *Individualização dos cuidados*; e *Responsabilização do enfermeiro*.

A *Individualização dos cuidados*, foi mencionada por dois enfermeiros gestores: - “*(...) nos que podem dar a sua opinião, são respeitados os seus gostos (...)*”. (E6); “*Há doentes que não querem tomar banho todos os dias, os de alguma idade, (...)*”. (E12).

Dentro da mesma categoria a subcategoria *Responsabilização do enfermeiro* valorizada por dois enfermeiros gestores, derivou das afirmações: - “*Cada enfermeiro tem o seu plano de trabalho (...)*” (E 10); “*Está implícito nos cuidados de enfermagem autónomos (...) se os enfermeiros fazem a barba aos doentes, cortam as unhas, lavam o cabelo.*” (E 13).

Discutindo a prática da promoção dos cuidados de higiene - Os enfermeiros gestores referem que nas suas práticas para promover os cuidados de higiene recorrem a um conjunto de estratégias.

Conforme podemos observar a estratégia de educação foi evidenciado através do ensino sobre controlo de infeções referido por um enfermeiro, que não estando diretamente ligada aos cuidados de higiene surge a apontar para eles, ocorre nesse tempo de cuidado. A contrapor a ocorrência anterior, três enfermeiros gestores que referem não fazer programas de formação em cuidados de higiene no serviço. A formação pode ser considerada como uma dimensão importante para a criação da identidade profissional e auxiliar nos projetos de evolução organizacional do serviço, e dos cuidados, esta criação pode relacionar-se com aquilo que a pessoa faz, como vê a sua profissão e como vê que os outros a vêm. (Pires, 2002; Bártolo, 2007).

No entanto a complementar as estratégias de educação, sobressai a manutenção da rotina. Os enfermeiros gestores do estudo salientam uma quebra com a conceção de cuidados de enfermagem que esteve na origem da própria profissão. No estudo, “*Os cuidados de higiene são estipulados de uma forma rotineira no serviço, (...)*” E 4 “*(...) Nos doentes acamados tomam banho todos os dias, (...)*” E 6 “*(...) Já está enraizado (...)*” E 9. Uma conceção que engloba a pessoa como uma parte da atividade, da produção, e não como um todo, singular, ser de consciência, ator e construtor de relações e interações das relações no exercício dos cuidados de higiene, para a promoção da saúde e para viver mais saudável Penaforte (2011).

Com efeito a relação entre enfermeiro e cliente é essencial para a qualidade dos cuidados, esta relação vai ao encontro da promoção do trabalho individual, o que significa que se vai dar atenção especial à pessoa com vista a ajuda-la, porque vive uma situação particular, e desta forma contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde (Hesbeen,2000; Penaforte 2011). Deste modo, só dois enfermeiros chefes assumem que nos seus serviços há individualização de cuidados de higiene, *“Tentamos que sejam o mais possível num sítio mais adequado para o doente.” (E 11).*

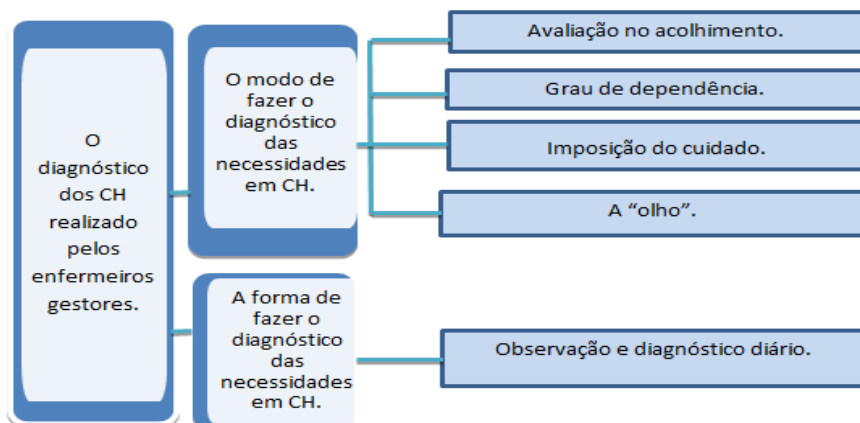
Podemos constatar que para alguns dos enfermeiros gestores a negociação do envolvimento da pessoa nos próprios cuidados de higiene é fundamental, e associam-no á necessidade da negociação do momento de cuidados. Tal preocupação, integrada nas estratégias relacionais, vem reforçar o sentido de humanização do cuidado, o que implica estar de acordo com o código deontológico de enfermagem, prestar cuidados a pessoa (Lei n.º 111/2009 de 16 Setembro). Este sentido, está igualmente presente na subcategoria “individualização dos cuidados”, emergente na categoria “promoção do trabalho individual”. Por outro lado, nesta última, a ativação da “responsabilização do enfermeiro” expressa um cuidado que passa por enquadrar estes cuidados na responsabilidade dos outros, nos enfermeiros. Na globalidade emerge a sugerir a delegação do próprio cuidado, e a fuga, no que toca à responsabilidade de enfermeiro gestor. Até porque os cuidados de higiene são o motor e a razão de ser da profissão de enfermagem e por conseguinte da responsabilidade de todos os enfermeiros, (Penaforte 2011; Fonseca 2013).

#### **4 - O Diagnóstico dos Cuidados de Higiene Realizado Pelos Enfermeiros Gestores**

Este tema decorre da perceção dos profissionais entrevistados sobre “Como realiza o diagnóstico das necessidades de cuidados de higiene?”

A análise de conteúdo efetuado permitiu identificar as categorias: *O modo de fazer o diagnóstico das necessidades em cuidados de higiene; A forma de fazer o diagnóstico das necessidades em cuidados de higiene.* Foram também encontradas subcategorias, tal como apresentamos no diagrama subsequente (Figura 7 e Anexo VII – Tabela 6).

Figura 7 - O diagnóstico dos cuidados de higiene realizado pelos enfermeiros gestores



A categoria **O modo de fazer o diagnóstico das necessidades em cuidados de higiene**, compreende quatro subcategorias: *Avaliação no acolhimento*; *Grau de dependência*; *Imposição do cuidado*; *A "olho"*.

Em relação à subcategoria *Avaliação no acolhimento*, esta sobressai em três enfermeiros gestores: - "Quando o doente entra no serviço e vamos fazer o exame (...)" ( E 1); "Normalmente quem faz o acolhimento ao doente (...)" (E 2); "(...) o diagnóstico é feito logo a entrada." (E 6); "No local." (E 7).

Por sua vez a subcategoria *Grau de dependência* é referida por dois enfermeiros gestores: - "O diagnóstico é em função da capacidade do doente (...)" (E 4); (...) É a solução atual à circunstância e à necessidade do doente. Conforme o estado do doente, estabilidade hemodinâmica (...) (E 13).

Foi referido por um enfermeiro, a subcategoria *Imposição do cuidado*: - "... um doente asseado e limpo é importante para ele se sentir bem e nós nos sentirmos bem também porque se não é limitativo (...)" (E 5).

Outra subcategoria no que concerne à categoria *A forma de fazer o diagnóstico das necessidades de cuidados de higiene* trata-se da *Observação e diagnóstico diário*, referida por três enfermeiros: - "Através do cheiro, e do espeto geral." (E 8); "Não tenho nenhuma forma formal de o fazer. Mas observo, vejo os registos, falo com o doente." (E 11); "(...) Faço o diagnóstico no contacto direto, na observação do doente" (E 12).

Por último, a subcategoria que foi referida por um dos enfermeiros gestores do estudo: - "(...) O diagnóstico é feito um pouco "a olho" (E 10).

**Discutindo o diagnóstico dos cuidados de higiene realizado pelos enfermeiros gestores** - Em relação á área temática, o modo de fazer o diagnóstico das necessidades de cuidados de higiene possui quatro vertentes segundo a informação recolhida: avaliação no acolhimento, grau de dependência, imposição do cuidado, e a “olho”.

Os enfermeiros chefes valorizam a avaliação do diagnóstico de cuidados de higiene no acolhimento ao cliente mas esqueceram a dinâmica do diagnóstico, pois este nunca acaba, é uma atividade permanente e de reatualização, resultado das modificações contínuas da realidade.

Realizar o diagnóstico de cuidados através da imposição do cuidado e “a olho” são métodos apontados por alguns enfermeiros gestores, impostos para resolver de imediato os problemas encontrados. Não seguem uma linha orientadora para o diagnóstico de cuidados de higiene, a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) enquanto linguagem científica e unificada, comum à enfermagem mundial, que permite ao enfermeiro planear as suas intervenções de acordo com as necessidades do cliente em qualquer parte do mundo, trazendo contributos para o processo de cuidar nos cuidados de higiene. Podendo contribuir para a identificação de prioridades de atendimento e da assistência, indicando os conteúdos essenciais a serem abordados em processos educativos e de intervenção de enfermagem. É também uma forma de demonstrar resultados da prática de enfermagem e também a nível jurídico (Meireles, 2010). Os enfermeiros chefes, como qualquer outro enfermeiro, só a partir de um diagnóstico definido, podem intervir.

Devem saber do défice de autocuidado higiene e do estabelecimento do plano de ação junto do cliente, e confiar a sua responsabilidade a outros enfermeiros, para que as suas necessidades de autocuidado sejam satisfeitas (Orem, 2001; Pereira, 2007; Sidani, 2011).

A forma de fazer o diagnóstico das necessidades de CH, caracterizado pela Observação e o diagnóstico diário, é frequente nas narrativas dos enfermeiros gestores e contribui para a qualidade dos CH, no entanto dependerá da qualidade e quantidade da informação. O diagnóstico pretende medir o estado de saúde do cliente obtendo-se assim, um instrumento de saúde, para escolher prioridades, organizar atividades, acompanhar e avaliar os resultados. Unido a todo este processo não podemos esquecer da importância substancial dos sistemas de informação (Pereira 2009).

**Em síntese**, a atitude dos enfermeiros gestores perante o modo e a forma de fazer o diagnóstico de enfermagem podem, comprometer a qualidade dos cuidados de higiene uma vez que não fazem referência neste estudo a uma linguagem profissional, a CIPE que se encontra na versão 2.0 lançada em 2010, sendo em Portugal criada uma aplicação informática (SAPE) baseada nesta linguagem e que atualmente se encontra em funcionamento nesta instituição, o que poderá contribuir para a falta de documentação da assistência de enfermagem nos cuidados de higiene.

O diagnóstico de cuidados de higiene deve ser contínuo e não, como relatam quatro enfermeiros gestores, em que os CH são avaliados no acolhimento, facto que pode contribuir para uma omissão na identificação de prioridades no atendimento e assistência, insinuando conteúdos não essenciais a serem abordados na área de intervenção de enfermagem (Meireles, 2010).

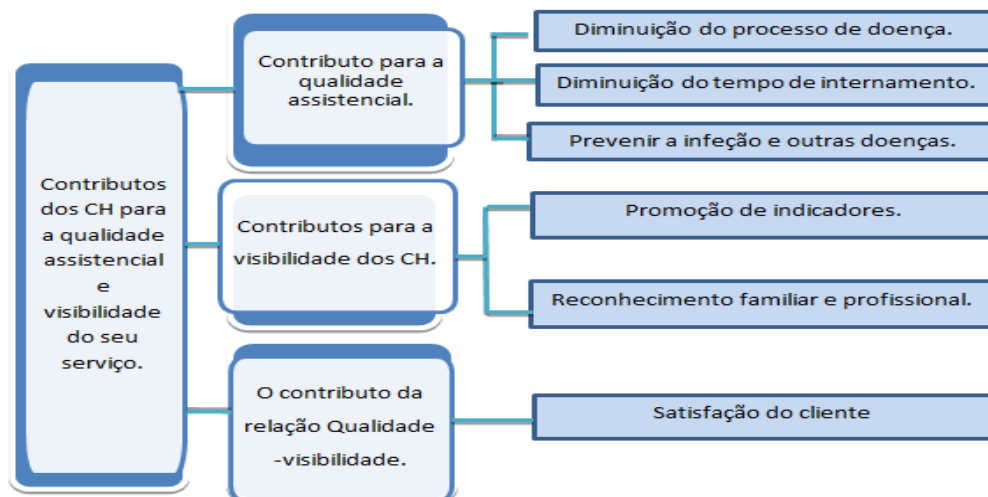
Como resposta às necessidades de CH diária, a forma de fazer diagnóstico como referem três enfermeiros gestores através da observação, permite uma procura contínua, de dados, com o desígnio de conhecer cada momento da evolução do cliente, para antever complicações e possibilitar atuar no momento certo e de modo eficaz. A observação permite indicar e individualizar as necessidades do cliente e a partir daí fortalecer o processo para a determinação do diagnóstico de enfermagem, para interpretar as fases seguintes do processo de enfermagem: O planeamento, a execução e a avaliação. Esse diagnóstico autoriza um prognóstico das exigências do cliente a serem completadas com qualidade pelo enfermeiro (Pereira, 2009).

## **5 - Contributos dos Cuidados de Higiene Para a Qualidade Assistencial e Visibilidade do Seu Serviço.**

Perante a questão “Considera que no seu serviço os cuidados de higiene contribuem para a qualidade assistencial e para a visibilidade do mesmo?”, surgiu a área temática *contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do seu*

serviço. Nesta área temática surgiram as categorias: *Contributo para a qualidade assistencial*; *Contributos para a visibilidade dos cuidados de higiene*; e o *contributo da relação qualidade-visibilidade* (Figura 8 e Anexo VII – Tabela 7).

Figura 8- Contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do seu serviço.



No que respeita a categoria *Contributo para a qualidade assistencial*, emergiram três subcategorias: *Diminuição do processo de doença*; *Diminuição do tempo de internamento*; *Prevenir a infeção e outras doenças*.

A subcategoria *Diminuição do tempo de internamento*, referida por um enfermeiro: - “*Sim. Se eu não prevenir o doente em vez de ficar 5 dias internado fica 10 por exemplo (...)*” (E 3).

E verificou-se que *prevenir a infeção e outras doenças*, foi aludida por três dos enfermeiros chefes participantes, precisamente: - “*(...) nós sabemos se cuidados de higiene não forem prestados como deve ser, pode contribuir muitas vezes para uma infeção.*” (E 4); “*Contribui sempre porque se os cuidados de higiene não forem bem-feitos, pode contaminar o próprio como os outros.*” (E 8); “*Sim, porque os doentes com cuidados de higiene adequados podem prevenir determinadas doenças.*” (E 9).

A subcategoria *satisfação do doente*, foi proveniente de um enfermeiro gestor: - “*Sim, porque leva à satisfação do doente.*” (E 7).

Para a categoria *contributos dos CH para a visibilidade do seu serviço*, emergem duas subcategorias: *Promoção de indicadores*; *Reconhecimento familiar e profissional*.

A subcategoria *Promoção de indicadores* emergiu de dois enfermeiros gestores: - “*(...) que é um indicador além da autonomia que temos e da nossa profissão é um indicador*

*importantíssimo (...)*. (E 10); “ (...) Em suma, considero importante e que dá visibilidade ao serviço na medida que o doente fica satisfeito (...)” (E 11).

O reconhecimento familiar e profissional é uma subcategoria traduzida de dois enfermeiros gestores: - “Sem dúvida que sim, o nosso serviço tem impacto no doente, família e nos visitantes, é importante eles chegarem aqui e estar tudo organizado e limpo.” (E 2); “E depois os cuidados de higiene em si, nos doentes em estado muito grave são notados pela família se corta o cabelo, se a barba é feita todos os dias, o estar bem arranjado, as pessoas ficam contentes (...)” (E 13).

Para além do contributo para das duas categorias anteriores, uma parte de enfermeiros gestores (três), referem existir *contributo da relação qualidade-visibilidade*: - “Para a qualidade contribui para a visibilidade não sei. Acho que estão interligadas.” (E 6); “Ambas estão em afinidade”. (E2); “... considero, porque estão interligados, cuidados de higiene e qualidade assistencial de enfermagem.” (E 1).

**Discutindo os contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do seu serviço** - Os enfermeiros gestores defendem que a qualidade assistencial diminui o processo de doença e trás contributos assistenciais para o cliente tal como descreve (Penaforte 2011), para que o exercício profissional do enfermeiro exista na sociedade como uma arte do cuidar, é imprescindível para a enfermagem, ter a sua metodologia própria com todo o seu saber técnico e científico (Penaforte 2011).

A diminuição do processo de doença é praticável se for realizado o mais precocemente possível o diagnóstico de doença, e logo se desenvolver uma ação preventiva que poderá ser considerada uma sobrecarga em custos adicionais que a longo prazo com a diminuição de tempo de internamento e outros procedimentos de muito maior custo trará benefícios económicos e contributos para a qualidade assistencial (Petronilho, 2013).

Referente ao contributo a assistencial em enfermagem nos dias de hoje, pode ser vista como um procedimento de cuidar humanizado, pois quem executa o cuidado zela, observa, analisa, preocupa-se e cria (Penaforte, 2011).

Promover a assistência de enfermagem segundo estes autores, é necessário que o enfermeiro exerça a assistência que lhe cabe com qualidade. Esta, como possibilidade de alcançar o mais alto padrão de eficácia e eficiência da assistência, isto é, segura e resolutiva, de forma individual para cada cliente (Teixeira, 2010).

Da análise dos discursos surge uma dimensão que nos faz considerar que existem algumas limitações ou barreiras a esta sequência de evidência ideal de ações que condicionam a construção de indicadores de qualidade e na prática a sua aplicação. “ (...) Em suma, considero importante e que dá visibilidade ao serviço na medida que o doente fica satisfeito (...)” E 11. Como os enfermeiros gestores medem? que estratégias utilizam? e o resultado final? Os cuidados de higiene são uma área importante para referir o resultado destes ganhos de enfermagem, assumindo-se como uma das áreas de maior autonomia na enfermagem (Sá, 2010).

Promover a visibilidade dos cuidados de higiene está ainda relacionada com a aparência “Sem dúvida que sim, o nosso serviço tem impacto no doente, família e nos visitantes, é importante eles cheguem aqui e estar tudo organizado e limpo.” (E2).

**Em síntese**, o reconhecimento familiar e profissional que em meio hospitalar é uma realidade, surge no desenvolvimento da acreditação das instituições e do desenvolvimento da humanização. Os enfermeiros valorizam o envolvimento dos familiares e estes reconhecem a importância do diálogo e do seu envolvimento nos cuidados de higiene com uma atitude positiva, considerada determinante para a qualidade dos cuidados (Martins 2010). O enfermeiro gestor deve desenvolver uma atitude de saber e parcerias com os familiares, por um trabalho mutuo e por uma complementaridade com os enfermeiros, e como peritos, decidam o que seria adequado para os familiares (Martins, 2010).

Os contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do serviço, e o contributo da relação qualidade visibilidade, assumem capital importância, assim como a imagem dos clientes, considerando que existe perante os cuidados de higiene um reconhecimento do familiar. Existe ainda uma interiorização de dever visível perante os familiares.

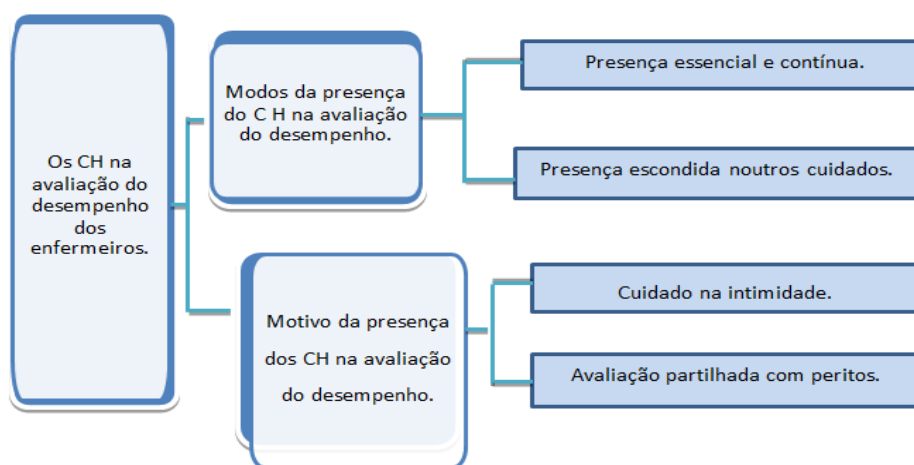
## **6 - Os Cuidados de Higiene na Avaliação do Desempenho dos Enfermeiros.**

Perante qualquer intervenção de avaliação de desempenho em enfermagem existe um conjunto de dificuldades que o enfermeiro gestor se poderá deparar, daí que nas

entrevistas realizadas foram inquiridos os enfermeiros gestores no sentido de perceber se nas suas avaliações os cuidados de higiene estavam incluídos.

Surgiram assim no âmbito desta área temática as seguintes categorias: *Modos da presença do Cuidado de Higiene na avaliação do desempenho; e o Motivo da presença dos Cuidados de Higiene na avaliação do desempenho* (Figura 9 e Anexo VII – Tabela 8).

Figura 9 - Os cuidados de higiene na avaliação do desempenho dos enfermeiros.



A subcategoria *Presença essencial e contínua* foi referida por sete enfermeiros: - (...) *Considero-os na avaliação do desempenho porque os cuidados de higiene é um dos cuidados fundamentais da nossa profissão e um colega que não considere este parâmetro é motivo para falarmos (...)* (E 1); *“Na avaliação tem isso em conta um bom profissional e bom no global e o global incluem os cuidados de higiene.”* (E 5); *“Pode ser um parâmetro de discussão porque por vezes há enfermeiros que discordam em fazer os cuidados perineais na cama.”* (E 8); *“Sim, já tivemos várias discussões nas passagens de turno sobre isto, é muito importante principalmente nas crianças, estas precisam de lavar a cabeça, e de tomar banho. ”* (E 9); *“Neste momento considero. Falo nisso.”* (E10); *“Na avaliação de desempenho, por norma, existe uma entrevista com cada elemento da equipa individualmente em que (...) é avaliado e de uma forma geral os autocuidados são referenciados pelos enfermeiros”(E 11); “Considero, é um parâmetro essencial, executar a técnica do banho deve (...)”* E (13).

Em relação à subcategoria *Presença escondida noutros cuidados*, foi mencionada por dois enfermeiros: - *“Nunca me aconteceu no próprio ato de avaliação. Quando há*

*coisas com as quais eu não concordo negoceio com o enfermeiro antes desse momento (...)* (E 12); *“ao falar-se de outros cuidados já falamos deles”* (E1).

Na subcategoria *Cuidado na intimidade*, surge dos discursos de dois participantes: - *“Sim. No sentido de respeitar a técnica e o momento de exposição do doente.”* (E 4); *“Respeito pela intimidade do momento”*(E11).

O último motivo atribuído á presença dos CH na avaliação do desempenho, surgiu do conteúdo da entrevista de um dos participantes, a *Avaliação partilhada com peritos*: - *“ (...) ser matéria feita pelo enfermeiro chefe e enfermeiro especialista, (...) ”* (E 13).

**Discutindo a avaliação do desempenho (AD) dos enfermeiros gestores** - Sobre os cuidados de higiene encontra-se aqui intimamente relacionada, com o modo da presença dos CH na avaliação do desempenho e com o motivo da presença dos CH na avaliação do desempenho.

Em relação ao modo da presença dos CH na AD, são assumidas por vários gestores como presença essencial e continua e também como uma presença escondida noutros cuidados. O primeiro orienta para uma abordagem explícita e o segundo para uma abordagem encoberta, voltada para a conceção de um cuidado sujo e menor, que não carece de saber (Isaksen, 2000; Penaforte, 2011). Os resultados evidenciam que os enfermeiros gestores manifestam algum desalinho na gestão dos cuidados de higiene, representado na integração destes na avaliação do desempenho, como a situação traduz: *“Na avaliação tem isso em conta um bom profissional é bom no global, e o global incluem os cuidados de higiene.”* (E5). Como refere Caetano (2008), a avaliação de desempenho reside na apreciação formal e ordenada, relativa a um determinado tempo de desempenho das pessoas nas atividades ou funções específicas pelas quais são responsáveis. O acompanhamento anual da performance do colaborador autoriza ao gestor uma tomada de decisão suportada por parâmetros legais, com vista a atribuição de incentivos, quer de índole qualitativa (promoções progressões e demissões) quer quantitativos (incentivos financeiros). Chiavenato (2003) e Silva (2013).

Em relação ao motivo da presença dos CH na avaliação do desempenho, são assumidos o respeito pela intimidade do cliente: *“Respeito pela intimidade do momento”* (E11). e a avaliação partilhada por peritos: *“ (...) ser matéria feita pelo enfermeiro chefe e enfermeiro especialista, (...) ”* (E 13). Segundo (Caetano 2008 e Silva 2013) a avaliação do desempenho é um elemento básico e por vezes, o mais crítico da gestão, os CH na

avaliação do desempenho deve envolver um conjunto de indicadores que autorizem fazer confrontações com níveis de desempenho anteriores e níveis de desempenho esperados.

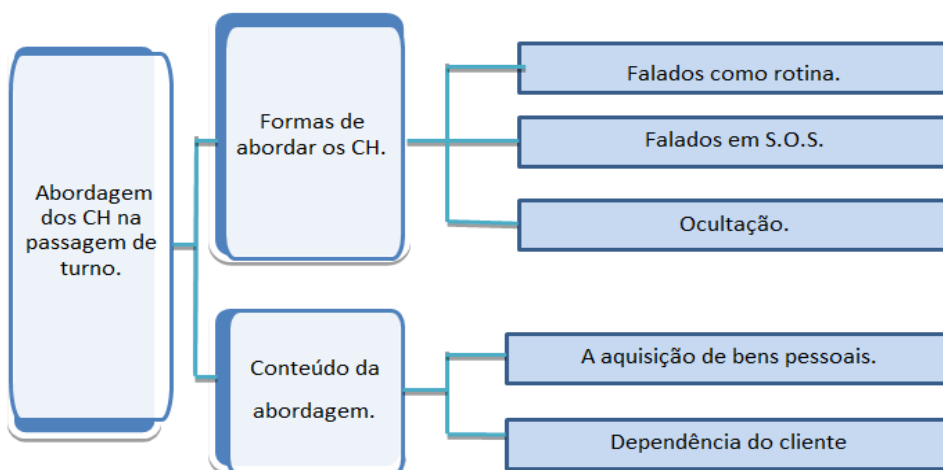
**Em síntese**, Segundo (Catano 2008) esta avaliação pode ser medida, possuindo como foco, quatro dimensões do desempenho:- A focalização nas pessoas, considerando os seus atributos de personalidade e competências; A focalização nos comportamentos; A medição focalizada no contexto social; E a medição focalizada nos resultados. Além das dimensões a observar na atualidade, o uso de sistemas mistos de AD, onde se observam mais do que uma destas dimensões, por exemplo o SIADAP 3 (DR,2009). Os modos da presença do C H na avaliação do desempenho e os motivos desta presença orientam para a condição dos cuidados de higiene, na avaliação do desempenho dos enfermeiros, apelando aos enfermeiros gestores apossarem-se do desafio.

## 7 - Abordagem dos Cuidados de Higiene na Passagem de Turno.

No âmbito do estudo dos cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço, os enfermeiros gestores foram questionados sobre a abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno, para perceber deles, o mais pertinente nesta área.

Deste modo, na área temática surgiram duas categorias: *Formas de abordar os CH;* e *o Conteúdo da abordagem* (Figura 10 e Anexo VII – Tabela 9).

Figura 10 – Abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno.



Respeitantes à categoria *Formas de abordar os CH* emergiram três subcategorias:

*Falados como rotina; falados em SOS; Ocultação.*

Relativamente à subcategoria *falados como rotina*, presente em enfermeiros gestores: - “ (...) A nossa atividade é feita por rotinas e as vezes os doentes quando ficam mais dependentes eu chamo a atenção, ... (E 2); - “(...)Todos os dias na passagem de turno da noite para a manhã, são falados.” (E 3); - “Sim principalmente da região perineal, por exemplo quando vamos fazer um penso na região púbica dizemos á utente para se lavar primeiro (...)” (E 8); “Tudo o que seja relacionado com o doente, com o funcionamento do serviço, com o acompanhamento do doente aos exames, com o acompanhamento das famílias. “ (E 12); “sempre se diz alguma coisa” (E11).

A segunda subcategoria, *falados em S.O.S.*, foi referida por dois dos enfermeiros gestores: - “No serviço não temos passagem de turno mas uma vez por semana reunimo-nos para refletirmos sobre o que é preciso melhorar, ou em SOS.” (E 1); “Sim por exemplo nós fazemos os registos individualizados com todos os focos de intervenção, e um dos focos quando chama a atenção, torna-se numa altura que se fala nisso, (...)” (E 4).

A terceira subcategoria *Ocultação* dos cuidados de higiene surge apontada por cinco enfermeiros gestores: - “Sim discutimos muitas vezes aquelas situações de que dizem que tem macerações e vamos tirar a falda para diminuir a humidade, e fica sem fralda (...)” (E 5); “Sim, por exemplo não admito que uma auxiliar administre alimentação pela SNG aos doentes, ou a doentes com dificuldade de aglutição.” (E 7); (...) Na passagem de turno falamos sobre determinadas situações e medidas que tem que ser tomada (...).” (E 9); “ (...) um psicotico, muitos doentes com problemas sociais que não têm família nenhuma (...)” (E 10); “Por norma não, só quando o doente entra e traz maus cuidados de higiene.” (E 6).

Na segunda categoria *Conteúdo da abordagem*, constituída por duas subcategorias: *A aquisição de bens pessoais; Dependência do doente.*

*A aquisição de bens pessoais* foi referida por dois enfermeiros gestores: - “ (...) como é que nos lhe vamos arranjar a roupa, o problema dos cuidados de higiene como .” (E 10); “podem ser...não é um padrão, dadas as circunstâncias do doente.” (E13)

A subcategoria *Dependência do doente*, surge referenciado nos discursos de dois enfermeiros gestores: - “ (...) como se pode ir só com o familiar tomar banho ao chuveiro etc.” (E 9); “(...) Quando o doente realiza os CH, se ele os faz, se é capaz se não é.” (E 10).

**Discutindo a abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno** - os resultados evidenciam que em cinco dos enfermeiros gestores os CH são falados na

passagem de turno como uma rotina, em igual numero, existir a ocultação do cuidado de higiene na passagem de turno, enquanto cuidado escondido, ou mesmo, não falados. Sendo de realçar que ocasionalmente, em momentos de reflexão podem ser informalmente falados em S.O.S. Neste sentido, deve referir-se que o momento da passagem de turno representa uma ocasião privilegiada, embora complexa, de reunião dos enfermeiros com o objetivo de garantir a seguimento dos cuidados pela transferência verbal de informação, e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Abordar os cuidados de higiene em passagem de turno torna-se um imperativo enquanto cuidados essenciais (Penaforte, 2011) e integradores dos cuidados de enfermagem e atividade do enfermeiro. Até porque, a organização mundial de saúde (OMS) em parceria com a joint Commission Internacional (JCI) alertam para as falhas de comunicação serem a principal causa de incidentes reportados à Joint Comissison nos Estados Unidos da América entre 1995 e 2006 e o primeiro motivo de queixa numa das mais importantes agências de seguros do país (Barroso 2014). Por outro lado, a Australian Comissiono n Quality and Safety in Health Care identificou a transferência de informação entre profissionais de saúde como uma das prioridades de topo para o ano de 2007/2008 (Barroso, 2014). Afirma ainda Victorian Quality Council que a transferência de informação entre profissionais de saúde é reconhecida como um problema de segurança do cliente. É nas transferências de informação desadequadas, onde primeiramente a segurança começa a falhar (Barroso, 2014).

Na abordagem em S.O.S. dos CH, a formação informal/intervenção reflexiva parece estar presente na mensagem destes discursos. De fato a importância da comunicação na evolução da atividade profissional dos enfermeiros é evidente. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a conjuntura da passagem de turno deve dar resposta a varias apelos simultâneos, como permitir a passagem da informação mais pertinente sobre o cliente e entre dois ou mais profissionais. Esta, além de incluir um método eficiente de comunicação, deve afrontar o recetor da mensagem da necessária responsabilidade profissional para a realização das suas funções.

A *ocultação* dos cuidados *de higiene* na passagem de turno, referida por cinco enfermeiros gestores, pode constituir-se num entrave para o planeamento dos cuidados ao cliente. De acordo Martins e Penaforte (2011) a passagem de turno revela-se uma prática que ajuda a rentabilização do tempo e da organização, para a prática dos cuidados de

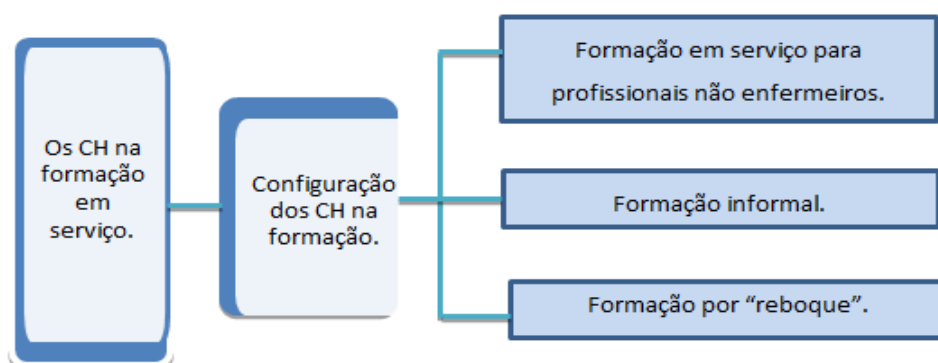
higiene e no planeamento do serviço. Conciliável com a aprendizagem instantânea, rápida, da informação sobre os clientes, favorecendo a implementação de esquemas normativos. Considerada também proveitosa relativamente aos vários instrumentos como a consulta de informação escrita e por meio informático. Em conformidade com outros estudos, a passagem de turno beneficia a integração nos próprios cuidados de higiene, conservando e otimizando as energias, relativamente aos processos de raciocínio do enfermeiro, incluindo a própria sequência das suas atividades, na continuidade dos cuidados. Esta prática permite desenvolver conhecimentos e saberes informais (Martins e Penaforte, 2011).

**Em síntese,** podemos referir de que estes resultados se tornam pontos de forte oportunidade de intervenção para o enfermeiro gestor, dado ser fundamental que ajudem na prática da passagem de turno, a reconhecer o lugar que ocupam os CH, na informação a conservar e a conceber na passagem de turno (Martins e Penaforte, 2011).

## 8 - Os Cuidados de Higiene na Formação em Serviço.

Após o tratamento dos dados das entrevistas realizadas, inferiu-se em relação aos cuidados de higiene na formação em serviço, a categoria *configuração dos CH na formação* com as seguintes subcategorias: Formação em serviço para profissionais não enfermeiros; Formação informal; Formação por “reboque” ( Figura 11 e Anexo VII – Tabela 11).

Figura 11 - Os cuidados de higiene na formação em serviço.



A subcategoria *Formação em serviço para profissionais não enfermeiros* foi referenciada por três enfermeiros: - “*Sim, mas com as assistentes operacionais.*” (E 2); “*Sim, fizemos com os alunos, como lavar os dentes, também nas passagens de turno em situações como por ex. nos quistos sacrococcígeos a lavagem é feita de forma diferente.*” (E 9); “*Penso que sim... sobre cuidados de higiene... penso que para profissionais como assistentes operacionais.*” (E10).

Por sua vez a subcategoria *Formação informal*, é referida por um enfermeiro: - “*Não na formação em serviço formal, mas na formação não oficial todos os dias.*” (E 12).

Em relação a subcategoria *Formação por “reboque”*, esta sobressaiu em maioria dos enfermeiros gestores: - “*Por exemplo os temas de formação em serviço só com o tema de cuidados de higiene nunca tivemos, mas em todas as formações em que se presta cuidados diretos a higiene vem como complemento a ter em conta digamos a reboque*” (E 1); “*Não.*” (E 4) (E 5) (E 6) (E 7) (E 8); “*Única e exclusivamente não. Se calhar enquadrada nos autocuidados.*” (E 11); “*Já esteve programada, mas acabou por não ocorrer (...)*” (E 13).

Discutindo os cuidados de higiene na formação em serviço - A formação realizada e orientada pelos enfermeiros gestores, assenta essencialmente em três configurações, formação em serviço para profissionais não enfermeiros, formação informal e formação por “reboque”.

Assim no que concerne à formação em serviço para profissionais não enfermeiros é importante que esta siga os projetos do progresso do serviço. Na área de competências do enfermeiro gestor, a formação em serviço é um imperativo para a dinamização da qualidade dos cuidados. A presença dos CH na formação em serviço é traduzida pela subcategoria, formação por “reboque”, transversal a oito enfermeiros gestores do estudo, o débil investimento concedido. Como refere o estudo de Costa (2011) a formação deve aparecer progressivamente na procura de um comportamento profissional competente e de novas aquisições de saberes, o que compreende que a decisão dos conteúdos de formação sejam apenas no domínio de novos saberes, e principalmente para a prática do adotar novas atitudes de habilidades e de iniciativa, assim como uma visão mais ampla da situação. A subcategoria, pelo débil investimento, orienta para a conceptualização do próprio cuidado subjacente à forma de gestão dos serviços e organização dos cuidados de enfermagem. Conceção que vai ao encontro do descrito por (Costa, 2011), enquanto área que não carece de investimento, embora essencial é básica e sobre a qual já sabe tudo, até porque é um cuidado sujo e menor (Collière, 2003; Penaforte, 2011; Fonseca, 2013). Por

outro lado (Penaforte, 2011; Martins, 2012; Fonseca, 2013), a esta visão vêm acrescentar que no ritual dos cuidados de higiene, é possível.

Outro modo da presença da formação em cuidados de higiene na formação em serviço, utilizado pelos enfermeiros gestores, é a formação informal. Sugerindo por um lado esta abordagem informal, a atuação face à necessidade, podendo justificar, segundo Costa (2011), o fato do indivíduo ser considerado como um ator social, enquanto causador de mudança, e deve exceder influência sobre a formação a qual deve desenvolver-se em meio social real e ser vista como um meio de aculturação e socialização do indivíduo. Desta maneira, vai também ao encontro do papel da formação, no sentido da sua produção diária do saber, e sempre que apropriado e não no seu consumo descontextualizado. Para adquirir os seus objetivos a formação deve ser organizada com projetos e não por áreas soltas (Costa, 2011).

Por outro lado, a inclusão deste modo de abordagem informal sustenta a debilidade do investimento na formação em serviço sobre os Cuidados de Higiene e o seu caráter fortuito.

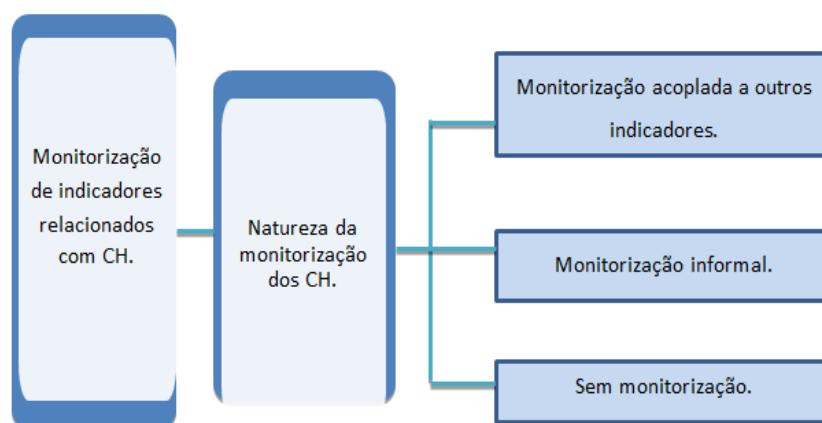
**Em síntese:** dos modos de presença dos cuidados de higiene na formação em serviço, a configuração que emerge aponta para uma conceção dos Cuidados de Higiene redutora do cuidado, pelo débil investimento, e enquadramento na formação em serviço, pelo que refleti-la nos processos de gestão utilizados nos serviços, de forma contínua, é um imperativo. Isto, de forma a favorecer situações que propiciem o desenvolvimento do conhecimento e dos próprios cuidados de higiene, fomentando competências transversais, tais como a capacidade de resolver problemas de trabalhar em equipa, de comunicar, de aprender. O direito individual da formação passa a obrigação, o que leva à questão de que o enfermeiro, em vez de determinar a sua formação, de ser o sujeito-ator, passa a ser o objeto de decisões de investimento da organização (Costa, 2011).

## 9 - Monitorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene.

Procurando perceber a monitorização de indicadores referentes aos cuidados de higiene, colocamos a questão “ Monitoriza algum indicador no seu serviço relacionado com os cuidados de higiene?”

Dos resultados apuramos a categoria *Natureza da monitorização dos CH*, com três subcategorias: *Monitorização acoplada a outros indicadores*; *Monitorização informal*; *Sem monitorização* (Figura 12 e Anexo VII – Tabela 12).

Figura 12 – Monitorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene



A subcategoria *Monitorização acoplada a outros indicadores*, foi gerada pelas afirmações de três enfermeiros: - “ (...) é aí que vimos o estado da pele.” (E 6); “As úlceras... Faz-se uma avaliação inicial em que se observa os tegumentos, sendo o único indicador que nós temos agora.” (E 10); “Neste momento não monitorizamos qualquer tipo de indicador. Além disso não me parecem ser os cuidados de higiene um indicador a ser trabalhado tao brevemente. Os indicadores que as instituições preconizam que sejam trabalhados de imediato não são esses.” (E 11).

Relativamente à subcategoria *Monitorização informal*, esta é referida por dois enfermeiros gestores: - “Nos cuidados de higiene propriamente não, mas que é nos

*cuidados de higiene que se faz uma observação minuciosa do doente (...)*” (E 6); *“Não tenho indicadores não tenho nada mas vou diariamente ver os doentes.”* (E 7).

No que respeita á ultima subcategoria desta área temática, *Sem monitorização*, é a subcategoria com maior enfoque, dado que é referida por oito enfermeiros gestores: - *“Não temos nenhum indicador.”* (E1); *“Não, nesta altura não.”* (E 2); *“Já respondi.”* (E 3); *“Indicador em si não tenho, não existe nenhum indicador só para cuidados de higiene.”* (E 4); *“O indicador é basicamente quando eu falo nas macerações mas eu não messo eu não faço o registo disso.”* (E 5); *“Não.”* (E 9), (E 13); *“Ainda não.”* (E 12); *“Não.”* (E 13).

#### **Discutindo Monitorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene -**

A natureza da monitorização dos cuidados de higiene realizada pelos enfermeiros gestores, participantes é expressa pela categoria: Natureza da monitorização dos CH, esta monitorização segundo este estudo é realizada de três formas: Monitorização acoplada a outros indicadores, Monitorização informal e Sem monitorização. A propósito, cabe realçar que o ACSS (2009) considera que a monitorização de indicadores relacionados com os cuidados de higiene é fortificante para uma apropriada gestão de serviços de saúde e para a melhoria contínua dos próprios serviços. O compromisso com as funções de enfermeiro gestor implica o empenhamento a este nível, isto é, saber da eficiência, processos empreendidos e conseguidos, este saber torna-o num atributo essencial para um serviço é a capacidade de empregar com sucesso os seus indicadores, para a medição do seu desempenho, proporcionando um maior conhecimento dos seus processos, referidos com os pontos críticos, e os de sucesso, permitindo uma avaliação contínua da eficiência dos processos e pessoas (ACSS, 2009).

A maioria dos enfermeiros gestores revelam que não tem monitorização para cuidados de higiene. O exercício profissional dos enfermeiros só é visível e viável, através da produção de indicadores, e estes decorrem da informação documentada pelos enfermeiros. Como afirma (Silva, 2013) só pode ser medido o que é contabilizado por isso a importância da adequada extração dos indicadores sobre os cuidados de higiene a partir da documentação produzida pelos enfermeiros.

De um modo geral, pode referir-se que estes enfermeiros gestores concebem o conceito de indicadores de cuidados de higiene, mas não apontam indicadores voltados para estes cuidados. Para Campbell et al (2002) os indicadores não oferecem respostas definitivas mas apontam práticas de cuidados ou problemas potenciais. Embora nem

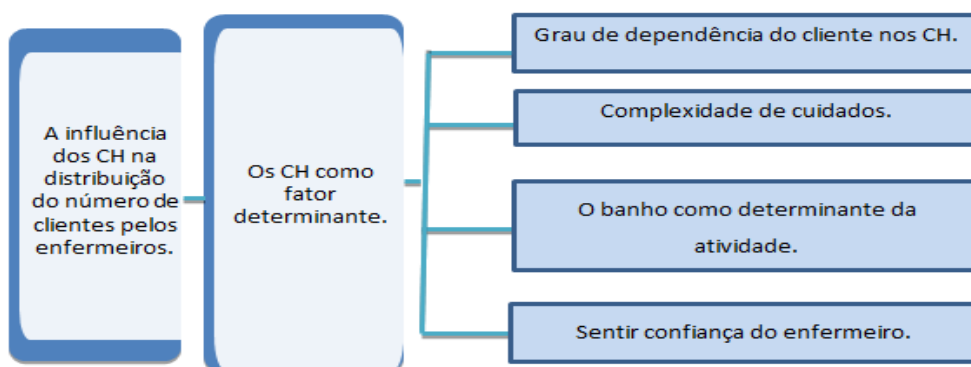
sempre forneça a visão do cenário, sendo indispensável um conjunto de indicadores para se estudar a questão (Silva, 2013).

**Em síntese:** os enfermeiros gestores não expressem a monitorização dos cuidados de higiene através de indicadores orientados expressamente para os mesmos, nos seus padrões de gestão ou não o fazem, e quando o fazem é acoplada a outros cuidados, ou de forma informal. Tais resultados vêm reforçar a concepção subjacente sobre os mesmos, e o cuidado dispensado à sua qualidade, a não rentabilização dos mesmos, enquanto fonte de informação para a própria organização dos cuidados de higiene, planeamento e a gestão dos recursos e o não investimento.

## 10 - A Influencia dos Cuidados de Higiene na Distribuição do Número de Clientes Pelos Enfermeiros

Relativamente à influência dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes por enfermeiro, foi inferida a categoria: CH como fator determinante na distribuição de clientes, a dar-lhe ênfase estão inseridos quatro subcategorias: *Grau de dependência do doente nos CH; Complexidade de cuidados; O banho como determinante da atividade; Sentir confiança do enfermeiro* (Figura 13 e Anexo VII – Tabela 13).

Figura 13 - A influencia dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes pelos enfermeiros.



No que respeita à subcategoria *Grau de dependência do doente nos CH*, mencionada por oito enfermeiros gestores: - “Claro que sim.” (E 2); “Sim, também.” (E 5);

“Considero, é por isso que eu digo que para 13 camas tanto necessito de 13 enfermeiros como de um.” (E 7); “Claro, se eu tiver 3 doentes dependentes na higiene não vou por os 3 com a mesma enfermeira.” (E 8); “Considero sempre.” (E 9); “Sim. Tarde e noite fica com a responsabilidade do turno. Este fica com menos doentes mas de maior especificidade.” (E 10); “Sim. São os tais ajustes que temos que fazer ao plano de cuidados. Os cuidados de higiene estão inerentes aos cuidados de dependência do doente.” (E 11); “Claro.” (E12).

A segunda subcategoria *Complexidade de cuidados* determina o nº de doentes a distribuir, foi referida por um dos entrevistados: - “Não, neste serviço não é aquilo que ocupa mais, é mais tempo, mas sim em termos da complexidade de cuidados do doente por exemplo tem dialise, ou outros problemas.” (E 4).

O banho como determinante da atividade é uma categoria referenciada por dois enfermeiros gestores: - “Não propriamente. Normalmente os doentes são distribuídos de acordo com a dependência por salas, mas as vezes não é possível.” (E 6); “Há várias variáveis que considero determinantes na distribuição dos doentes pelos enfermeiros. O banho até pode ser uma variável.” (E 13).

Uma das subcategorias mencionadas pelos enfermeiros neste caso por um entrevistado foi *Sentir confiança do enfermeiro*: - “ (...) Embora, algumas vezes temos que colocar alguns doentes com enfermeiros que tenham confiança, mas se a equipa, já uniformizada a nível de formação, permite que o doente tenha direito aos cuidados que me merece, (...) ”. E 13.

**Discutindo a influência dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes por enfermeiro** - Os enfermeiros gestores demonstraram nos seus relatos terem um papel fundamental na distribuição dos doentes pelos enfermeiros. Nesta distribuição consideram estar subjacente a influência dos cuidados de higiene, arrolando alguns fatores determinantes na distribuição de utentes, como o grau de dependência, a complexidade de cuidados e sentir confiança no enfermeiro. A propósito do grau de dependência dos clientes nos cuidados de higiene, para alguns autores (Penaforte 2011; Fonseca 2013) são fatores chave na determinação do número de enfermeiros por serviço de enfermagem. A dependência do doente para os cuidados de higiene influencia a qualidade dos mesmos, têm que existir uma relação com o número de profissionais ou seja as dotações seguras, é condição chave para otimização da organização em relação aos CH. O serviço deve ter sempre presente os princípios da prática de cuidados de qualidade, como: efetividade, segurança, oportunidade, cuidados centrados na pessoa, equidade e eficiência. O que significa dispor da quantidade e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados.

Para cada um dos fatores identificados como determinantes, encontramos produção de sentido na sua utilização para distribuição de utentes por enfermeiro, dotação de enfermeiros, sugerem a sua implicação. Até porque para a Ordem dos enfermeiros (2014) e Silva (2013) a complexidade dos doentes acompanha outras categorias como a carga laboral, o nível qualificação dos enfermeiros, o ambiente de trabalho, a eficiência e eficácia em termos de custos e a ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem, quando se aborda a qualidade e a dotação segura para a prestação de cuidados de enfermagem. A complexidade de cuidados está muitas vezes associado ao doente complexo, precisamente pelas necessidades em cuidados, quer em quantidade, natureza e na especificidade.

Contudo para esta gestão a ordem dos enfermeiros declarou recentemente que o número de enfermeiros a prestar cuidados de higiene num serviço retrata os resultados da organização e da qualidade dos cuidados aos doentes. As práticas de dotação seguras incorporam uma complexidade de atividades em enfermagem incluindo os níveis variáveis de preparação, experiência dos enfermeiros, competência dos enfermeiros, apoio da gestão de saúde aos nível operacional e executivo; e a prestação a quem comunique situações anómalas Ordem Enfermeiros (2014).

**Em síntese,** podemos dizer que a maioria dos enfermeiros gestores considera a dependência do cliente nos CH, como fator determinante para a distribuição dos clientes pelos enfermeiros. Diversos autores (Penaforte 2011; Fonseca 2013) perceberam que o grau de dependência do doente para os cuidados de higiene serem prestados com qualidade, tem que existir uma relação com o número de profissionais ou seja, as dotações seguras. A complexidade de cuidados foi identificada como sendo um motivo para a dotação segura dos enfermeiros. Evidenciamos uma preocupação com a complexidade de cuidados em relação ao número de enfermeiros, como é mostra o discurso *“Não, neste serviço não é aquilo que ocupa mais, mais tempo, mas sim em termos da complexidade de cuidados do doente por exemplo tem dialise, ou outros problemas.” (E 4).*

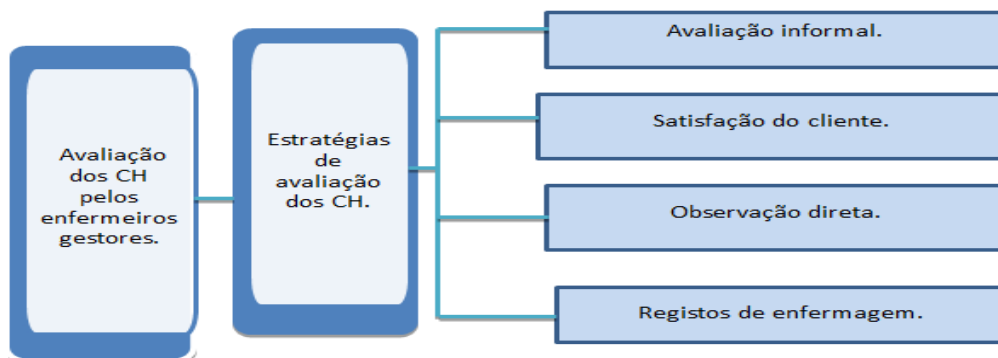
Em relação ao banho como determinante da atividade, para estes enfermeiros gestores os cuidados de higiene podem envolver um maior gasto de tempo na rotina de trabalho em comparação com outros cuidados, diante destas considerações é importante aplicar dotações seguras para que os enfermeiros possam organizar as suas atividades em função da qualidade dos cuidados.

O sentir confiança do enfermeiro também é focado como fator determinante da distribuição de clientes. De acordo como Penaforte, (2011) e Fonseca, (2013) os CH são cuidados assistenciais, que devem ser executados com aptidão, muita consciência técnica e ética, porque para além dos riscos inerentes ao procedimento há grande exposição da intimidade do indivíduo. A confiança por parte do gestor de enfermagem, no enfermeiro que presta cuidados de enfermagem, assume uma relevância primordial para responder positivamente não só aos desafios colocados mas também á complexidade de problemas que culminam num agir profissional assertivo, (Petronilho, 2013).

## 11 - Avaliação dos Cuidados de Higiene Pelos Enfermeiros Gestores

Do tratamento dos dados, inferiram-se em relação à temática **Avaliação dos cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores** a categoria *Estratégias de avaliação dos CH*, com as seguintes subcategorias: *Avaliação Informal Satisfação do cliente; Observação direta; Registos de enfermagem* (Figura 14 e Anexo VII – Tabela - 14).

Figura 14 - Avaliação dos Cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores.



A subcategoria *Avaliação Informal*, que está incluída nesta área temática, sobressaiu em quatro enfermeiros gestores: - *Acho que os meus colegas prestam bem os cuidados de higiene.* (E 1); *“Adequados.”* (E 3); *“Tem que melhorar, há cuidados de excelência, mas pretendemos a excelência no geral mas á cuidados também maus.”* (E 7); *“Bons, mas não há nenhum indicador.”* (E 11).

Relativamente a subcategoria *Satisfação do cliente* é referido por dois enfermeiros gestores: - *“Através da satisfação do doente.”* (E 2); *“Através dos indicadores de satisfação do cliente, fornecidos pelo hospital (...)* (E 10).

Por sua vez a subcategoria *Observação direta* sobressaiu, ao ser referida por oito dos participantes: - *“É olhar para a boca do doente para o umbigo para as orelhas.”* (E 4); *“Pela forma como o doente está arranjado e como foram prestados os cuidados de higiene globais se este penteado se foram realizados os cuidados orais, avalio dessa forma, basta olhar.”* (E 5); *“Avalio, muitas vezes vou ver como o doente ficou. “* (E 6); *“Só através da observação diária.”* (E 8); *“Avalio porque vejo como as crianças estão.”* (E 9); *“(…) ando no terreno (...)* (E 10); *“Através da observação, através do diálogo com o enfermeiro e com o doente e da observação do doente.”* (E 12); *“Avaliar sistematicamente e de forma personalizada, não avalio. Mas tenho uma perceção global dos cuidados de higiene prestados.”* (E13).

Por último, relativamente a esta área temática, sobressaiu a subcategoria *Registos de enfermagem*, na entrevista a um dos enfermeiros inquirido: - *“Através dos indicadores e dos registos, considero adequados.”* (E 10)

**Discutindo Avaliação dos cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores** - O enfermeiro é um profissional de saúde que procura sempre adquirir competências de modo a ser mais eficaz e a proporcionar melhores cuidados de saúde ao cliente. Os resultados evidenciam a inexistência de indicadores orientados para os cuidados de higiene, contudo, há uma preocupação presente nesta avaliação, traduzida no uso de alguns recursos estratégicos divulgados no diagrama 12.

Os enfermeiros gestores para a avaliação dos CH utilizam quatro estratégias de avaliação: Avaliação informal, Satisfação do cliente, Observação direta e os registos de enfermagem.

A avaliação informal e a observação direta se não forem registadas, não tem qualquer valor jurídico ou estatístico, no que se refere à satisfação do cliente é um indicador de qualidade e está instituído na instituição onde foi realizado este estudo. Nesta

perspetiva, a satisfação do cliente atua como um indicador da qualidade, na medida em que retrace as visões dos clientes, não só sobre as singularidades do processo de que foram alvo, como das suas expectativas em conformidade com os resultados. Para os clientes dos cuidados de higiene, a satisfação dos cuidados, assume um significado de autonomia com potencialidades de escolhas (Almeida 2010). Na ótica do cliente é considerada indispensável, tanto para controlo da qualidade dos serviços de enfermagem, como para reconhecer problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados de higiene e ainda reorganizar serviços abrangendo os mesmos cuidados (Almeida 2010).

O indicador, satisfação do cliente é confirmado pela OE como uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem na produtividade de enfermagem, argumentando os elementos relevantes neste processo (OE 2011).

**Em síntese** nesta instituição verificamos que os enfermeiros gestores utilizam na avaliação dos CH várias estratégias como a avaliação informal, onde foi possível observar no discurso *“Acho que os meus colegas prestam bem os cuidados de higiene.” (E 1)*; Na enfermagem sempre existiu um controlo informal da qualidade assistencial, revelada pela inquietação dos enfermeiros em acompanhar as suas atividades á risca, admitindo que com isto garantir-se-iam os resultados pretendidos (Petronilho, 2013).

Uma outra estratégia de avaliação dos CH é a satisfação do cliente, está também relacionada com a qualidade e a humanização no atendimento instituído nesta instituição. A noção de qualidade em saúde é constituída tanto pela habilidade de interagir como com a aptidão técnica. Um grande número de queixas pode ser solucionado quando o cliente se sente ouvido, acolhido e respeitado pelos enfermeiros (Penaforte, 2011; Fonseca, 2013).

Referimos a observação direta, com maior destaque na estratégia de avaliação no CH, esta observação mostra a necessidade de se saber ler cada mudança emocional e física do cliente, considerados por Meleis (2010) como uma ferramenta básica da enfermagem que permite determinar a eficiência da assistência de enfermagem e pode ser usada para conduzir, auxiliar e impulsionar a equipa de enfermagem.

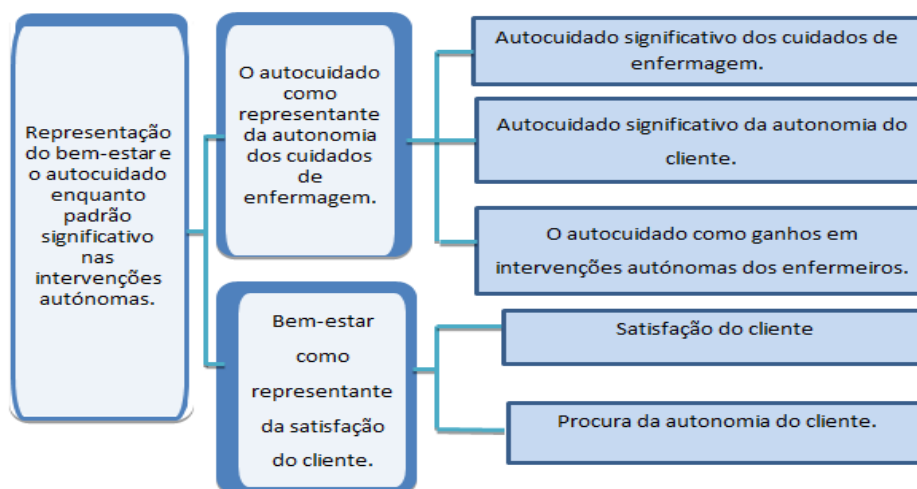
Ainda relativamente às estratégias de avaliação, o registo de enfermagem mencionado por um dos enfermeiros gestores, oferece-nos uma visão dos cuidados de higiene como garantia do prosseguimento de cuidados, a possibilidade de avaliarmos as intervenções e de demonstrarmos os resultados de enfermagem. Os registos de enfermagem assumem um papel importante para a definição de indicadores de qualidade

dos CH. Logo a relação entre os cuidados de higiene que os profissionais de saúde prestam, e as necessidades dos clientes permite estabelecer aqui, um desafio auspicioso à avaliação da satisfação dos clientes. Funcionando esta ligação como um relevante e autêntico indicador de qualidade (Almeida, 2010).

## 12 - Representação do Bem-Estar e o Autocuidado Enquanto Padrão Significativo nas Intervenções Autónomas

Perante a Questão “O bem-estar e o autocuidado é um padrão representativo das intervenções autónomas. Que representação tem para si este padrão?”, Surgiu a área temática, representação do bem-estar e o autocuidado enquanto do padrão significativo nas intervenções autónomas. Nesta área surgiram duas categorias: *O autocuidado como representante da autonomia dos cuidados de enfermagem*; e *o Bem-estar como representante da satisfação do cliente* (Figura 15 e Anexo VII – Tabela 15).

Figura 15 - Representação do bem-estar e o autocuidado enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas.



No respeitante à categoria *O autocuidado como representante da autonomia dos cuidados de enfermagem* surgiram três subcategorias: *Autocuidado significativo dos cuidados de enfermagem*; *Autocuidado significativo da autonomia do doente*; *O autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros*.

Na subcategoria *Autocuidado significativo dos cuidados de enfermagem* foi referido por um enfermeiro gestor: - *“É no autocuidado onde podemos brilhar como enfermeiros, neste ponto ainda não conseguimos brilhar muito bem, o que é uma pena, (...) (E 2).*

O *Autocuidado significativo da autonomia do doente* foi referido por uma maioria dos enfermeiros gestores: - *“O autocuidado tem a ver com o papel para as pessoas se tornarem o mais independentes possível (...)” (E 1); “O mais possível.” (E 5); “É muito importante, o autocuidado é normalmente no primeiro dia pós-operatório.” (E 8); “É muito importante para este serviço.” (E 9); “o auto cuidado caminha sempre para a autonomia do utente.” (E 6).*

No que respeita ao *autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros*, nesta subcategoria foi mencionada por três enfermeiros gestores: - *“Para mim é o fundamental, (...), todo o doente precisa de toda a supervisão no autocuidado de higiene, que é muito deficiente por exemplo no doente psiquiátrico (...) (E 10); “Tanto o bem-estar do doente mas sobretudo com o autocuidado e que é por mim considerado como a área de excelência das representações autónomas dos cuidados de enfermagem.” (...) (E 11); “O autocuidado é fundamental. Faz parte da essência da enfermagem (...) (E 12).*

No referente à categoria *Bem-estar como representante da satisfação*, emergiram duas subcategorias: *Satisfação do cliente*; e a *procura da autonomia do cliente*.

Em relação a subcategoria *Satisfação do cliente*, ouve um dos enfermeiros entrevistados a referir esta importância: - *“Tem toda a importância o bem-estar do doente e isso revela depois o grau de satisfação dos cuidados.” (E 4).*

A *procura da autonomia do cliente* foi a subcategoria emergida de dois enfermeiros gestores: - *“Temos que proporcionar o bem-estar ao doente e é para isso que o enfermeiro gestor trabalha no seu dia-a-dia, a autonomia.” E 6; “Nós procuramos sempre a autonomia em relação ao doente, vamos sempre adaptar o doente para a nova realidade.” (E 7).*

**Discutindo a representação do bem-estar e o autocuidado enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas** - Na perspetiva do enfermeiro gestor, como se pode verificar, *O autocuidado como representante da autonomia dos cuidados de enfermagem* é definido por: Autocuidado expressivo dos cuidados de enfermagem; Autocuidado significativo para a autonomia do doente; O autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros. O autocuidado neste estudo refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, através de práticas consideradas adequadas. Deste modo o autocuidado desempenha um papel fundamental na saúde das pessoas, uma vez que está diretamente relacionado com os resultados associados a sua saúde (Orem 2001; Petronilho, 2012).

Na categoria do *Bem-estar como representante da satisfação do cliente*, emergiram duas subcategorias: a *Satisfação do cliente*; e a *procura da autonomia do cliente*. Nesta categoria a satisfação do cliente e a procura da sua autonomia emergiram como um conjunto de atividades que são realizadas para garantir a saúde e o bem-estar dos clientes, *“Temos que proporcionar o bem-estar ao doente e é para isso que o enfermeiro gestor trabalha no seu dia-a-dia, a autonomia.”* (E 6). Cavanagh (1993) citado por Penaforte (2011), a enfermeira ao prestar o autocuidado higiene pode compensar as incapacidades e ajudar e proteger, o cliente, emitir juízos, tomar decisões e cultivar a autonomia. É nesta área que mais questionamos a prática diária dos cuidados”. A enfermeira executa algumas medidas para favorecer o autocuidado ser desenvolvido pelo cliente. Dá apoio e educação, aqui a enfermeira ajuda a tomar decisões, proporciona aprendizagem à pessoa e atualiza a informação necessária ao autocuidado e executa algumas medidas para favorecer o autocuidado a ser desenvolvido pelo cliente, (Penaforte, 2011 e Petronilho, 2012).

**Em síntese** os enfermeiros gestores consideram em relação á *representação do padrão bem-estar, e o autocuidado enquanto significativo nas intervenções autónomas, o autocuidado representante da autonomia dos cuidados de enfermagem e o bem-estar do cliente como representante da satisfação do cliente.*

Podemos verificar que *o autocuidado significativo dos cuidados de enfermagem*, percebida num enfermeiro gestor, evidência uma menor importância por parte dos gestores. Isto contraria o resultado em relação ao *autocuidado significativo da autonomia do cliente*. A esta subcategoria foi atribuído um maior grau de importância. O estudo de Penaforte (2011) e de Fonseca (2013), demonstram a relação destes dois conceitos, a autonomia é olhada comumente com o atributo de um indivíduo em tomar as suas decisões

com apoio na sua razão, ou seja, envolve a identificação do direito por parte do cliente a gerar as suas escolhas e a proceder segundo as suas crenças e valores, o enfermeiro envolvido deve adotar uma atitude e uma atuação respeitosa, que se traduz no progresso e manutenção das aptidões do outro para ser autónomo.

Nos resultados, é evidenciada a existência de um número muito significativo de enfermeiros gestores que entendem o autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros, pensar sobre esta dimensão é essencial uma vez que os enfermeiros prestam sempre cuidados de forma autónoma, mesmo sendo outro profissional a determinar, é o enfermeiro que assume a garantia pelos seus atos e pelas resoluções que toma.

Relativamente ao *bem-estar como representante da satisfação do cliente* o estudo evidenciou a *satisfação do cliente*, uma categoria evidenciada por um enfermeiro gestor comparativamente com a categoria *procura da autonomia do cliente* mostrado por um número muito significativo de enfermeiros gestores, tal como na subcategoria *autocuidado significativo da autonomia do cliente*. A presente pesquisa revela que o autocuidado e a autonomia do cliente são importantes para o bem-estar e para a satisfação do cliente, e que se implicam. Desta forma os enfermeiros gestores devem demonstrar mais disponibilidade para os CH. O cuidar adquire melhor revelação quando efetuado por um enfermeiro (Carvalho, 2009 e Collière, 1989).

### **13 - Da Evidência dos Cuidados de Higiene e Implicações no Serviço: Uma Síntese**

Expostos e discutidos os achados do nosso estudo, por área temática, procuramos aqui, proceder primeiramente a uma síntese global de discussão nessa sequência, seguida de uma breve triangulação dos achados provenientes das áreas temáticas e os objetivos traçados. Procuraremos enfatizar os elementos mais revelantes deste estudo, evidenciando as nossas principais sínteses de discussão e de significado nos resultados.

Do presente estudo centrado nos cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço, brotaram doze áreas temáticas que organizamos conforme surgem no relatório, que sistematizamos:

**Sobre a importância dos cuidados de higiene para o enfermeiro gestor** - Verificou-se que os enfermeiros gestores atribuem importância ao CH porque é um cuidado essencial, mas também se ausentam desse cuidado, para eles, é atribuído ao outro, como um cuidado delegado, e reconhecem ainda que estes cuidados são meramente básicos, desta forma revelam uma importância escondida. Ao confrontar com os resultados de Fonseca (2013) que divulga que os enfermeiros gestores vêem os cuidados de higiene como um cuidado para o outro, admitindo-se poder ser confiado noutro pessoal, de menor grau de formação.

A importância dada aos CH, descrita pelos enfermeiros gestores é que estes são importantes para cuidar da aparência, numa prática instituída no serviço. Não se posicionando, ele próprio, como gestor e corresponsável no cuidado. Até porque para Penaforte (2011) os cuidados de higiene enquanto prática potenciadora de investimento, fonte de informação e relevância na deteção de problemas assistenciais, constituem um veículo da qualidade de cuidados.

- Quanto à **conceção do enfermeiro gestor sobre cuidados de higiene** - Mais uma vez é favorecido o cuidar do corpo físico, em paralelo à delegação do cuidado, surgem a sugerir uma conceção e um cuidado restritivo, enquanto ato de gestão. Os CH provenientes das narrativas, brotam como uma produção de cuidados, um aglomerado de cuidados. A divulgação científica considera a possibilidade de encontrar ganhos em satisfação para o cliente, e para a qualidade dos CH pelo ajustamento de métodos de trabalho, organização e planeamento dos cuidados, e nas formas do uso da sua comunicação (Penaforte, 2011).

- **A prática da promoção dos CH pelo enfermeiro gestor do hospital** - Inclui estratégias de educação ação, sem programas de formação sobre CH e por outro lado a manutenção da rotina que volta a ser destacada, salientando uma conceção de cuidados de enfermagem que o limita ao cuidado físico, ao visível (Vigarelho, 1980), e simultaneamente o sentido implícito da delegação destes cuidados, desperdiçando-se desse momento privilegiado, o tempo de relação e terapêutico (Penaforte, 2011).

Porem constata-se que os enfermeiros gestores como “estratégias relacionais” utilizam a “negociação do momento”. Tal preocupação, vem reforçar o sentido de humanização do cuidado, estando de acordo com o código deontológico de enfermagem, ao prestar cuidados a pessoa (Lei n.º 111/2009 de 16 Setembro). Este sentido, está igualmente presente “individualização dos cuidados”, incluída na categoria “promoção do trabalho individual”. Por outro lado, nesta última, a ativação da “responsabilização do enfermeiro” expressa um cuidado que passa por enquadrar estes cuidados na responsabilidade dos outros, nos enfermeiros.

– No **diagnóstico dos CH realizado pelos enfermeiros gestores** - Os resultados demonstram que o “modo de fazer o diagnóstico das necessidades de CH” é realizado através da “avaliação no acolhimento”, salientando ainda outros modos, como o “grau de dependência” do cliente e o diagnóstico de cuidados através da realização do diagnóstico dos CH a “olho”. Omitindo a dinâmica do diagnóstico de enfermagem que é promover o cuidado de enfermagem, cujo objetivo é demarcar o plano de tratamento adaptado ao cliente, norteando as intervenções e os resultados dos clientes. Além disso, os diagnósticos de enfermagem fornecem uma base uniformizada para a prática num perfil eletrónico de saúde, possibilitando a comunicação clara, para a melhoria continua no atendimento ao cliente (Petronilho, 2013).

Para os participantes a forma de fazer o diagnóstico de CH é através da “observação e diagnóstico diário”, igualmente sente-se a carência de um instrumento em saúde para organizar as atividades de enfermagem e avaliar os resultados.

– **O Contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do serviço** - Está assumido como de primordial importância, assim como a imagem dos clientes, sendo considerado que existe reconhecimento pelos familiares. De novo os cuidados de higiene são orientados para o corpo e separados do humano. Contudo, esta condição de reconhecimento familiar e profissional, contribui para a acreditação das instituições.

- **Os cuidados de higiene na avaliação do desempenho dos enfermeiros**, são referidos por vários gestores como essenciais e contínuos e também como de abordagem escondida noutros cuidados, disfarçada, e a orientar para um cuidado sujo e menor que não carece de saber (Penaforte, 2011). Os enfermeiros gestores não fazem alusão a qualquer indicador, para que esta avaliação possa ser medida e abra para outros questionamentos.

- **A abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno** – inferiu-se que os cuidados de higiene são falados por rotina; em S.O.S; e ocultados, estes resultados indicam um desligamento dos CH. A passagem de turno favorece a integração nos próprios cuidados de higiene, preservando e otimizando as energias, comparativamente aos processos de raciocínio do enfermeiro, incluindo o planeamento das suas funções, (Martins e Penaforte,2011).

- **Os cuidados de higiene na formação em serviço** - Embora na formação inicial dos enfermeiros sobre CH, se faça pela aprendizagem pormenorizada dos gestos e planeamento das ações implicadas, de modo a respeitar o pudor e privacidade do cliente, neste estudo, a sua atualização através da sua integração nos planos de formação em serviço, não é preocupação estratégica dos enfermeiros gestores. O emergido, aponta para uma conceção dos Cuidados de Higiene redutora do cuidado, pelo seu fraco investimento.

- **Monotorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene**, uma vez mais os enfermeiros gestores não expressam a monotorização dos cuidados de higiene através de indicadores e quando o fazem é acoplado a outros cuidados, como acontece com no tema *“Os cuidados de higiene na avaliação do desempenho dos enfermeiros”*.

- **A influência dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes pelos enfermeiros** - A generalidade dos enfermeiros gestores participantes considera a dependência do cliente, como decisivo para a distribuição dos clientes pelos enfermeiros. É relevante aplicar dotações seguras para que a equipa de enfermagem consiga organizar as suas atividades em função da qualidade dos cuidados (Leão, 2012).

- **Avaliação dos Cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores** - São utilizadas várias estratégias, com maior ênfase a avaliação informal, que segundo Petronilho, (2013) sempre existiu, divulgada pela preocupação dos enfermeiros em seguir as suas atividades á risca, admitindo que dessa forma atingiam os resultados pretendidos. A observação direta também referida por Meiles, (2010) como ferramenta básica que pode ser usada se auxiliada por outras ferramentas. As estratégias, satisfação do cliente e o processo de enfermagem referido com menor destaque na estratégia de avaliação, assumem papel importante para a definição de indicadores de qualidade dos CH (Almeida, 2010).

– **Representação do bem-estar e o autocuidado enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas** - A investigação revela que os enfermeiros gestores entendem o autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros. O autocuidado desponta como representante da autonomia do utente e o bem-estar da sua satisfação. Do significado inferido, o autocuidado e a autonomia do cliente são essenciais para o bem-estar e para a satisfação do cliente, e que ambos se implicam. É inevitável que os enfermeiros gestores revelem mais disponibilidade para os CH. Presentemente o enfermeiro tem que prestar cuidados, e dominar a tecnologia em nome da ciência, chega a estabelecer uma ditadura do corpo e a eliminação da sensibilidade. Nessa circunstância os cuidados de higiene pela sua humanidade, constitui-se num esforço e num desafio profissional de enfermagem, mas que vale a pena fazer (Collière, 1989).

A partir dos resultados e o discutido sobre os cuidados de higiene e as implicações na gestão do serviço, destacamos dos resultados o relevante no processo de gestão neste cuidado de enfermagem e passamos a triangular as áreas temáticas face aos objetivos enunciados.

- **Sobre o processo de gestão utilizado pelo enfermeiro gestor**, emerge uma perspetiva sobre a conceção dos cuidados de higiene, a mostrar-se determinante na condução deste processo de gestão, sendo mais expressiva nas áreas: **conceção do enfermeiro gestor sobre cuidados de higiene; diagnóstico dos CH realizado pelos enfermeiros gestores; importância dos cuidados de higiene para o enfermeiro gestor; e na prática da promoção dos CH pelo enfermeiro gestor** deste hospital. Todavia, percebemos esta presença de modo mais contido nas restantes áreas temáticas, embora, todas apresentem marcas desse sentido de orientação dos processos de gestão nestes cuidados.

- **Sobre as estratégias utilizadas pelo enfermeiro gestor no contexto dos cuidados de higiene**, assumem pertinência em termos de significado: **A influência dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes pelos enfermeiros; Os cuidados de higiene na formação em serviço; A abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno**. Tal como no objetivo anterior, as outras áreas ajudam a fortalecer o significado subjacente às estratégias utilizadas nos cuidados de higiene, contudo, todas densificam o sentido do processo de gestão.

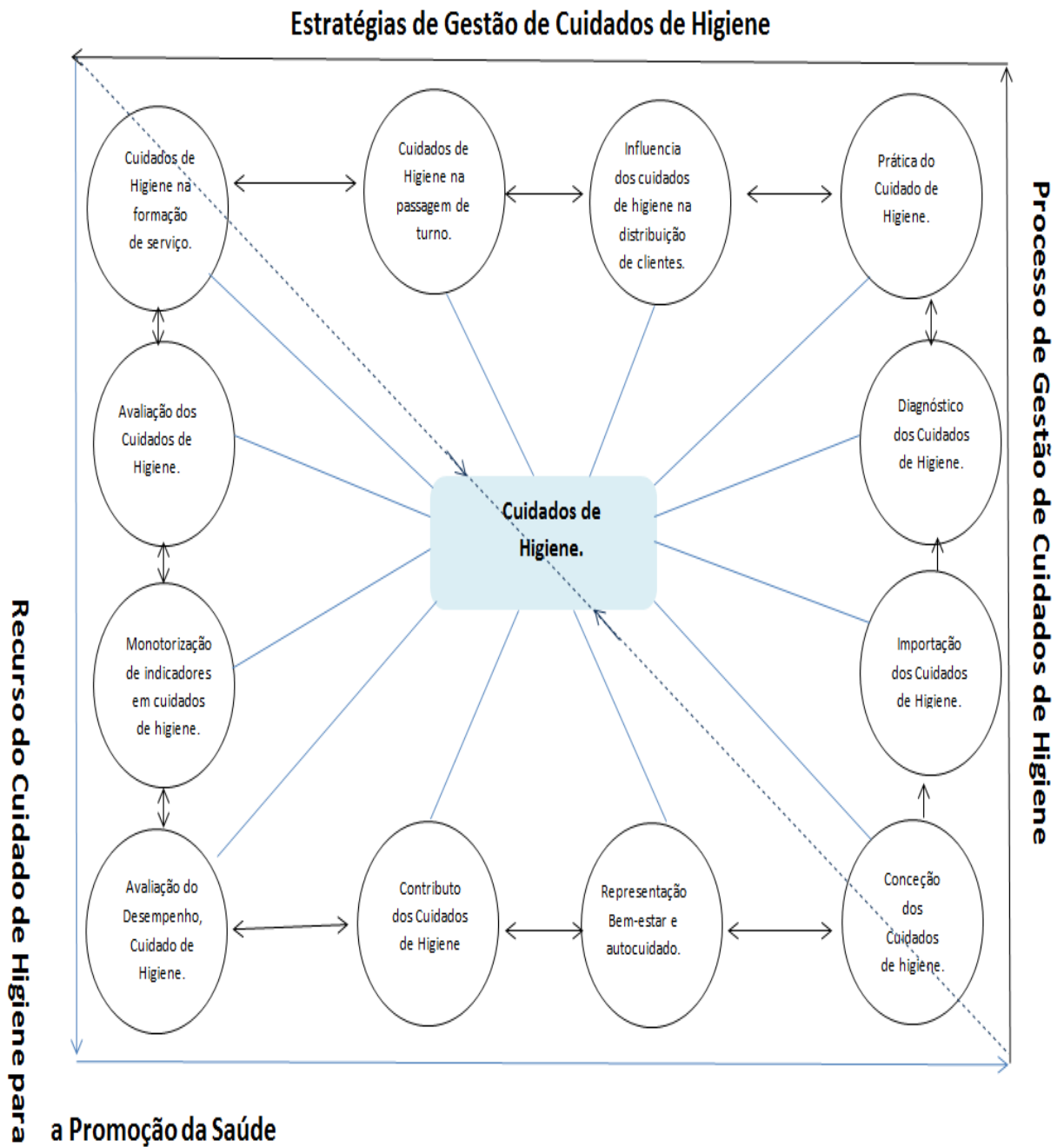
- **Sobre o recurso aos cuidados de higiene para a promoção da saúde em contexto hospitalar**, as áreas que assinalam e caracterizam o significado atribuído pelos participantes, são: **Monotorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene; Avaliação dos Cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores; Os cuidados de higiene na formação em serviço; Os cuidados de higiene na avaliação do desempenho dos enfermeiros.**

Do evidenciado destas áreas, os CH não constituem um recurso ou preocupação estratégica, para promoção da saúde, ou melhor, esta não passa pelos CH. Implicitamente a estas áreas de significado, continua presente a conceção limitativa subjacente sobre os próprios cuidados de higiene, debilitando o seu recurso, como evidenciado.

Reparando agora no percebido nas áreas relativas aos **Contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do serviço, e da Representação do bem-estar e o autocuidado enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas**, aparentam vislumbrar-se a abertura para uma outra conceção á volta dos CH, por parte destes enfermeiros gestores, onde o autocuidado além de surgir a representar ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros, surge a constituir-se representante da autonomia do utente e o bem-estar da sua satisfação. Percebe-se também, no processo de gestão, uma atualização teórica, voltada para elementos fundamentais da qualidade dos cuidados e dos serviços, na medida em que inferimos que o autocuidado e a autonomia do cliente são essenciais para o bem-estar e para a satisfação do cliente, e que ambos se implicam. Como o ACSS (2009) preconiza a monotorização de indicadores relacionados com os cuidados de higiene, é fortificante tanto para uma harmonizada gestão de serviços de saúde, como para um melhor conhecimento dos seus processos, o que surge debilitada nos nossos achados. Só deste reconhecimento efetivo, se contribuir para a melhoria contínua dos serviços, a qualidade e a acreditação das instituições.

Expostos e discutidos os principais elementos e significados decorrentes do estudo, apresentamos esquematicamente uma representação do percebido sobre os cuidados de higiene e as implicações no serviço (Figura16).Finalizamos referindo que a conceção sobre os próprios cuidados de higiene surge a implicar-se no processo de gestão dos cuidados de higiene, dos enfermeiros gestores participantes no estudo.

Figura 16 – Cuidados de higiene e implicações no serviço.



No próximo capítulo apresentamos as principais conclusões, implicações e sugestões que o estudo requer, refletindo na tónica dos contributos para as práticas dos enfermeiros gestores, a formação e a investigação em enfermagem.

## CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste momento iremos refletir, sobre as conclusões do estudo, do conseguido neste percurso e passamos a apresentar. Continuamente e sempre que entendermos adequado, iremos referenciar as implicações dos resultados para a prática do enfermeiro gestor, assim como para a formação e para a investigação em enfermagem.

Ao decidirmos avançar no estudo, fizemo-lo conscientes de que seria útil e relevante, se nos detivéssemos em aspetos importantes para o exercício de uma gestão de enfermagem profissional e assim o fizemos, focado na gestão de cuidados de higiene.

Aceitamos o desafio do estudo, acreditando que viesse a contribuir para uma melhor compreensão da gestão dos enfermeiros gestores, face aos cuidados de higiene.

Da pesquisa bibliográfica orientada para a fundamentação da temática, reconhecemos a pertinência e atualidade das nossas preocupações, permitindo-nos centrar o nosso foco de atenção. Investimento que ajudou a consolidar a necessidade de explorar o fenómeno da gestão de enfermagem relacionada com os cuidados de higiene e a problemática que os rodeia.

Até porque nos últimos tempos em Portugal, temos assistido a uma preocupação crescente com a qualidade dos serviços de saúde, mas não podemos esquecer que os enfermeiros para atingirem a excelência do cuidado é necessário desenvolverem as suas competências profissionais quer a nível técnico científico quer ao nível relacional e humano, respeitando o cumprimento dos nossos deveres profissionais estabelecidos no código deontológico.

Prosseguindo com as questões do método, dizemos que ao enveredar pela perspectiva qualitativa, vislumbravam-se oportunidades, referindo agora, que nos possibilitou compreender com maior profundidade o fenómeno. A perspectiva qualitativa que se revelou ajustada, permitiu aceder aos significados que os enfermeiros gestores atribuem á gestão nos cuidados de higiene. Neste sentido passamos a descrever algumas conclusões que se nos oferecem de maior relevância face ao emergido ao longo deste estudo.

De uma amostra constituída por treze enfermeiros gestores, maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idade de 50 anos, inferimos a partir dos resultados, o que os enfermeiros gestores consideram ser os cuidados de higiene, o sentido da prática de gestão nos cuidados de higiene, a visão norteadora e a requerer investimento, a atenção e novas formas de (re) olhar e usar os cuidados de higiene pela gestão.

Do âmago dos resultados desta investigação, verificamos que a importância dos cuidados de higiene para os enfermeiros gestores é meramente básico e essencial, um cuidado atribuído a outros, e a refletir uma importância escondida.

A conceção de cuidado de higiene pelos enfermeiros gestores está voltada para o cuidar do corpo físico, e da sua limpeza. Em simultâneo delegam os cuidados de higiene, sugerindo uma conceção limitativa do cuidado, mesmo enquanto ato de gestão.

Os cuidados de higiene, surgem como um momento produtor de cuidados, nomeadamente, cuidados de conforto, de limpeza ao corpo, de limpeza da unidade de cuidados, e de um cuidado do outro.

A orientação subjacente sugere que os cuidados de higiene são uma preocupação do outro. Resulta um cuidado delegado no doente, e aquando da responsabilidade do enfermeiro, e que este deve executar, a fuga ao cuidado sobressai, acontecendo também a fuga no conhecimento dos enfermeiros gestores. Ou seja, mostra-se uma conceção cujo sentido aponta para uma visão patogénica. Da conceção subjacente, o processo de gestão nestes cuidados oferece-se com riscos. Isto porque, atender ao desafio e dar resposta aos cuidados de saúde, exige atenção relevante à promoção da saúde, à satisfação e conforto do utente, para prosseguir em direção à qualidade, havendo que descobrir novas estratégias para o adormecimento sobre os cuidados básicos/ manutenção de vida, como os de higiene (Penaforte, 2011).

Na promoção dos CH constatamos que para alguns dos enfermeiros gestores a negociação do envolvimento da pessoa nos próprios cuidados de higiene é fundamental. Verifica-se igualmente a convergência da individualização dos cuidados, implícita na promoção do trabalho individual, assim como da ativação da responsabilização do enfermeiro, mas a passar por enquadrar tais cuidados na responsabilidade dos outros, nos enfermeiros. Na globalidade emerge a delegação do cuidado, a fuga do enfermeiro gestor. Se por um lado os cuidados de higiene são o motor e a razão de ser da profissão de

enfermagem, são por conseguinte da responsabilidade de todos os enfermeiros, (Penaforte, 2011; e Fonseca, 2013).

Neste estudo foi evidenciado que a maioria dos enfermeiros gestores omitiu a dinâmica do diagnóstico dos CH, presente na versão 2.0 CIPE, lançada em 2010, em Portugal, relativo ao modo de fazer o diagnóstico de CH como sendo uma avaliação contínua e permanente.

Relativamente, ao contributo da relação qualidade e visibilidade dos CH nos serviços de enfermagem, assume grande importância, assim como a imagem dos clientes, considerando que existe perante os cuidados de higiene um reconhecimento familiar.

A avaliação do desempenho dos enfermeiros, considerando os CH como parâmetro de discussão, emerge com algum valor e como um parâmetro fundamental, no entanto, não fazem referência a um sistema dentro de um regime legal da carreira de enfermagem para este princípio (SIADAP 3).

Quanto a abordagem dos CH na passagem de turno, constatamos práticas diferentes nos diversos serviços, ou seja, nuns são falados como rotina, noutros de forma oculta, sugerindo a visibilidade destes cuidados e as inerentes conceções que os presidem e orientam.

Acerca dos cuidados de higiene na formação em serviço, os resultados indicam para uma conceção dos Cuidados de Higiene redutora do cuidado, pelo fraco investimento na formação em serviço. Logo, pensar nos processos de gestão utilizados nos serviços, de forma contínua, é essencial, para desenvolver competências e conhecimento dos próprios cuidados de higiene (Costa, 2011).

Relativamente à monitorização de indicadores relacionados com CH, não são declarados e norteados para os CH, e quando o fazem é acoplado a outros cuidados ou fazem-no informalmente.

Quanto á avaliação dos CH, verificamos que os enfermeiros gestores utilizam como estratégia de avaliação mais frequente, a avaliação através da observação direta, seguindo-se a avaliação informal, ambas são ferramentas básicas de enfermagem que podem ser usadas pela equipa de enfermagem (Meleis, 2010). Mas é necessário definirem indicadores de qualidade dos CH para se poder avaliar a satisfação do cliente face a esses cuidados.

Acerca da representação do padrão bem-estar e o autocuidado enquanto significativo nas intervenções autônomas, os resultados indicam que o autocuidado e a autonomia do cliente são importantes para o bem-estar e para a satisfação do cliente.

Podemos concluir que os enfermeiros gestores são um grupo profissional com competências específicas que lhes permitem gerir cuidados de enfermagem, entre os quais, os cuidados de higiene de que os clientes carecem, para alcançar maior nível bem-estar, quer por razões de dependência ou doença. Não omitindo que os cuidados de higiene são importantes para as organizações e através do seu impacto contribuem para os ganhos em saúde.

Relativamente à metodologia utilizada, podemos afirmar que a mesma se revelou favorável, pois possibilitou-nos aceder a informação mais aprofundada sobre a gestão do enfermeiro gestor nos cuidados de higiene.

Consideramos importante realçar que com o decorrer do processo de realização deste estudo, surgiram algumas limitações que nos pareceu relevante aborda-las. De entre as várias dificuldades, situamo-nos primeiramente na resultante da inexperiência da investigadora. A confrontação com a complexidade de informação, sua organização, e esquematização, foi sem dúvida a fase mais delicada, de certo modo geradora de ansiedade, incluindo pelo estado de alerta contínuo que a fase exigia, atendendo à necessidade de promover o rigor preconizado, contudo gradativamente superadas.

Registamos ainda como limitação a necessidade de validar informação pelo recurso a um outro instrumento, à observação, no sentido de completar a informação, o significado atribuído e promover o rigor implícito na expressão “o que é dito é feito”, num percurso qualitativo ( Bogdan & Biklen, 2013).

Admitimos que o tempo do investigador foi bastante perturbado pela conciliação com das atividades de vida profissional e da vida familiar, que aliado à sua inexperiência, foram sem dúvida fatores de dificuldade, mesmo na limitação do tempo para a conclusão.

Sabendo da dificuldade de um estudo desta natureza, face à ampliação dos resultados, dada a heterogeneidade do mundo social dos enfermeiros gestores, pensamos que o mesmo contribui para a finalidade a que se propôs, ao permitir-se investigar e agora descrever, sobre a condição dos cuidados de higiene e as suas implicações na gestão do serviço.

O estudo ao permitir compreender o fenómeno, permite-nos simultaneamente apontar sugestões. Isto porque apela à reflexão sobre as suas potencialidades e dinâmicas, e no âmago das conclusões desponha para a necessidade de continuar a investigar-se em torno dos cuidados de higiene, nomeadamente das práticas de gestão, na atenção e envolvimento dos enfermeiros gestores, das implicações na gestão, e na procura de indicadores, quer sejam de processo, estrutura ou de resultado.

Tratando-se de uma amostra de conveniência, pensamos conseguir despertar para outras realidades da gestão de enfermagem, no que se refere à gestão de cuidados de higiene, às formas de os (re)olhar, às suas implicações nas formas de gestão, e para novos estudos. Investir no âmbito dos cuidados de higiene passa, a nível dos serviços de internamento, de integra-los na formação continua, de otimiza-los na passagem de turno e noutras atividades de formação informal, bem como no acompanhamento da formação académica dos enfermeiros, no sentido de caminhar para a obtenção de serviços de enfermagem de qualidade, numa área de reconhecida autonomia dos enfermeiros, como a destes cuidados.

Cabe referir ainda, da nossa intenção de proceder á divulgação do estudo e seus resultados, dando veracidade ao compromisso de partida e chegada de um investigador perante a comunidade científica, a própria evolução das práticas em enfermagem no âmbito dos cuidados de higiene, e a própria filosofia norteadora do curso de mestrado Curso de Mestrado de Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem.

Assinalamos a agradável sensação de ter chegado ao fim deste compromisso. No geral, acreditamos ter atingido com sucesso os objetivos a que nos propusemos, apesar das limitações expressas e outras naturalmente implícitas aos processos de aprendizagem, em percursos desta natureza. Sem dúvida, todas foram de enriquecimento pessoal e profissional, inesquecíveis.

Terminado este estudo, sentimos que apenas é parte do resultado, pois, a mobilização do conhecimento e o potencial ganho já se tornou evidente na vida da investigadora, como pessoa, enfermeira, enfermeira que quis investir na formação em gestão, e como profissional de saúde, sobretudo pelo que fazemos e não (re) olhamos no âmbito dos cuidados de higiene, particularmente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C – *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau. (2007). Consultado a 2 Dezembro 2013. <http://search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml>

ALMEIDA, Miriam; Seganfredo; Unicovsky – *Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos*. Revista de enfermagem USP. (2010). Consultado em 22 de Setembro 2014 com site [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400029&script=sci_arttext)

ACSS – *Manual de Procedimentos de Enfermagem, Procedimentos Técnicos*.(2011). Consultado a 28nov.2013 <http://www.acss.minsaude.pt/Portals>

ACSS (Administração central dos Serviços de Saúde) – *Contratualização com Unidades de Saúde Familiar- Relatório Final; Processo de Contratualização- Bilhete de Identidade – Indicadores USF-UCSP* – (2012)

ARAÚJO, Nuno - *Ações autónomas de enfermagem ganhos em saúde*. (2008). Dissertação de Mestrado.

BARTOLO, E. – *Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar. Um Estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores. (2007).

BRANSON, Richard – *A Gestão Segundo Richard Branson*. Casa das Letras. (2006).

BARROSO, Fernando - *Passagem de Turno e a segurança do doente*. (2014). Consultado em 19 Setembro (2014).

<http://www.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/passagem-de-turno-e-a-segurana-do-doente>.

BARROSO, Fernando - *Definir e Classificar Indicadores Clínicos para a Melhoria da Qualidade*. Consultado em 19 Setembro (2014).

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, (2009). ISBN 9789724415062.

<http://www.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/definir-e-classificar-os-indicadores-clnicos-para-a-melhoria-da-qualidade>

BECK, Denise F – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artmed, (2011).

BONNET, J. – *Historia da higiene e do asseio corporais*. Lisboa, Edição Estampa, Vol. 2, (1998), P.131-184.

BOGDAN, R., e BIKLEN, S. - *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora, (2013). ISBN 9789720341129.

BEZERRA, Ana; MUNARI, Denize – *Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor*.(2004). Artigo retirado da net 7 Novembro (2013). <http://www.scielo.br/scielo>.

CAETANO, António – *Avaliação de desempenho: o essencial que avaliadores e avaliados precisam saber*. 2ª ed. Lisboa: Livros Horizonte.(2008).

CARAPETO, C., e FONSECA, F. - *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. 2.ª ed. Lisboa: Sílabo, (2006). ISBN 978972618757-8.

CHIAVENATO, Idalberto – *Gerenciando Pessoas*. 4. Ed. São Paulo: Prentice Hall (2003).

CHIAVENATO, Idalberto – *Administração de materiais: Uma abordagem introdutória*. Rio de Janeiro: Editora Campus/Esevier. (2005).

CHIAVENATO, Idalberto - *Administração de Recursos humanos Fundamentos básicos*. São Paulo Atlas (2006).

CHIAVENATO, Idalberto – *Gestão de Pessoas. O novo papel do Recursos Humanos nas Organizações*. 3ª. Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. (2010).

CARPENTER Dona R., Streubert Helen J. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo Humanista*. Lusociencia. (2013).

CARVALHO, Marquinha – *O impacto da Gestão pela Qualidade Total no Desempenho Financeiro das Empresas em Portugal*. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, (2008). Dissertação de Mestrado.

CARVALHO, M., Santiago, R – *Gender as “strategic action” New Public Management and the profissionalização of nursing in Portugal, Equal Opportunities International*. Vol 28. (2009).

COLLIÈRE, M.- F – *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.(1989).

CRESPO, J – *A História do corpo*. Lisboa: Difel. 1990.

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação internacional para a prática de enfermagem. CIPE/ICN: Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem. (2002)

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. CIPE: Versão 2. Genebra: Autor.(2011).

Campbell, SM; et al – *Reserrch Methods used in developing and applying quality indicators in primary care*. *Qual. Saf. Heealth Care* (2002).

COSTA, Mª, Lurdes – *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da Formação na Qualidade de Cuidados*. Tese apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Para obtenção do Grau de Doutor no Curso de Doutoramento em Educação. (2011).

CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind – *Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros*. Loures, Lusociência, (2003).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – *Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Decreto-lei Nº 437 de 8 Novembro.* (1991).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Organização, funcionamento e regime de incentivos das unidades de saúde familiar.* Decreto-Lei nº 298, de 22 de Agosto. (2007).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF.* Portaria 1368 de 18 de Outubro. (2007).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública.* Lei n.º 66-B de 28 de Dezembro. (2007).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde.* Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. (2008).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* - Lei n.º 111 de 16 de Setembro. (2009).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Regime da Carreira Especial de Enfermagem, bem como os despectivos requisitos de habilitação profissional* Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. (2009).

DIÁRIO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.* Portaria 126 de 18 de Fevereiro. (2010).

DIRECÇÃO GERAL DA REPÚBLICA PORTUGUESA - *Programa Nacional de Acreditação em Saúde.* Departamento da Qualidade em Saúde. Lisboa. (2009).

ELAINE P; Etelvina F; Alexandre M; Bruno M. - *Revista portuguesa de saúde pública* – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente.(2010).

JOINT COMMISSION RESOURCES – *Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem: Enfrentando os Desafios Hospitalares Atuais.* Armamed,(2008).

FONSECA, Esmeralda - *Cuidados de higiene – banho: significados nos cuidados de enfermagem.* Perspetiva dos enfermeiros. (2013). Dissertação de mestrado.

FRAGATA, José – *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática.* Lidel, (2011).

FORTIN, Marie - Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise – *Fundamentos e Etapas do Processo de investigação.* Loures: Lusodidacta, (2009). ISBN 978989807518-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES- *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa. (2001).

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – *Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* (2011). Consultado em 22 de Setembro com site <http://www.ordemenfermeiros>

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – *Passagem de Turno* (2001) Retirado em 17 de Setembro de 2014 do web site <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – *Tomada da Posição e Segurança do Cliente*. (2006) Retirado em 17 de Setembro de (2014) do web site

<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES - *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. (2006). Retirado em 23 de Junho de (2013) do web site <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents>.

OREM, D. – *Modelo de Orem: Conceptos de enfermeria en la práctica*. Barcelona: Masson.(1993).

QUEIROZ, Ana Albuquerque; Meireles, Maria Amélia; Cunha, Sara Raquel – *Investigar Para Compreender*. Loures: Lusociência. (2007). Tese de Doutoramento.

RAMALHO Alice Anabela – *A Experiencia de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital*. Universidade de Lisboa. (2009). Tese de Doutoramento.

GIL, A. - *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5.ª ed. São Paulo: Atlas, (2010). ISBN 8522431698.

GÂNDRA, Mª Manuela – *O Exercício do Poder Nos Cuidados de Enfermagem: Os cuidados de Higiene*. Tese de Doutoramento, (2010).

GIORGI, Amadeo; Sousa, Daniel – *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda, (2010).

LOPES, A. – *Morte e Cuidar em Ambiente Hospitalar. Como Lidar com a Morte do Outro. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação*. Universidade de Aveiro, (2010).

LAVERDE, Patrón – Morera, GALAN; Londono, MALAGÓN – *Administração Hospitalar*. Guanabara Koogan, (2010).

IBEIRO, José – *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Porto: Livraria da faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da U.P. Junho, (2010).

RIBEIRO, José – *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Porto: Livraria da faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da U.P. Junho (2011).

ROLLOFF, M. - *A Constructivist Model for Teaching Evidence-Based Practice*. Nursing Education Perspectives; . (2010). Sep/Oct, Vol. 31 Issue 5, p290-293, 4p

TORO, A. - *Enfermería basada em la evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. (2001). Granada: Fundacion Index

MARTINS, Maria do Céu Antunes – *A Promoção da Saúde: percursos e paradigma*. Professora-adjunta ESALD, Dezembro (2005).

HESBEEN, W. – *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa despectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. (2000).

HEIDEGGER, T., SAAL, D., E NUEBLING, M. - *Patient Satisfaction with Anaesthesia Care: What is Patient Satisfaction, How Should it Be Measured, and What is the Evidence for Assuring High Patient Satisfaction*. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology. Vol. 20 (2) (2006), p. 331-346.

LOPES, Albino – *Fundamentos da Gestão de Pessoas*. Edição Sílabo. (2012).

LE BOTERF, G. – *Construir as Competências individuais e Coletivas. Resposta a 80 Questões*. Porto: Asa Editores. (2005).

LAWLER, J – *Apprendre à Donner des Sois au corps*. Prespective Soignante. (2001).

LEPROHON, Judith – *Revista da Ordem*. Nº5. Janeiro (2002).

LEÃO, Maria José Soares Gonçalves – *A influência da Gestão Hospitalar na Humanização dos Cuidados de Saúde: A perspetiva dos profissionais de enfermagem*. (2012). Tese de Mestrado em Gestão.

Londoño, Malagón – *Administração Hospitalar*. Editora Guanabara (2009). ISBN:9788530300562.

Londoño, R; Leverde P; Malagón L. – *Auditoria en Salud – Para una Gestión eficiente*. (2014). Edición: 3. EAN: 9789588443386.

Martins, Maria Manuela; Penaforte, Maria Helena - *A visibilidade do Auto Cuidado Relativo à Higiene na Passagem de Plantão dos Enfermeiros*. (20119).

Consultado em 19 de Setembro (2014) <http://www.scielo.br/scielo>.

Martins, Susana - *O banho no leito em contexto de internamento hospitalar – Vivências de pessoas idosas*. (2009). Dissertação de mestrado.

Consultado em 19 de Setembro (2014) <http://www.scielo.br/scielo>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Organização interna e a Governação dos Hospitais*. Junho (2010)

MARQUES, Silvana Ferreira - *Gestão de Recursos Materiais em Meio Hospitalar*. Aveiro: Departamento de Economia, Gestão e Engenharia. (2010). Tese de Mestrado.

MELO, Rosa Cândida Carvalho Pereira – *Estratégias Promotoras do Desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda: O Contributo dos Dirigentes*. (2011). Tese de Doutoramento.

NOVA, A – *A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro*. Escola Superior de Saúde de Portalegre. (2008).

NELAS, José – *Gestão de Recursos Humanos na Saúde: Contributos para o Dimensionamento de Equipas de Enfermagem Em Pediatria*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre. (2013)

PIRES, A. L – *Educação e Formação ao longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagem e de Competências*. 2002. Tese de Doutoramento.

PENAFORTE, Helena de Oliveira – *O Autocuidado Higiene: Conhecimento Científico e Ritual*. Lisboa: Universidade de Lisboa, (2011). Tese de Doutoramento

PESSOA, Maria – *A qualidade enquanto fator de mudança nas organizações de saúde* – Revista Portuguesa de Enfermagem – Amadora – nº4 (Outubro/Novembro/Dezembro), (2005),p.52 – 67.

PERALTA, Teresa – *Segurança do doente – Perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro*.2012. Dissertação de Mestrado (2012).

PEREIRA, Filipe – *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau (2009). Tese de Doutoramento.

VIGARELLO, G – *O Limpo e o Sujo*. Lisboa. Editorial Fragmentos, (1988)

RENDTORFF, J – *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*, (2002), p. 235-244.

REGO, G – *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da Saúde*. Editora Vida Económica. Agosto Porto.(2011).

ROCHA, J – *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. Escolar Editora.(2010).

REIS, L – *Manual de Gestão de Stocks: Teoria e Prática*. Lisboa: Editorial Presença. (2008).

RUAS, Ruberto; Antonello, Claudia; Boff, Luiz – *Os Novos Horizontes da Gestão. Aprendizagem organizacional e competências*. Booknon. (2005).

RUA, Santos – *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em Contexto de Ensino Clínico*. (2011).Tese de Doutoramento.

REFERENCIAL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (01-12-2010) consultado a 15 de Novembro de 2013. <http://www.apegel.org/documentos.aspx>

SILVA, Abel – *Sistemas de Informação em Enfermagem – Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra. Edição Formasau. Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de S. João.(2006).

SANTOS; Oliveira e Castro – *Gerência do processo de trabalho em enfermagem: Liderança da enfermeira em unidades de Hospitalares*. (2006). Consultado em 12 Dezembro 2013 <http://www.scielo.br>.

SANTOS, Robalo; J, António – *Gestão Estratégica Conceitos, Modelos e Instrumentos*. Escolar Editora, (2008).

SPAGNOL, C.A. – *(Re) pensando a Gerência em Enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005. Consultado em 27 de Novembro (2013).<http://www.scielo.br>

SÁ, Clara Natividade – *Avaliação da Monitorização do Sistema de Qualidade de um Serviço de Saúde*. Projeto apresentado à universidade de Aveiro para obtenção do Grau de Mestre em Administração Pública. (2010).

SAPETA, Paula – *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro Doente*. Luso Cineciência; (2011)

SILVA, Sílvia – *A Avaliação de desempenho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia do Porto. (2013).

LE BOTERF, Guy – *Professionnaliser; Cronstruire des Parcours Personnalisés de Professionnalisation*, 6ª Edição. (2010).

SALVADO, Maria Manuela – *O Exercício do Poder nos Cuidados de Enfermagem: Os Cuidados de Higiene*. Escola superior de enfermagem de Lisboa. Tese de Doutoramento. (2011). Consultado em 20 de Agosto (2012). <http://repositorio.ul.pt>

TEIXEIRA, Sebastião – *Gestão Estratégica*. Escolar Editora. (2011).

KURCGANT, Paulina – *Gerenciamento em enfermagem*. Guanabara Koogan. (2005).

VILELAS, J – *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edição Silabo. (2009).

WATSON, J – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, (2002);p. 75).

## **ANEXOS**

## **Anexo I - Guião Da Entrevista**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

Apresentação do estudo intitula-se - Os cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço”.

Este estudo é uma parte de um projeto em desenvolvimento, que decorre da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o Centro Hospitalar de S. João cujo o tema central é “Processos de gestão e garantia da qualidade” esta fase especificamente, decorre dos resultados do projeto desenvolvido entre 2011 e 2013 intitulado “ As tecnologias da informação no ensino à distância em formação organizacional” – fase de diagnóstico resultados já entregue na instituição e divulgados junto dos enfermeiros chefes.

Com este estudo pretendemos encontrar conhecimento que contribua para melhorar os processos de gestão e a qualidade dos cuidados.

Os objetivos do estudo são:

Compreender o processo desenvolvido pelos enfermeiros gestores na aplicação dos Padrões de Qualidade definidos pela OE; Descrever a forma como os enfermeiros gestores estão a conceber nos seus serviços o desenvolvimento dos padrões de qualidade; Identificar os processos utilizados pelos enfermeiros gestores no planeamento e avaliação dos padrões de qualidade nos serviços de internamento; Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores no contexto dos cuidados de higiene; Descrever o recurso aos cuidados de higiene para a promoção da saúde no contexto hospitalar.

Centrados no processo de gestão dos enfermeiros chefes/ gestores procuraremos fazer o percurso de um cuidado autónomo e com implicações em todos os serviços de internamento, pelo que a sua colaboração é fundamental neste estudo.

Entregar e dar assinar o consentimento informado em duplicado (investigador e participante)

Idade \_\_\_\_\_ Habilitações Académicas \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Formação específica na área da gestão: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Especifique: Licenciatura em Gestão de Recursos Humanos

É detentor de algum curso de especialidade? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim qual: \_

Tempo como Enfermeiro:

Tempo de Serviço como gestor em Enfermagem:

Tem a categoria de Enfermeiro chefe? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

#### **Questões orientadoras:**

1. Como Enfermeiro gestor que importância dá aos cuidados de higiene no seu serviço?
2. O que considera ser cuidados de higiene?
3. Como promove os cuidados de higiene no seu serviço?
4. Como realiza o diagnóstico das necessidades de cuidados de higiene?
5. Considera que no seu serviço os cuidados de higiene contribuem para a qualidade assistencial e para a visibilidade do mesmo? Porquê?
6. Na avaliação do desempenho dos enfermeiros considera os cuidados de higiene um parâmetro de discussão?
7. Nas passagens de turno discute factores relacionados com os cuidados de higiene tais como a dependência, as condições de higiene, a participação do doente?

8. Alguma vez na formação em serviço desenvolveu a temática sobre os cuidados de higiene?
9. Monitoriza algum indicador no seu serviço relacionados com os cuidados de higiene?
10. Na distribuição dos doentes pelos enfermeiros considera a dependência dos cuidados de higiene um fator determinante no número de doentes a atribuir aos enfermeiros?
11. Como avalia os cuidados de higiene que os enfermeiros prestam no serviço?
12. O bem-estar e o autocuidado é um padrão representativo das intervenções autónomas. Que representação tem para si este padrão?

Atendendo à sua experiência, há algum aspeto que considere importante e que não foi abordado nesta entrevista.

Porto, 2011/2013

## **Anexo II - Consentimento Informado para Participação na Entrevista**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem:

- Os cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado a entrevista pelo investigador e gravada em suporte áudio.

Porto, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

Os investigadores responsáveis:

Assinaturas: \_\_\_\_\_

Cristina Moreira da Silva

**Anexo III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do  
Hospital**

Do CA  
Cristina Silva  
12.6  
CC 21-17

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do



**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Cristina Manuela Campos Moreira da Silva

**Título do projecto de investigação:** Padrões de qualidade de cuidados de enfermagem:  
- Os cuidados de higiene e implicações na gestão do serviço.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Internamento do [redacted] EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.  
Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro [redacted] respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 17 / Fevereiro / 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Cristina Silva

*Cristina Silva*

**Anexo IV - Parecer Favorável Emitido pela Comissão de Ética.**




COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR 

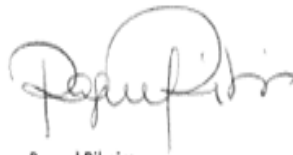
PARECER

**CV do investigador:** a investigadora é licenciada em enfermagem, especialista em Enfermagem Comunitária, e aluna do Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da ESEP. O seu CV adequa-se ao projeto de investigação em apreço.

**Conclusão:** trata-se de um trabalho em que os participantes são profissionais do , que consentiram em colaborar no presente trabalho. Não se colocam objeções éticas à sua implementação.

Porto, 07 de maio de 2014

A relatora,



Raquel Ribeiro

**Anexo V- Caracterização Sociodemográfica dos Participantes –  
Enfermeiros Gestores**

### Caracterização sociodemográfica dos participantes – enfermeiros gestores

Enfermeiro	Idade. (Anos)	Género	Habilitações Académicas.	Especialidade	Tempo como Enfermeiro (Anos).
E1	36	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u> e Mestrado em Ciências de Enfermagem.	Sim	16
E2	50	Feminino	Licenciatura em enfermagem e Gestão.	Sim	28
E3	52	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u> e <u>Rec. Humanos</u>	Não	32
E4	55	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	30
E5	46	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	20
E6	54	Masculino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	32
E7	48	Masculino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	22
E8	57	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	33
E9	55	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u> e Mestrado em Ciências de Enfermagem	Sim	37
E10	53	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	30
E11	39	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u> e formação em gestão no Hospital.	Sim	19
E12	50	Feminino	Licenciatura <u>Enf.</u> Mestrado: -Sistemas de Informação e especialização em enfermagem Médico-cirúrgico.	Sim	30
E13	52	Masculino	Licenciatura <u>Enf.</u>	Sim	30

## **Anexo VI - Esquema Descritivo dos Resultados da Investigação**

## ESQUEMA DESCRITIVO DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE PARA O ENFERMEIRO GESTOR	Representação da importância dos CH	Aglomerado de cuidados; pôr-se no lugar do outro; cuidados essenciais; exposição da intimidade; cuidado delegado.
	Razões para a importância dos cuidados de higiene.	Cuidado na aparência e Cuidado na intimidade do corpo.
CONCEÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE CUIDADOS DE HIGIENE	Os cuidados de higiene como uma produção de cuidados.	A promoção do conforto; Limpeza ao corpo; Avaliação e diagnóstico da integridade da pele.
	Rotina de limpeza da unidade.	Limpeza das roupas
	Os cuidados como um cuidado do outro.	Capacidade do doente fazer a sua higiene; A importância atribuída pelo doente; Momento de fuga pelo enfermeiro.
PRÁTICA DA PROMOÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE PELO ENFERMEIRO GESTOR	Estratégias de educação-ação;	Ensino sobre infeções; Exclusão de programas de formação sobre cuidados de higiene; Manutenção da rotina.
	Estratégias relacionais;	Negociação do momento e lugar do cuidado
	Promoção do trabalho individual.	Individualização dos cuidados; Responsabilização do enfermeiro.
O DIAGNÓSTICO DOS CUIDADOS DE HIGIENE REALIZADO PELOS ENFERMEIROS GESTORES	O modo de fazer o diagnóstico das necessidades de CH	Avaliação no acolhimento; Grau de dependência; Imposição do cuidado; A “olho”.
	A forma de fazer o diagnóstico das necessidades de CH	Observação e diagnóstico diário.
CONTRIBUTOS DOS CUIDADOS DE HIGIENE PARA A QUALIDADE ASSISTENCIAL E VISIBILIDADE DO SERVIÇO	Contributo para a qualidade assistencial.	Diminuição do tempo de internamento; Prevenir a infeção e outras doenças; Satisfação do cliente.
	Contributos para a visibilidade dos CH	Promoção de indicadores; Reconhecimento familiar e profissional.
	Contributo da relação qualidade- visibilidade	Satisfação do cliente.
OS CUIDADOS DE HIGIENE NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS	Modos da presença do CH na avaliação do desempenho	Presença essencial e contínua; Presença escondida noutros cuidados.
	Motivo da presença dos CH na avaliação do desempenho	Cuidado na intimidade; Avaliação partilhada com peritos.
ABORDAGEM DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA PASSAGEM DE TURNO	Formas de abordar os CH	Falados como rotina; falados em SOS; Ocultação.
	Conteúdo da abordagem.	A aquisição de bens pessoais; Dependência do cliente.
OS CUIDADOS DE HIGIENE NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	Configuração dos CH na formação dos CH.	Formação em serviço para profissionais não enfermeiros; Formação informal; Formação por “reboque”.
MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES RELACIONADOS COM CUIDADOS DE HIGIENE	Natureza da monitorização dos CH.	Monitorização acoplada a outros indicadores; Monitorização informal; Sem monitorização.
A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CLIENTES PELOS ENFERMEIROS	Fatores determinantes na distribuição de clientes.	Grau de dependência do cliente; Complexidade de cuidados; O banho como determinante da atividade; Sentir confiança do enfermeiro.
AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE PELOS ENFERMEIROS GESTORES	Estratégias de avaliação dos CH	Avaliação Informal; Satisfação do cliente; Observação direta; Registos de enfermagem.
REPRESENTAÇÃO DO PADRÃO BEM-ESTAR E O AUTO-CUIDADO ENQUANTO SIGNIFICATIVO NAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS	O autocuidado como representante da autonomia dos cuidados de enfermagem.	Autocuidado significativo dos cuidados de enfermagem; Autocuidado significativo da autonomia do cliente; O autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros.
	Bem-estar como representante da satisfação do cliente.	Satisfação do cliente; procura da autonomia do cliente.

## **Anexo VII – Cuidados de Higiene e Implicações no serviço da Apresentação à Análise e Discussão**

**(Tabelas de 1 a 12 - sistematização por área temática, categoria, subcategoria e entrevista)**

Tabela 1 - Importância dos cuidados de higiene para o enfermeiro gestor.

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE PARA O ENFERMEIRO GESTOR							
CATEGORIA	Representação da importância dos CH					Razões da importância dos CH	
SUBCATEGORIA	Aglomerado de cuidados.	Pôr-se no lugar do outro	Cuidados essenciais.	Exposição da intimidade.	Cuidado delegado.	Cuidado na aparência.	Cuidado na intimidade do corpo.
Entrevistas	E 1	•				•	
	E 2			•			
	E 3			•			
	E 4			•	•		•
	E 5					•	•
	E 6					•	
	E 7			•			
	E 8			•			
	E 9					•	
	E 10						
	E 11	•				•	
	E 12						
	E 13	•	•				

Tabela 2 - Conceção do enfermeiro gestor sobre cuidados de higiene.

CONCEÇÃO DO ENFERMEIRO GESTOR SOBRE CUIDADOS DE HIGIENE							
Categoria	Os cuidados de higiene como uma produção de cuidados.			Rotina de limpeza da unidade.	Os cuidados como um cuidado do outro.		
SUBCATEGORIA	A promoção do conforto.	Limpeza do corpo.	Avaliação e diagnóstico da integridade da pele.	Limpeza das roupas.	Capacidade do doente fazer a sua higiene.	A importância atribuída pelo doente.	Momento de fuga pelo enfermeiro.
Entrevistas	E 1	•	•	•	•		
	E 2						
	E 3		•				
	E 4					•	•
	E 5		•				
	E 6	•		•			
	E 7						•
	E 8						
	E 9						
	E 10			•			
	E 11		•				
	E 12		•				
	E 13						

Tabela 3 - A prática da promoção dos cuidados de higiene pelo enfermeiro gestor.

PRÁTICA DA PROMOÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE PELO ENFERMEIRO GESTOR							
Categoria	Estratégias de educação.			Estratégias relacionais.	Promoção do trabalho individual.		
Subcategoria	Ensino sobre controlo de infeções.	Exclusão da formação em CH.	Manutenção da rotina.	Negociação do momento e lugar do cuidado.	Individualização dos cuidados.	Responsabilização do enfermeiro.	
Entrevistas	E 1						
	E 2	•					
	E 3		•				
	E 4			•			
	E 5						
	E 6		•	•		•	
	E 7						
	E 8		•				
	E 9			•			
	E 10						•
	E 11				•		
	E 12				•	•	
	E 13						•

Tabela 4 - O diagnóstico dos cuidados de higiene realizado pelos enfermeiros gestores.

O DIAGNÓSTICO DOS CUIDADOS DE HIGIENE REALIZADO PELOS ENFERMEIROS GESTORES						
Categoria		O modo de fazer o diagnóstico das necessidades em CH.			A forma de fazer o diagnóstico das necessidades em CH.	
Subcategoria		Avaliação no acolhimento.	Grau de dependência.	Imposição do cuidado.	A "olho"	Observação e diagnóstico diário.
Entrevistas	E 1	•				
	E 2	•				
	E 3					
	E 4		•			
	E 5			•		
	E 6	•				
	E 7	•				
	E 8					•
	E 9					
	E 10				•	
	E 11					•
	E 12					•
	E 13			•		

Tabela 5 – Contributos dos cuidados de higiene para a qualidade assistencial e visibilidade do serviço.

CONTRIBUTOS DOS CUIDADOS DE HIGIENE PARA A QUALIDADE ASSISTENCIAL E VISIBILIDADE DO SERVIÇO						
Categoria	Contributo para a qualidade assistencial.			Contributos dos CH para a visibilidade do seu serviço.		O contributo da relação Qualidade-Visibilidade.
Subcategoria	Diminuição do processo de doença.	Diminuição do tempo de internamento.	Prevenir a infeção e outras doenças.	Promoção de indicadores.	Reconhecimento familiar e profissional	Satisfação do cliente.
Entrevistas	E 1					•
	E 2				•	•
	E 3		•			
	E 4	•		•		
	E 5					
	E 6					•
	E 7					•
	E 8			•		
	E 9			•		
	E 10				•	
	E 11				•	
	E 12					
	E 13					•



Tabela 6 - Os cuidados de higiene na avaliação do desempenho dos enfermeiros.

OS CUIDADOS DE HIGIENE NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS				
Categoria	Modos da presença do CH na avaliação do desempenho.		Motivo da presença dos CH na avaliação do desempenho.	
Subcategoria	Presença essencial e contínua.	Presença escondida noutros cuidados.	Cuidado na intimidade.	Avaliação partilhada com peritos.
Entrevistas	E 1	•	•	
	E 2			
	E 3			
	E 4			•
	E 5	•		
	E 6			
	E 7			
	E 8	•		
	E 9	•		
	E 10	•		
	E 11	•		•
	E 12		•	
	E 13	•		

Tabela 7 - A abordagem dos cuidados de higiene na passagem de turno.

ABORDAGEM DOS CUIDADOS DE HIGIENE NA PASSAGEM DE TURNO						
Categoria		Formas de abordar os CH.			Conteúdo da abordagem.	
Subcategoria		Falados como rotina.	Falados em S.O.S.	Ocultação	A aquisição de bens pessoais.	Dependência do doente.
Entrevistas	E 1		•			
	E 2	•				
	E 3	•				
	E 4		•			
	E 5			•		
	E 6			•		
	E 7			•		
	E 8	•				
	E 9			•		•
	E 10			•	•	•
	E 11	•				
	E 12	•				
	E 13				•	

Tabela 8 - Os cuidados de higiene na formação em serviço.

OS CUIDADOS DE HIGIENE NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO				
Categoria		Configuração dos CH na formação dos CH.		
Subcategoria		Formação em serviço para profissionais não enfermeiros.	Formação informal	Formação por "reboque".
Entrevistas	E 1			•
	E 2	•		
	E 3			
	E 4			•
	E 5			•
	E 6			•
	E 7			•
	E 8			•
	E 9	•		
	E 10	•		
	E 11			•
	E 12		•	
	E 13			•

Tabela 9 – Monitorização de indicadores relacionados com cuidados de higiene.

MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES RELACIONADOS COM CUIDADOS DE HIGIENE				
Categoria		Natureza da monitorização dos CH.		
Subcategoria		Monitorização acoplada a outros indicadores	Monitorização informal.	Sem monitorização
Entrevistas	E 1			•
	E 2			•
	E 3			•
	E 4			•
	E 5			•
	E 6	•	•	
	E 7		•	
	E 8			
	E 9			•
	E 10	•		
	E 11	•		
	E 12			•
	E 13			•

Tabela 10 - A influencia dos cuidados de higiene na distribuição do número de doentes pelos enfermeiros.

A INFLUÊNCIA DOS CH NA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CLIENTES PELOS ENFERMEIROS					
Categoria		Fatores determinantes na distribuição de clientes.			
Subcategoria		Grau de dependência do doente.	Complexidade de cuidados.	O banho como determinante da atividade.	Sentir confiança do enfermeiro.
Entrevistas	E 1				
	E 2	•			
	E 3				
	E 4		•		
	E 5	•			
	E 6			•	
	E 7	•			
	E 8	•			
	E 9	•			
	E 10	•			
	E 11	•			
	E 12	•			
	E 13				•

Tabela 11 - Avaliação dos Cuidados de higiene pelos enfermeiros gestores.

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE PELOS ENFERMEIROS GESTORES					
Categoria		Estratégias de avaliação dos CH.			
Subcategoria		Avaliação informal.	Satisfação do cliente.	Observação direta.	Registos de enfermagem
Entrevistas	E 1	•			
	E 2		•		
	E 3	•			
	E 4			•	
	E 5			•	
	E 6			•	
	E 7	•			
	E 8			•	
	E 9			•	
	E 10		•	•	•
	E 11	•			
	E 12			•	
	E 13			•	

Tabela 12- Representação do bem-estar e o autocuidado enquanto padrão significativo nas intervenções autónomas.

REPRESENTAÇÃO DO BEM-ESTAR E O AUTOCUIDADO ENQUANTO PADRÃO SIGNIFICATIVO NAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS						
Categoria	O autocuidado como representante da autonomia dos cuidados de enfermagem.			Bem-estar como representante da satisfação do cliente.		
Subcategoria	Autocuidado significativo dos cuidados de enfermagem.	Autocuidado significativo da autonomia do cliente.	O autocuidado como ganhos em intervenções autónomas dos enfermeiros.	Satisfação do cliente.	Procura da autonomia do cliente.	
Entrevistas	E 1		•			
	E 2	•				
	E 3					
	E 4				•	
	E 5		•			
	E 6		•			•
	E 7					•
	E 8		•			
	E 9		•			
	E 10			•		
	E 11			•		
	E 12			•		
	E 13					

**Anexo VIII - Ilustração dos Domínios de Competências do Enfermeiro Gestor (adaptado de OE, APEGEL, 2006)**

Ilustração dos domínios de competências do enfermeiro Gestor (adaptado de OE, APEGEL, 2006)

