

Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem:

***Olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no
exercício profissional dos enfermeiros***

OLGA MARIA PIMENTA LOPES RIBEIRO

Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2017

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

Contextos da prática hospitalar e concepções de enfermagem:

***Olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no
exercício profissional dos enfermeiros***

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Coorientadora – Professora Doutora Daisy Maria Rizzato Tronchin

Categoria – Professora Associada

Afiliação – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

A não ser que estejamos a fazer progressos na nossa enfermagem todos os anos, todos os meses, todas as semanas, acredite no que digo, estamos a regredir...

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Numa fase da vida particularmente rica em oportunidades pessoais e profissionais, foram várias as pessoas que marcaram para sempre o percurso vivido... partilhando dúvidas e angústias, mas também a esperança de que seria possível... razão pela qual deixo aqui o meu agradecimento...

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Maria Manuela Martins, profundamente grata pela sua orientação, pelo apoio e pela mais-valia dos seus ensinamentos...

À Professora Daisy Tronchin, agradeço o apoio, a disponibilidade e o seu olhar crítico do outro lado do Oceano...

Aos Enfermeiros Diretores, aos Enfermeiros Chefes, aos Enfermeiros Especialistas e aos Enfermeiros, pela sua disponibilidade, partilha de vivências e pela forma acolhedora como me receberam... sem eles este trabalho não teria sentido, nem seria possível de concretizar...

Aos amigos que estiveram presentes nesta caminhada...

À Carlota, à Raquel e à Susana pelo apoio que me proporcionaram e pelo reforço positivo, tantas vezes necessário...

Aos meus pais, que sofreram com a minha longa ausência... ao meu pai, companheiro das muitas viagens ao longo do país... e à minha mãe, pela convicção de que tudo iria correr bem...

A ti João... que vivenciaste todos os momentos... tornando possível ultrapassar todas as dificuldades... a tua presença foi crucial nos momentos de angústia...

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

RESUMO

No atual ambiente de cuidados de saúde, as necessidades da população criaram uma oportunidade ideal para antecipar um novo rumo para a enfermagem. Decorrente da procura permanente da excelência no exercício profissional, os enfermeiros devem agora (re)definir o percurso da profissão. O caminho desenvolvido nesta investigação, que englobou dois estudos, centrou-se no exercício profissional dos enfermeiros no contexto hospitalar, e teve como finalidade contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem, através da identificação das bases de sustentação da prática dos enfermeiros, bem como dos fatores que promovem ou comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e uma prática congruente com a sustentação desejada.

O primeiro estudo exploratório-descritivo, de carácter quantitativo, realizado em 36 instituições hospitalares EPE de Portugal continental, onde participaram 3451 enfermeiros, visou identificar as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente mais consensuais entre os enfermeiros, bem como analisar a perceção dos mesmos quanto à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Como instrumento de colheita de dados foi usado o questionário. Da análise efetuada, no contexto nacional, constatámos que os enfermeiros identificaram como totalmente de acordo com a sua prática as concepções de Virginia Henderson, Afaf Meleis, Dorothea Orem, Madeleine Leininger e Callista Roy. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente e as regiões de Portugal continental, bem como com algumas variáveis sociodemográficas. A aplicação da escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados, permitiu evidenciar que, na sua maioria, os enfermeiros concretizam “às vezes” ou “sempre” as atividades inerentes a cada uma das dimensões. Decorrente da análise realizada, as atividades inerentes às dimensões “promoção da saúde”, “bem-estar e autocuidado” e “readaptação funcional”, foram aquelas que os enfermeiros percecionaram como menos executadas.

O segundo estudo de cariz qualitativo e de natureza fenomenológica, realizado em 19 instituições hospitalares EPE, onde participaram 56 enfermeiros, teve por objetivo compreender a perceção dos enfermeiros relativamente à sua prática profissional no contexto hospitalar. Como instrumento de colheita de dados foi usada a entrevista semiestruturada. Sobre os fatores que podem promover ou comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem e uma prática congruente com a sustentação desejada, sobressaíram atributos perfeitamente integrados na tríade estrutura, processo e resultados. A nível da estrutura, foi notória a referência aos recursos organizacionais, aos recursos humanos e materiais, à organização dos serviços, bem como à sustentabilidade da prática de enfermagem e à organização dos cuidados de enfermagem. No âmbito do processo, emergiram como atributos o processo de tomada de decisão, os modelos orientadores da prática profissional, a metodologia científica de prestação de cuidados, o processo de documentação dos cuidados de enfermagem, o processo de comunicação, as práticas colaborativas, bem como o processo de gestão. Em relação à componente resultados, os atributos foram visivelmente menos evidenciados nos discursos dos participantes, tendo sido relevados resultados para os clientes e para os enfermeiros.

Apesar de apresentados separadamente, os atributos incluídos nos componentes da tríade estão estreitamente relacionados, evidenciando um contributo significativo para a qualidade dos cuidados de enfermagem. O modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais em enfermagem, numa perspetiva tridimensional, torna visível os fundamentos teóricos que sustentam a prática profissional, bem como os fatores que no contexto hospitalar promovem ou comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Prática Profissional; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Hospitais

ABSTRACT

In today's healthcare system, the needs of the population have created an ideal opportunity to create a new direction for nursing. Due to permanent demand for excellence in professional practice, nurses must now (re)define the course of the nursing. The path developed in this research, which used two studies, focused on the professional practice of nurses in the hospital, and aimed to contribute to the quality of nursing care, through the identification of the bases of support of nurses' practice, as well as the factors that promote or compromise the quality of nursing care and a sustained practice with the desired support.

The first study, exploratory-descriptive and quantitative, accomplished in 36 hospitals in Portugal, 3451 nurses have participated, aimed to identify the most consensual conceptions of nursing, person, health and environment among nurses, as well as to analyze the perception of quality standards of nursing care. A questionnaire was the data collection instrument used. Nationally, from the analysis performed, we found that the nurses have identified as totally according to their practice the concepts of Virginia Henderson, Afaf Meleis, Dorothea Orem, Madeleine Leininger and Callista Roy. Statistically significant differences were found between nursing, person, health and environment conceptions and the different regions of Portugal, as well as with some sociodemographic variables. The application of the perception scale of nursing activities that contribute to the quality of care has made the possibility to show that, for the most part, nurses concretize "sometimes" or "always" the activities inherent to each dimension. From the analysis performed, the activities inherent to the dimensions "health promotion", "well-being and self-care" and "functional readaptation" were those that nurses have perceived as being less executed.

The second study, qualitative and phenomenological, accomplished in 19 hospitals, 56 nurses have participated, aimed to understand the nurses' perception of their professional practice in the hospital context. A semi-structured interview was used as a data collection instrument. About the factors that can promote or compromise the quality of nursing care and a practice with the desired support, attributes perfectly integrated in the triad structure, process and results have stood out. Structurally, the reference to organizational resources, human and material resources, organization of services, as well as to the sustainability of nursing practice and the organization of nursing care were well-known. In the process, the decision-making process, the guiding models of professional practice, the scientific methodology of care, the documentation process of nursing care, the communication process, the collaborative practices, as well as the management process were relevant. Regarding the results, the attributes were less referred in the participants' discourses, for the clients and for the nurses.

Despite having been presented separately, the attributes included in the components of the triad are closely related, showing a significant contribution to the quality of nursing care. The explanatory model of the support of professional practices in nursing, in a three-dimensional perspective, makes visible the theoretical foundations that sustain the professional practice, as well as the factors that promote or compromise the quality of nursing care in the hospital context.

Keywords: Nursing; Professional Practice; Quality Assurance, Health Care; Hospitals

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ANA – *American Nurses Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. – e outros autores

ICN – *International Council of Nurses*

IPO – Instituto Português de Oncologia

n – Frequência relativa

N – Frequência absoluta

N.º ou n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

p – p-value (significância)

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ULS – Unidade Local de Saúde

Vol. II – Volume dos anexos

% – Percentagem

PUBLICAÇÕES

- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2017). Professional nursing practice based on theoretical framework of the discipline: is it reality or utopia? *International Journal of Nursing* (**Artigo em processo de revisão**)
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2017). Application of nursing process in Portuguese hospitals. *Anna Nery Revista de Enfermagem* (**Artigo em processo de revisão**)
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2017). Modelos de exercício profissional empregados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (**Artigo em processo de revisão**)
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2017). Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência* (**Artigo aceite para publicação**)
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2017). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* (**Artigo aceite para publicação**)
- Prado, A., Ramos, R., Ribeiro, O., Figueiredo, N., Martins, M. & Machado, W. (2017). Banho no cliente dependente: aspectos teorizantes do cuidado de enfermagem em reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem* (**Artigo aceite para publicação**)
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 125-33.
- Martins, M. M., Gonçalves, M. N., Ribeiro, O. M., & Tronchin, D. M. (2016). Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 864-70.

- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). Conceções dos enfermeiros sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem: um estudo em contexto hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência (Suplemento nº9)*, IV, 241.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2015). A liderança e os modelos para a prática profissional de enfermagem. In: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. *A Liderança do Enfermeiro Gestor e a Segurança do Doente - Vencendo Desafios, Traçando Novos Rumos*. (pp. 24-25). Lisboa: APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança.

CONFERÊNCIA

- Ribeiro, O. M., & Martins, M. M. (2016). **Contextos da Prática Hospitalar: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Conferência realizada no auditório da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, no dia 14 de abril.

COMUNICAÇÕES ORAIS EM CONGRESSOS

- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M. & Silva, J. M. (2017). **Modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais em enfermagem**. Comunicação oral apresentada Congresso Internacional Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, nos dias 06 e 07 de julho.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M. & Silva, J. M. (2017). **Qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia**. Comunicação oral apresentada no 10º Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Enfermagem Oncológica, realizado em Braga, nos dias 31 de março e 01 de abril. *Esta comunicação foi premiada com o primeiro lugar nas comunicações livres*.

- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M., Faria, A. C., & Ventura, J. M. (2016). **Bem-estar e autocuidado: um estudo em contexto hospitalar.** Comunicação oral apresentada no Fórum Internacional Autocuidado, realizado no Porto, nos dias 17, 18 e 19 de novembro.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). **A promoção da saúde em contexto hospitalar: o contributo do enfermeiro gestor.** Comunicação oral apresentada no 6º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, realizado em Portimão, nos dias 28 e 29 de outubro.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). **Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: o contributo do enfermeiro gestor.** Comunicação oral apresentada no 6º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, realizado em Portimão, nos dias 28 e 29 de outubro. *Esta comunicação foi premiada com o primeiro lugar nas comunicações livres.*
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). **Conceções dos enfermeiros sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem: um estudo em contexto hospitalar.** Comunicação oral apresentada no V Congresso de Investigação em Enfermagem Iberoamericano e de Países de Língua Oficial Portuguesa, realizado em Coimbra, nos dias 07 e 08 de junho.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2015). **A liderança e os modelos para a prática profissional de enfermagem.** Comunicação oral apresentada no 5º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, realizado em Évora, nos dias 23 e 24 de outubro. *Esta comunicação foi premiada com o segundo lugar nas comunicações livres.*
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2015). **As conceções dos enfermeiros sobre Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem: revisão integrativa.** Comunicação oral apresentada na II Conferência Internacional de Investigação em Saúde, realizada em Oliveira de Azeméis, nos dias 19, 20 e 21 de fevereiro.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	29
------------	----

CAPÍTULO I - DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM ÀS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS: QUE EVOLUÇÃO?	33
--	-----------

CAPÍTULO II - CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR: CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS	45
---	-----------

1. DESENHO DO ESTUDO - CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS	46
1.1 <i>Variáveis em estudo</i>	47
1.2 <i>População e amostra do estudo</i>	51
1.3 <i>Instrumento de colheita de dados</i>	54
1.4 <i>Procedimentos de colheita e análise dos dados</i>	57
2. DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS AOS PADRÕES DE QUALIDADE	60
2.1 <i>Conceções em análise</i>	67
2.2 <i>As regiões e as conceções</i>	83
2.3 <i>As características dos enfermeiros e as conceções</i>	108
2.3.1 <i>As características dos enfermeiros e as conceções de enfermagem</i>	109
2.3.2 <i>As características dos enfermeiros e as conceções de pessoa</i>	115
2.3.3 <i>As características dos enfermeiros e as conceções de saúde</i>	121
2.3.4 <i>As características dos enfermeiros e as conceções de ambiente</i>	127
2.4 <i>As atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados</i>	134
2.5 <i>Organização dos cuidados de enfermagem</i>	140
3. CONCEÇÕES E PADRÕES DE QUALIDADE: CONTRIBUTOS PARA A SUSTENTAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR	143

CAPÍTULO III – OLHARES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR	159
--	------------

1. DESENHO DO ESTUDO - OLHARES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS	159
1.1 <i>Contexto e participantes do estudo</i>	162
1.2 <i>Procedimentos éticos e de colheita de dados</i>	164
1.3 <i>Procedimento de análise de dados</i>	166

2. OS ENFERMEIROS E OS ATRIBUTOS DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM _____	167
2.1 Os alicerces da estrutura _____	168
2.2 O valor do processo na prática profissional _____	212
2.3 O emergir dos resultados _____	321
CAPÍTULO IV - DO QUE TEMOS AO QUE QUEREMOS - A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR _____	329
CONCLUSÃO _____	345
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	353
ANEXOS _____	377

Anexo A: Questionário – “*Concepções e práticas dos enfermeiros: contributos para a qualidade dos cuidados*”

Anexo B: Consentimento Informado para a participação no estudo quantitativo

Anexo C: Consentimento Informado para a participação no estudo qualitativo

Anexo D: Guião da Entrevista

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição regional dos enfermeiros _____	53
Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros pelas instituições hospitalares _____	53
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros pelos serviços _____	54
Tabela 4 - Dimensões da escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados _____	55
Tabela 5 - Escalas das conceções _____	56
Tabela 6 - Estado civil dos participantes _____	61
Tabela 7 - Condição em que exercem a profissão _____	61
Tabela 8 - Caracterização do tempo de exercício profissional _____	62
Tabela 9 - Caracterização do tempo de exercício profissional no atual serviço _____	63
Tabela 10 - Caracterização do tempo de exercício profissional nas áreas de especialidade/gestão _____	64
Tabela 11 - Área da especialidade dos participantes _____	65
Tabela 12 - Grau académico dos participantes _____	65
Tabela 13 - Caracterização do tempo de formação _____	66
Tabela 14 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem _____	71
Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de pessoa _____	75
Tabela 16 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de saúde _____	79
Tabela 17 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de ambiente _____	83
Tabela 18 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região Norte _____	84
Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região Centro _____	85
Tabela 20 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região de Lisboa e Vale do Tejo _____	86
Tabela 21 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região do Alentejo _____	86
Tabela 22 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região do Algarve _____	87
Tabela 23 - Conceções de enfermagem: comparação regional _____	88

Tabela 24 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região Norte _____	91
Tabela 25 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região Centro _____	91
Tabela 26 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região de Lisboa e Vale do Tejo _____	92
Tabela 27 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região do Alentejo _____	93
Tabela 28 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região do Algarve _____	94
Tabela 29 - Concepções de pessoa: comparação regional _____	95
Tabela 30 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde na região do Norte _____	97
Tabela 31 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde na região do Centro _____	98
Tabela 32 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo _____	98
Tabela 33 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde na região do Alentejo _____	99
Tabela 34 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde na região do Algarve _____	100
Tabela 35 - Concepções de saúde: comparação regional _____	101
Tabela 36 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região do Norte _____	103
Tabela 37 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região do Centro _____	104
Tabela 38 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região de Lisboa e Vale do Tejo _____	105
Tabela 39 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região do Alentejo _____	105
Tabela 40 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região do Algarve _____	106
Tabela 41 - Concepções de ambiente: comparação regional _____	107
Tabela 42 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Satisfação do Cliente _____	134
Tabela 43 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Promoção da Saúde _____	135

Tabela 44 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Prevenção de Complicações _____	136
Tabela 45 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Bem-estar e Autocuidado _____	137
Tabela 46 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Readaptação Funcional _____	138
Tabela 47 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem _____	138
Tabela 48 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Responsabilidade e Rigor _____	140
Tabela 49 - Organização dos cuidados de enfermagem no hospital e no serviço _____	141
Tabela 50 - Metodologias de organização dos cuidados de enfermagem usadas nos serviços _____	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de enfermagem _____	115
Figura 2 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de pessoa _____	121
Figura 3 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de saúde _____	127
Figura 4 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de ambiente _____	133
Figura 5 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de enfermagem _____	146
Figura 6 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de pessoa _____	147
Figura 7 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de saúde _____	148
Figura 8 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de ambiente _____	148
Figura 9 - Unanimidade na concordância com as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente _____	149
Figura 10 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática _____	151
Figura 11 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática _____	152
Figura 12 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de saúde que estão totalmente de acordo com a prática _____	153
Figura 13 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de ambiente que estão totalmente de acordo com a prática _____	154
Figura 14 - Unidades temáticas e categorias da componente estrutura _____	211
Figura 15 - Unidades temáticas e categorias da componente processo _____	320
Figura 16 - Unidades temáticas e categorias da componente resultados _____	328
Figura 17 - Modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais em enfermagem _____	330

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais _____	47
Quadro 2 - Operacionalização da variável: concepções de enfermagem _____	48
Quadro 3 - Operacionalização da variável: concepções de pessoa _____	49
Quadro 4 - Operacionalização da variável: concepções de saúde _____	49
Quadro 5 - Operacionalização da variável: concepções de ambiente _____	50
Quadro 6 - Operacionalização da variável: organização dos cuidados _____	50
Quadro 7 - Operacionalização da variável: qualidade dos cuidados _____	51
Quadro 8 - Recursos organizacionais _____	169
Quadro 9 - Recursos humanos _____	180
Quadro 10 - Recursos materiais _____	186
Quadro 11 - Organização dos serviços _____	189
Quadro 12 - Sustentabilidade da prática de enfermagem _____	198
Quadro 13 - Organização dos cuidados de enfermagem _____	205
Quadro 14 - Processo de tomada de decisão _____	213
Quadro 15 - Modelos orientadores da prática profissional _____	221
Quadro 16 - Metodologia científica de prestação de cuidados _____	255
Quadro 17 - Processo de documentação dos cuidados de enfermagem _____	269
Quadro 18 - Processo de comunicação _____	276
Quadro 19 - Práticas colaborativas _____	288
Quadro 20 - Processo de gestão _____	305
Quadro 21 - Resultados nos clientes _____	322
Quadro 22 - Resultados nos enfermeiros _____	326

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação da idade dos participantes _____	61
--	----

INTRODUÇÃO

Teoricamente o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão tem acompanhado as necessidades detetadas ao nível dos contextos da prestação de cuidados. No entanto, apesar da evidência científica e dos instrumentos de suporte ao exercício da profissão, tem sido notória a distância entre os modelos expostos na teoria de enfermagem e os modelos de exercício profissional em uso nos contextos da prática.

Já nas décadas de 70, 80 e 90, as discussões sobre a importância do desenvolvimento da teorização em enfermagem centravam-se na capacidade da teoria melhorar as práticas, bem como na necessidade de existir uma relação estreita entre teoria, prática e investigação. Apesar de décadas marcadas pelo desenvolvimento e evolução da enfermagem, a teoria e a prática continuam a ser vistas como duas realidades separadas, o que desencadeia alguma confusão nos profissionais de enfermagem que frequentemente acreditam que os referenciais teóricos têm pouca relevância para a prática.

Compartilhamos o discurso de McCrae (2011) de que ao longo de várias décadas, os investigadores procuraram abranger a totalidade dos aspetos físicos, psicológicos e sociais dos cuidados nas teorias de enfermagem, que se destinavam a orientar a prática e a fornecer uma plataforma para a formação e investigação, apoiando o desenvolvimento do conhecimento profissional. O problema é que, incompreendidas e mal interpretadas, as teorias, mais difundidas nos anos de 1970 e 1980, não conseguiram superar a lacuna que existia entre a teoria e a prática. Como consequência, a nível internacional, se há contextos em que a aplicação da teoria tem sido bem sucedida, também existem outros contextos em que as teorias de enfermagem foram desaparecendo do discurso profissional.

Acreditamos tal como McCrae (2011) e Alves (2012) que o desenvolvimento teórico é crucial para o progresso da enfermagem no contexto da prestação de cuidados. Pensar em enfermagem é para nós uma necessidade do presente, considerando que para além das discussões que se colocam nos contextos de trabalho acerca da essência da tomada de decisão sobre os cuidados, estamos a vivenciar a discussão da integração do ensino a nível universitário ou politécnico, tornando-se então, como referem Pridmore, Murphy e Williams (2010), emergente um movimento crescente para rejuvenescer a teoria de enfermagem.

Efetivamente, não se pode ignorar que as investigações realizadas por um número crescente de enfermeiros, ao longo da última década, têm vindo a alertar para a necessidade de mudar de paradigma, o que passa necessariamente pelos contributos dos referenciais teóricos de enfermagem no sentido de fundamentar e sustentar a prática profissional dos enfermeiros.

Sempre que possível, a teoria deve ter uma relevância global, abrangendo os domínios genéricos e especializados, ajudando assim os enfermeiros a se afirmarem, aplicarem e avaliarem o seu papel único no âmbito dos cuidados de saúde (McCrae, 2011). Estruturas atuais, de que é exemplo no contexto internacional, o *Magnet Recognition Program*, tendo como requisito a implementação de um modelo de prática profissional, tem vindo a incentivar a reflexão sobre os fundamentos teóricos da enfermagem (Ribeiro, Martins e Tronchin, 2016).

Embora não seja solução para tudo, a teoria tem potencial para melhorar a prática e o desenvolvimento da profissão, uma vez que responde aos desafios de um ambiente clínico complexo e em constante evolução, sendo fundamental para a sustentação da decisão clínica (McCrae, 2011).

Sem a existência de referenciais teóricos de enfermagem, tem prevalecido uma cultura de cuidados centrada na doença, e alicerçada no modelo biomédico, onde o principal contributo dos enfermeiros se centra na gestão de sinais e sintomas da doença e não propriamente no cliente. Se o referido é transversal a muitas instituições de saúde em Portugal, adquire especial relevância no contexto hospitalar que, em dezembro de 2015, representava o maior setor de atividade profissional, com 33 861 enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Na sequência do referido, a nossa motivação e interesse para a realização desta investigação emergiu das experiências vivenciadas ao longo de mais do que uma década, enquanto profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. Nesse espaço temporal, convivendo com os pares profissionais, deparamo-nos com contradições, evidenciadas por uma prática que, ao mesmo tempo que procura o afastamento do modelo biomédico, o confirma ou mantém na própria ação. De facto, a enfermagem que se pratica em alguns contextos é diferente da que se aprende na escola. Com uma atuação predominantemente centrada nas tarefas, as práticas dos enfermeiros são pouco fundamentadas, sendo frequentemente baseadas em hábitos ou rotinas profundamente enraizadas, ao invés de alicerçadas em conhecimentos e convicções de enfermagem.

A par das referidas constatações, a consciencialização de que a prática profissional dos enfermeiros deveria estar sustentada nos referenciais teóricos da disciplina e nos instrumentos reguladores da profissão, impulsionaram a concretização desta investigação. Acreditamos, e temos defendido persistentemente junto dos colegas, que o

futuro da enfermagem passa pela adoção de modelos próprios que, mesmo existindo na teoria, permanecem afastados da prática.

Decorrente da revisão da literatura realizada, no âmbito da sustentação da prática de enfermagem no contexto hospitalar, constatámos que embora seja vasta, não tem contemplado em simultâneo o estudo do contributo dos referenciais teóricos da disciplina e dos referenciais da profissão, para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Da pesquisa efetuada em relação ao contributo dos referenciais teóricos da disciplina, constatámos que se encontra muito direcionada para a sua aplicabilidade, em contextos específicos e para um determinado perfil de clientes. Relativamente ao exercício profissional, não tem sido identificada a perceção dos enfermeiros sobre o contributo do que está regulamentado para a garantia da qualidade.

Efetivamente, a forma como os enfermeiros sustentam a sua prática no contexto hospitalar de modo a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como os fatores que promovem ou comprometem tal desígnio, não estão claramente definidos nos estudos existentes, nomeadamente em Portugal. Assim, no âmbito da investigação centrada nas práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar, pretender-se-á responder à seguinte questão: ***De que modo os enfermeiros sustentam as suas práticas no contexto hospitalar para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem?***

Neste sentido, temos como finalidade contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem, através da identificação das bases de sustentação da prática dos enfermeiros, bem como dos fatores que promovem ou comprometem uma prática congruente com a sustentação desejada.

Acreditamos que por meio da análise do que pensam e fazem os enfermeiros no contexto hospitalar, encetamos o caminho que nos permitirá identificar os atributos que facilitam ou comprometem a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Este relatório apresenta um percurso de cerca de quatro anos, durante o qual foi nosso propósito conhecer o modo como os enfermeiros, na procura permanente da excelência, sustentam as suas práticas no contexto hospitalar. Na sequência da questão de investigação formulada e, no sentido de ver concretizada a finalidade anteriormente expressa, optámos pela combinação das metodologias, quantitativa e qualitativa, por acreditarmos que a utilização de diferentes métodos possibilitará uma descrição mais ampla dos fenómenos.

As diferenças metodológicas utilizadas nos estudos levam a que o presente documento não seja uniforme nos capítulos que o constituem, mas o objetivo central é descrever o percurso da investigação e os resultados que contribuem para responder à pergunta de partida. Por conseguinte, após a introdução, no capítulo um, fazemos uma síntese reflexiva sobre a evolução verificada na disciplina de enfermagem e nas práticas

profissionais dos enfermeiros. No capítulo dois apresentamos e discutimos os resultados do estudo quantitativo, centrado nas concepções e práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar. No capítulo três, é apresentado o estudo de abordagem qualitativa referente aos olhares dos enfermeiros sobre a sua prática profissional no contexto hospitalar. Apesar de apresentados separadamente, em seguida, no capítulo quatro, procedemos à síntese integradora dos resultados obtidos nos dois estudos. A reflexão sobre o modo como os enfermeiros sustentam a sua prática no contexto hospitalar, bem como o conhecimento dos fatores que promovem ou comprometem uma prática congruente com a sustentação desejada, contribuíram para a construção de um modelo explicativo que nesse momento divulgamos. Por fim, na conclusão, explanamos os achados mais relevantes que emergiram da investigação.

Esperamos com este trabalho promover a reflexão sobre o que é a enfermagem, convidando os enfermeiros a questionarem se a intencionalidade da sua prática estará sustentada nos referenciais teóricos da disciplina e nos instrumentos de suporte ao exercício da profissão, numa procura permanente pela excelência nos cuidados prestados. O desafio é impulsionar a vontade de mudar, numa abertura a novos modos de pensar e prestar cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO I - DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM ÀS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS: QUE EVOLUÇÃO?

No período que antecede o desenvolvimento das teorias, o exercício da enfermagem encontrava-se subordinado à medicina. Desse modo, a prática de enfermagem era prescrita por outros profissionais e realçada pelas tarefas de carácter ritualista. Neste contexto, o trabalho inicial dos teóricos visou esclarecer o que era a enfermagem, o que fazem os enfermeiros e o que distinguia a enfermagem da mera realização de tarefas (McEwen e Wills, 2016).

Historicamente, foi a partir de Florence Nightingale que surgiu a preocupação na enfermagem com as questões teóricas (Carpinteira et al., 2014). E a verdade é que a maioria dos estudiosos de enfermagem credita à Florence Nightingale o papel de primeira teórica moderna da enfermagem (McEwen e Wills, 2016).

As escolas do tipo Nightingale proliferaram, enfatizando, por um lado, a manutenção do indivíduo nas melhores condições para que a natureza atuasse sobre ele e, por outro, a promoção de um exercício orientado para uma aproximação à cultura médica numa lógica de atividades delegadas (Silva, 2007; Machado, 2013).

Neste contexto, apesar da forte influência de Florence Nightingale, a enfermagem assumiu uma orientação profissional dirigida para o imediatismo e os enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão centralizando as suas ações mais na doença do que no cliente (Tannure e Pinheiro, 2010).

Depois de Florence Nightingale, passou-se quase um século antes que outros estudiosos desenvolvessem trabalhos filosóficos e teóricos para descrever e definir a enfermagem e orientar a prática (McEwen e Wills, 2016).

Na perspetiva de Pepin, Kérouac e Ducharme (2010), as diferentes concetualizações que foram surgindo estão integradas em diferentes paradigmas: categorização, integração e transformação. O paradigma da categorização, cronologicamente localizado no século XVIII/XIX, caracterizou-se por perspetivar os fenómenos de uma forma simples, isolados do contexto, orientando o pensamento para a procura das causas da doença. A organização dos cuidados era realizada em função da doença da pessoa e das tarefas inerentes ao seu tratamento. Podemos enquadrar neste paradigma o reconhecido modelo biomédico, em que a prestação de cuidados de enfermagem corresponde à execução do que foi prescrito ou delegado pelo médico. Esta abordagem dominou as práticas de enfermagem e as mentalidades ao longo de todo o século XX. Em Portugal, as

investigações efetuadas nesta área, têm revelado que, apesar do caminho percorrido, há a percepção de que o modelo biomédico, no qual os enfermeiros atribuem as prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração com a medicina, é dominante e que há dificuldades em introduzir aspetos característicos dos modelos expostos, que emergiram do desenvolvimento disciplinar da enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais (Silva, 2007).

Corroborando Silva (2011, p.25), *“de alguma forma o domínio biomédico das práticas, disciplinarmente mais desenvolvido e socialmente mais poderoso, predominou sobre o que tinha sido iniciado por Nightingale dirigido ao core da enfermagem”*.

O paradigma da integração iniciou-se na década de 50 do século XX e influenciou a orientação dos cuidados para a pessoa, diferenciando a enfermagem da medicina. Neste paradigma, o grande objetivo dos cuidados de enfermagem era a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões: bio-psico-socio-espiritual-cultural, surgindo o conceito de holismo. No âmbito deste paradigma, assistiu-se à emergência de modelos conceituais que se dividiram em quatro escolas de pensamento: a escola das necessidades, cujas teóricas de referência são a Virginia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah; a escola da interação, reportada a Hildegard Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King; a escola dos efeitos desejados ou dos resultados, na qual se evidenciam Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman e, por fim, a escola da promoção da saúde, relativamente à qual se destacam Moyra Allen e Carolyn Clark (Pepin, Kérrouac e Ducharme, 2010). De acordo com a escola das necessidades, a enfermagem coloca a ênfase nos problemas e necessidades dos doentes e o papel do enfermeiro é avaliar essas necessidades, agindo no sentido de as colmatar. No âmbito da escola da interação, a enfermagem foca-se na interação entre o enfermeiro e a pessoa, sendo possível, através dessa interação, promover o crescimento individual quer do enfermeiro, quer da pessoa. Para os estudiosos da escola dos resultados, a enfermagem centra-se nas respostas humanas aos processos de vida e no controlo dos fatores que geram necessidade de adaptação; os cuidados de enfermagem têm por objetivo o equilíbrio, a estabilidade e a harmonia entre o indivíduo e o ambiente. Em relação à escola da promoção da saúde, a enfermagem visa a promoção de comportamentos que conduzem à melhoria da saúde da família e dos seus membros, através de processos de aprendizagem e influência mútua. Assim, no âmbito do paradigma da integração, apesar de cada uma das referidas escolas do pensamento apresentar diferentes conceções da disciplina, a intervenção dos enfermeiros passa a significar um “agir com” a pessoa, reconhecendo o seu potencial para influenciar a saúde e o tratamento.

Por último, o paradigma da transformação, na década de 70, surgiu num contexto em que se reconhece às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito, e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde. Esta perspetiva de abertura para o mundo determina modificações na forma de intervir dos enfermeiros, uma vez que os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar da pessoa tal como ela o define. Num sentido de parceria, a intervenção dos enfermeiros passa a significar “estar com” a pessoa. No âmbito deste paradigma, emergiram duas escolas de pensamento: a escola do ser humano unitário que tem como teóricas mais conhecidas Martha Rogers, Margaret Newman e Rosemarie Parse e, a escola do cuidar, relativamente à qual se destacam Madeleine Leininger e Jean Watson (Pepin, Kérouac e Ducharme, 2010). Na escola do ser humano unitário, a enfermagem toma por foco o bem-estar das pessoas, tendo em consideração o máximo potencial de saúde. No âmbito da escola do cuidar, as teóricas consideram que cuidar é a essência de enfermagem e que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas se respeitarem os seus valores, as suas crenças, os seus modos de vida e a sua cultura.

Pela análise da resenha histórica do que têm sido as concetualizações na enfermagem, constatámos que a partir da década de 50, inseridas em cada uma das escolas, algumas teóricas criaram modelos concetuais de enfermagem, com intuito de explicitar o “que” fazem e “porque” fazem os enfermeiros. Os diferentes modelos, ao constituírem explicações formais do que é a enfermagem (Polit e Beck, 2011), têm em comum uma rutura com o modelo biomédico e a afirmação e valorização dos cuidados de enfermagem autónomos; orientam a prática do enfermeiro proporcionando-lhe uma descrição, por exemplo, da meta a ser perseguida para uma prática qualificada, do seu papel e dos cuidados que desenvolve.

Entre a década de 70 e 80, inúmeros estudiosos detetaram que os fenómenos dominantes da ciência de enfermagem giravam em torno dos conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Em 1978, Fawcett escreveu pela primeira vez sobre os conceitos centrais da enfermagem, formalizando-os em 1984 como o metaparadigma de enfermagem (McEwen, 2016a).

Entende-se, desta forma, que as teorias de enfermagem têm sido um contributo essencial para a formação de uma base sólida de conhecimento, capaz de organizar o mundo fenomenal da enfermagem em torno de quatro conceitos centrais – enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Garcia e Nóbrega, 2004), constituindo-se como referenciais fundamentais à matriz disciplinar da profissão (Schaurich e Crossetti, 2010).

Mais recentemente, Afaf Meleis defendeu que “transição” constitui um conceito central em enfermagem. Na perspetiva da autora, a disciplina de enfermagem está relacionada

com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção. Nesse sentido, o desafio para os enfermeiros é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar (Meleis, 2012).

A utilização da teoria de médio alcance das transições (Meleis et al., 2000) tem vindo a permitir a identificação dos fenómenos específicos da disciplina. Tal como referido por Brito (2012, p.48) *“a sua aplicação na descrição das necessidades em cuidados de enfermagem facilita a identificação dos padrões, das propriedades, das respostas, dos contextos, dos significados e dos resultados, com a finalidade de planejar e implementar cuidados de enfermagem efetivos”*.

De facto, o pensamento teórico em enfermagem evoluiu e, atualmente, continua a evoluir num percurso de significativa riqueza concetual, que deveria ser apropriada pelos enfermeiros (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). No entanto, apesar de longas décadas marcadas pelo desenvolvimento e evolução das teorias de enfermagem, continua a prevalecer nos enfermeiros a ideia de que as teorias são irrelevantes para a conceção e execução dos cuidados de enfermagem, a que se acrescenta a dificuldade dos enfermeiros integrarem os modelos teóricos na sua prática (Carpinteira et al., 2014).

McCrae (2011) lembrou que os teóricos anteciparam que os modelos de enfermagem permitiriam que os profissionais se tornassem mais autónomos e responsáveis nas suas decisões e na organização dos cuidados, ao mesmo tempo, que estimulavam o desenvolvimento da enfermagem como disciplina. O problema é que em vez de aproximarem a prática de enfermagem a um patamar de fundamentação teórica, as teorias foram interiorizadas como dogmas irrealistas e, como consequência, os manuais que as abordam permanecem nas prateleiras. Tal como afirmou o autor, ensinar e aplicar uma teoria de enfermagem é, sem dúvida, um grande desafio, e apesar da integração na prática ser difícil por uma série de restrições, todas elas são superáveis.

Efetivamente, na época atual, muitos estudiosos acreditam que a prática orientada pelas teorias, seja o futuro da enfermagem. As teorias oferecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, dão aos enfermeiros uma perspetiva de como visualizar a situação do cliente, proporcionando, simultaneamente, um modo sistemático de colher os dados. Neste sentido, as teorias permitem que os enfermeiros se concentrem em informações importantes, deixando de lado dados irrelevantes. Além de facilitar a análise e interpretação dos dados, uma perspetiva teórica possibilita que o enfermeiro planeie e implemente o cuidado de forma sistemática e intencional (Luna, Concha e Escobar, 2007; McEwen e Wills, 2016).

Neste contexto, e tal como perspectivado por Pajnkihar e Butterworth (2005), é crucial que os enfermeiros tenham uma opinião crítica sobre as teorias de enfermagem e que procurem teorias que sustentem a sua prática e melhorem a enfermagem do seu País.

Na perspetiva de Franco et al. (2010), as bases de sustentação da prática são indicadores de desenvolvimento de uma profissão, além de constituírem um marco importante na evolução da prática profissional.

Zarzycka et al. (2013) referiram que na enfermagem, tal como noutras disciplinas, é importante centrar as atividades profissionais em fundamentos teóricos que, para além de aumentarem o seu carácter disciplinar, promovem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os mesmos autores recomendam a realização de estudos mais extensos do que aquele que efetuaram na Polónia, no sentido de identificar as teorias de enfermagem mais significativas para a prática.

Embora o desenvolvimento disciplinar da enfermagem tivesse sido significativo, *“não é possível descentrarmo-nos de que se trata de uma profissão e, por isso, está orientada para a prática de cuidados”* (Silva, 2011, p.26). Em todos os países, a par da evolução da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, foi feito um percurso no sentido de clarificar o papel do enfermeiro e promover o desenvolvimento da profissão.

Em Portugal, a procura da clarificação do papel do enfermeiro, no âmbito dos cuidados de saúde (Silva, 2011), teve a sua concretização na década de 90, com a aprovação do regime geral da carreira de enfermagem, publicado no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, e posteriormente com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), plasmado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro.

De acordo com o REPE, as intervenções dos enfermeiros podem ser autónomas e interdependentes. Consideram-se autónomas as *“ações realizadas pelos enfermeiros sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria”* e consideram-se interdependentes as *“ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.102).

Em consonância com o referido, Nunes (2006) lembra que, de acordo com o REPE, a diferença entre as intervenções autónomas e interdependentes está no prescritor. Nesta perspetiva, e corroborando a autora, o enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem, uma vez que a *“interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é*

o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus atos (e pelas decisões que toma)” (p.10).

A comprovar a relevância da década de 90 no desenvolvimento da profissão de enfermagem em Portugal, é de salientar a criação da Ordem dos Enfermeiros, cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Mais recentemente a Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, veio introduzir uma segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Efetivamente, o REPE e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros constituem um conjunto legislativo que trouxe à profissão um valor incomensurável (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A par das preocupações dos enfermeiros com a clarificação do exercício profissional, no contexto nacional, os anos 90 foram também marcados pela ênfase na qualidade no sistema público de saúde português, o que à data conduziu à adoção de estratégias com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Como exemplo dessas estratégias é de relevar a criação em 1999 do Instituto da Qualidade em Saúde, que, nesse mesmo ano, tendo como propósito a melhoria da qualidade na prestação de serviços pelos hospitais, impulsionou a concretização de um protocolo com a *King’s Fund Health Quality Service*, que marcou o início dos processos de acreditação hospitalar em Portugal.

Uma vez extinto o Instituto da Qualidade em Saúde, foi aprovada em 2009 a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho), que tem por missão promover a disseminação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Efetivamente, em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, estando claramente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio.

De acordo com o enunciado no documento, a qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas dos clientes. Neste contexto, *“a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados”* (Ibidem, p.13551).

De facto, fruto da complexidade dos cuidados de saúde, do aumento da esperança média de vida e do aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde a nível mundial

têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Avedis Donabedian (2003) foi um dos primeiros autores a escrever, acerca da qualidade em saúde e, especificamente, sobre a qualidade nas instituições hospitalares. Na sua perspetiva, o conceito de qualidade assenta em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade.

Para a promoção e avaliação da qualidade, Donabedian (2003) propôs um modelo composto por três componentes: estrutura, processo e resultado, uma tríade que, talvez devido à sua simplicidade e persuasão quase intuitiva, ganhou ampla aceitação. Tal como referido pelo autor, a estrutura, o processo e os resultados não são atributos de qualidade, são apenas os tipos de informação que se podem obter, sendo que a combinação das três abordagens pode ajudar a explorar melhor determinados aspetos da qualidade.

Decorrente do valor atribuído ao modelo desenvolvido por Donabedian (2003), vários autores defendem que a reflexão e a avaliação sobre a qualidade dos serviços de saúde e mais especificamente da enfermagem deve, necessariamente, passar pela análise das três dimensões propostas pelo autor: estrutura, processo e resultados (Caldana et al., 2011; Voyce et al., 2015).

Ao longo dos últimos anos, na enfermagem, têm sido vários os autores, que tendo como referencial os pressupostos de Donabedian, desenvolveram modelos que pretendem descrever a relação entre as componentes que constituem a estrutura, o processo e os resultados (Irvine, Sidani e Hall, 1998; Mitchell, Ferketich e Jennings, 1998; Doran et al., 2002; Duffy e Hoskins, 2003; Harwood et al., 2007; Lucero, Lake e Aiken, 2009; O'Brien-Pallas et al., 2010; O'Nan et al., 2014). Amaral (2014a), num estudo que visou testar o *Nursing Role Effectiveness Model* (Doran et al., 2002), constatou que as associações entre os componentes da estrutura e dos resultados são mediadas pelas variáveis do processo, nomeadamente pelas intervenções de enfermagem.

Kobayashi, Takemura e Kanda (2011) referem que o modelo de abordagem proposto por Donabedian, tem um papel significativo na melhoria dos cuidados de saúde, bem como na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, originando uma tripla possibilidade de abordagem da qualidade dos mesmos.

Ainda no âmbito da qualidade em saúde, Mezomo (2001) sintetizou a sua evolução em cinco etapas: nos anos sessenta, deu-se ênfase ao "Controle"; nos anos setenta, o destaque passou para a "Avaliação"; nos anos oitenta, focou-se a atenção na "Garantia"; nos anos noventa, surge a "Melhoria", sendo que mais recentemente, é abordado o potencial de "Desenvolvimento".

Neste sentido, e tal como referido por Pereira (2009), atualmente a filosofia que ilumina a qualidade em saúde acrescenta ao princípio de melhoria a noção de continuidade, envolvendo todos e cada um dos intervenientes do processo. Para além disso, e como clarifica o autor, desafia cada um a contribuir para o progresso contínuo da qualidade que, por se tratar da área da saúde, é uma realidade dinâmica e progressiva.

De acordo com o mencionado, é consensual que o desenvolvimento da qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional. *“Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (Ordem dos enfermeiros, 2012a, p.6).

Na perspetiva de Machado (2013, p.23), *“numa análise retrospectiva da evolução da enfermagem, transparece a ligação perseverante aos conceitos de qualidade e de melhoria contínua da qualidade”*. Como clarificado pela autora, a enfermagem, tal como outras áreas, assentou o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade.

Efetivamente, a procura da qualidade na área de enfermagem tem a sua origem nos primórdios da profissão. Já no século XIX, Florence Nightingale evidenciou a necessidade de reunir dados epidemiológicos que permitissem perceber a qualidade dos cuidados prestados.

Tal como referido por Caldana et al. (2011), informalmente na enfermagem, sempre existiu um controlo da qualidade da assistência, representada pela preocupação dos enfermeiros em seguir criteriosamente os procedimentos, acreditando que, com isso, teriam assegurados os resultados desejados.

Atualmente, a procura permanente da excelência no exercício profissional está regulamentada. Os enunciados descritivos de qualidade, formulados pela Ordem dos Enfermeiros (2001a), visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, constituindo um instrumento importante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Os padrões de qualidade definidos tornaram-se precursores da excelência no exercício profissional, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na perspetiva de Potra (2015), os enunciados descritivos constituem-se com uma matriz concetual com potencial para orientar o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional.

Perante esta realidade legal e atendendo a que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são referências de excelência, não será suposto que todos os enfermeiros atuem de acordo com os mesmos? E que modelos de exercício profissional responderão a uma prática pautada por uma procura permanente da excelência?

É sabido que o desenvolvimento da enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tem acompanhado as necessidades detetadas ao nível dos contextos da prestação de cuidados. Para além disso, em Portugal, a evolução da enfermagem do ponto de vista do enquadramento legal do exercício profissional e do ponto de vista da evolução verificada no ensino, foi consonante com o desenvolvimento da teoria (Silva, 2007). No entanto, na prática clínica, tem sido explícito o desfasamento entre os modelos em uso e os modelos expostos que emergiram do desenvolvimento disciplinar da enfermagem. De facto, apesar das evoluções verificadas na disciplina de enfermagem e na profissão de “enfermeiro”, há uma perceção de que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, não acompanhou a evolução da formação e das condições de trabalho dos enfermeiros (Basto, 1998).

Nos últimos anos, a enfermagem foi marcada por uma franca evolução académica e profissional, dispondo, conseqüentemente, dos recursos para se afirmar mais convictamente, enquanto profissão autónoma.

Tal como refere Nunes (2007, p.39-40), “*a Enfermagem é, hoje, uma profissão autónoma – está escrito. Todavia, (...) não basta que esteja escrito que Enfermagem não está vinculada à execução exclusiva de cuidados prescritos*”. A verdade é que, no dia-a-dia, há uma preocupação dos enfermeiros em atender às prescrições médicas que, regra geral, têm um carácter de delegação de funções. Essa delegação de funções assume-se, muitas vezes, como um entrave ao desenvolvimento das intervenções autónomas dos enfermeiros, que desculpando-se na falta de tempo, decidem relegar para segundo plano.

O problema é que a imagem de executores de tarefas subordinadas a outros profissionais, é aquela que recolhe maior concordância, pois aquilo que a maioria das pessoas depreende como “natural” do trabalho dos enfermeiros é que os médicos ordenam cada uma das suas intenções e que estão por trás de cada ato de enfermagem (Buresh e Gordon, 2004).

Na perspetiva de Nunes (2007, p.37-38), “*a forma como vemos e conhecemos Enfermagem tem influência na forma real como fazemos Enfermagem*”. Neste sentido, “*se a forma como se vê Enfermagem for de um trabalho que valoriza a aplicação de prescrições e a obediência ao normativo dos procedimentos, das regras e técnicas, provavelmente estar-se-á perante um desempenho com uma certa orientação ritualista, que privilegia o gosto pela norma e a realização quase estereotipada de actividades*

(quase iguais em quase todos os turnos)”. Por outro lado, “se a forma de ver e conhecer Enfermagem for enquanto conjunto de actos que visam a promoção da saúde ou ajudar o outro a suportar/superar a doença, na demanda do seu bem-estar, provavelmente encontraremos um agir que valoriza a intervenção autónoma, centrado em responder às necessidades concretas de cada pessoa” (Ibidem, p.38).

Hoje, a afirmação da enfermagem passa pela clarificação dos conhecimentos que lhe são próprios e pela valorização dos processos de cuidados da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros.

Um número crescente de enfermeiros partilha a ideia, segundo a qual, assistir as pessoas em processos de transição, constitui o papel mais relevante da enfermagem. De facto, a vivência das transições é um processo complexo que torna as pessoas mais vulneráveis, e as dificuldades que sentem nesse percurso desafiam os enfermeiros, no sentido de as ajudarem a vivenciar esses processos de transição de forma saudável.

Silva, em 2007, referiu que a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação. Na sequência do referido, o autor verbalizou que, no âmbito do exercício profissional, importa evoluir dos modelos em uso muito circunscritos ao paradigma biomédico, com relevo na gestão de sinais e sintomas da doença, para modelos em que haja maior valorização da teoria de enfermagem, com ênfase nas respostas humanas às transições vivenciadas pelas pessoas e famílias, ao longo do ciclo vital.

Se os enfermeiros acreditarem que este é o caminho a ser percorrido, reorganizarão muita da sua prática, no sentido de darem resposta ao mandato social da enfermagem e promoverem a qualidade da ajuda profissional que podem proporcionar às pessoas!

Na realidade, estamos num momento crucial para a mudança na enfermagem. Na opinião de Nunes (2007, p.41), *“estamos, de novo, num patamar de partida. Resta definir e decidir para onde queremos ir, na certeza de que é preciso ter uma visão estratégica da chegada e do caminho. Até porque não é sensato empreender uma caminhada se não temos um ponto de chegada”*.

Silva (2007) vislumbra dois caminhos possíveis: o sentido de uma *“Prática Avançada”*, que significa maior competência para o desempenho centrado na lógica executiva e baseado no modelo biomédico, e a *“Enfermagem Avançada”*, que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual, baseado em teorias de enfermagem. Neste contexto, não será este o momento de assumir o que está regulamentado para o exercício profissional em enfermagem, caminhando no sentido da *“Enfermagem Avançada”!*?

Passada mais do que uma década, marcada por um forte investimento na formação dos enfermeiros, que permitiu o acesso aos diferentes graus acadêmicos de mestre e doutor, e a assunção de novas responsabilidades, nas áreas de concepção e prestação de cuidados de enfermagem proporcionados à população, questionamo-nos sobre os fatores que têm condicionado a aproximação entre os modelos de exercício profissional em uso na prática e os modelos expostos na teoria de enfermagem.

Basto (2009) lembra que os enfermeiros guiam a sua prática por um quadro de referência, que engloba conceitos e pressupostos que correspondem à sua concepção de cuidar em enfermagem. No entanto, de acordo com a autora, a enorme dificuldade que os enfermeiros revelam em nomear os conceitos e valores que os guiam, justifica a realização de estudos indutivos com intuito de os identificar e/ou clarificar. A dificuldade dos enfermeiros identificarem o que fazem na prática foi também abordada por Zarzycka et al. (2013).

O contexto da prestação de cuidados nas instituições hospitalares tem-se alterado significativamente nos últimos anos. O envelhecimento da população e os seus problemas inerentes, nomeadamente as doenças crónicas e as incapacidades físicas, têm aumentado progressivamente a necessidade de cuidados de saúde, cuja satisfação não está relacionada com a doença já diagnosticada, nem com o tratamento médico já prescrito (Silva, 2007), mas sim com cuidados de enfermagem prestados no âmbito dos processos de transição vivenciados pelos indivíduos. Assim, *“apesar da necessidade da máxima competência dos enfermeiros face ao exercício do seu papel colaborativo com a medicina no diagnóstico e tratamento da doença, as necessidades de cuidados das pessoas apelam, cada vez mais, à enfermagem exposta nos modelos teóricos”* (Paiva, 2016, p.7). Todavia, numa instituição em que o principal objetivo continua a ser o tratamento da doença, a constatação da elevada variabilidade das práticas dos enfermeiros, compreendeu um importante estímulo para a realização desta investigação. Partilhando da ideia de que a mais-valia da enfermagem são os enfermeiros, uma vez que são eles que a praticam (Morais, 2012), acreditamos ser possível compreender o modo como os enfermeiros sustentam a sua prática no contexto hospitalar, estimulando simultaneamente a coerência entre a teoria e a prática.

CAPÍTULO II - CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR: CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

A qualidade constitui um fenómeno de crescente interesse nos sistemas de saúde e a enfermagem, enquanto profissão integrante da equipa de saúde, não pode alhear-se dessa relevância (Machado, 2013). Num contexto em que temas como a qualidade em saúde vigoram, incita-se a excelência no exercício profissional dos enfermeiros que incorpora, necessariamente, uma prestação de cuidados de enfermagem sustentada em referenciais teóricos da disciplina e congruente com o regulamentado para o exercício profissional.

Atualmente, é consensual a necessidade dos enfermeiros definirem uma linha de pensamento que fundamente e determine um novo rumo para a prática de enfermagem. O facto das teorias de enfermagem fornecerem uma estrutura para definir esse novo rumo impõe-se como um desafio. Importa, contudo, ter em consideração que, para eleger as teorias que melhor fundamentem a prática de cuidados, é preciso que haja congruência entre os conceitos estabelecidos pelos modelos teóricos (enfermagem, pessoa, saúde e ambiente) e o contexto de trabalho dos enfermeiros (Carpinteira et al., 2014). Para além disso, considerando que a forma como cada pessoa apreende ou compreende os conceitos influencia as suas práticas (Potra, 2015), será importante perceber que orientações concetuais sustentam a ação dos enfermeiros.

Por outro lado, importa considerar que no âmbito do exercício profissional, já em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, aquando da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentou seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados descritivos, visando explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, são para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum e a orientação para uma prática profissional de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2001a). Neste sentido, os padrões de qualidade indicam à população o que pode esperar, em termos de cuidados de enfermagem, e aos enfermeiros o que se espera no seu conjunto e o que cada um deve fazer, em prol de um exercício profissional de qualidade.

Na sequência deste enquadramento, nesta fase da investigação, que designamos por estudo I, definimos como questão de partida “*Que referenciais são utilizados pelos enfermeiros para sustentar as suas práticas no contexto hospitalar?*”

1. DESENHO DO ESTUDO - CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Considerando que a metodologia se caracteriza pelo conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, e que asseguram a fiabilidade e qualidade dos resultados, é indispensável a sua escolha e definição (Fortin, 2009). Na perspetiva de Scarparo et al. (2012), na elaboração de um trabalho de investigação, não existem métodos e/ou técnicas de pesquisa ideais, devendo antes recorrer-se aos que são adequados ao problema de pesquisa, ao tipo de investigação e aos objetivos definidos. De acordo com o pressuposto, este é o momento de explicitarmos as opções metodológicas adotadas.

Com o propósito de analisar as conceções em relação aos conceitos metaparadigmáticos, bem como a perceção dos enfermeiros quanto à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, optámos por uma abordagem quantitativa. O estudo realizado foi descritivo, de cariz exploratório. Uma vez que procedemos à recolha de dados num único momento, de acordo com o seguimento temporal, classificámos o estudo como transversal (Polit e Beck, 2011).

Segundo Fortin (2009, p.160), “*o enunciado dos objetivos da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Eles especificam as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação*”. Neste sentido, para o presente estudo definimos como objetivos:

- Analisar a perceção dos enfermeiros quanto às conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, à luz de diversas teóricas de enfermagem;
- Identificar a influência das condições sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na concordância com as conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente;
- Analisar a perceção dos enfermeiros, quanto à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Fortin (2009), as questões de investigação decorrem dos objetivos do estudo e explicitam a informação que se pretende obter. Assim sendo, delineámos as seguintes questões de investigação:

- Quais as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente mais consensuais entre os enfermeiros?
- Quais os referenciais teóricos mais consensuais entre os enfermeiros?
- Qual a influência das condições sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na concordância com as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente?
- Qual a influência das condições sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na concordância com os referenciais teóricos?
- Como expressam os enfermeiros a concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?

1.1 Variáveis em estudo

Em articulação com a finalidade do estudo e na prossecução dos objetivos explanados, foram consideradas como variáveis: as características sociodemográficas e profissionais dos participantes, as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, a organização dos cuidados de enfermagem no hospital e no serviço e a qualidade dos cuidados.

De modo a que as variáveis possam ser discutidas, é necessário que sejam mensuráveis, o que requer a sua operacionalização. Neste sentido, no Quadro 1, apresentam-se as variáveis de atributo para a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais

Componentes	Dimensões	Indicadores
Serviço		Denominação do serviço
Género	Feminino; Masculino	Sim/Não
Idade		Anos completos
Estado Civil	Solteiro; Casado/União de facto; Divorciado; Viúvo	Sim/Não
Condição em que exerce a profissão	Enfermeiro; Enfermeiro Especialista/Especializado; Enfermeiro Gestor/Chefe	Sim/Não
Exercício profissional	Exercício profissional	Anos/meses
	Exercício profissional no atual serviço	Anos/meses
	Exercício profissional na especialidade	Anos/meses
	Exercício profissional na gestão	Anos/meses
Área da especialidade		Denominação da Especialização
Grau académico	Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	Sim/Não
Outros cursos		Denominação do curso
Formação	Na área dos padrões de qualidade	Sim/Não
Duração da formação	Número de horas de formação na área dos padrões de qualidade	Horas

Com o intuito de identificar a perceção dos enfermeiros relativamente às concepções, foram consideradas como variáveis as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e

ambiente (Quadros 2, 3, 4 e 5) de treze teóricas de enfermagem: Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegard Peplau, Imogene King, Callista Roy, Betty Neuman, Moyra Allen, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Madeleine Leininger, Jean Watson e Afaf Meleis. Assim, as dimensões correspondem às definições dos quatro conceitos à luz de cada uma das referidas teóricas. Importa salientar que as definições foram enunciadas de acordo com a revisão bibliográfica efetuada, destacando-se os contributos de Pepin, Kérouac e Ducharme (2010). A concordância dos enfermeiros relativamente a cada conceção pode assumir cinco categorias, sendo que 1 corresponde a “está totalmente em desacordo com a minha prática”, 2 “está em desacordo com a minha prática”, 3 “não tenho opinião”, 4 “está de acordo com a minha prática” e 5 “está totalmente de acordo com a minha prática”.

Quadro 2 - Operacionalização da variável: conceções de enfermagem

Componentes	Dimensões	Indicador
Conceções de Enfermagem	A enfermagem é um serviço à humanidade, que consiste em pôr a pessoa doente ou sã nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa restabelecer ou preservar a saúde	1 a 5
	A enfermagem caracteriza-se pela assistência à pessoa doente ou sã, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários, com o fim de conservar ou restabelecer a independência na satisfação das suas necessidades fundamentais	1 a 5
	A enfermagem é uma arte que se caracteriza pela assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado	1 a 5
	A enfermagem baseia-se num processo interpessoal, significativo e terapêutico, que funciona em cooperação com outros processos humanos, tornando a saúde possível para os indivíduos	1 a 5
	A enfermagem é um processo interpessoal de ação, reação, interação e transação, cujo objetivo é ajudar os indivíduos a preservar a sua saúde, de modo a que possam desempenhar as suas funções	1 a 5
	A enfermagem é uma ciência que se centra nos processos de vida humanos e nas capacidades de adaptação da pessoa, enfatizando a promoção da saúde, a estabilidade, a homeostasia e a qualidade de vida	1 a 5
	A enfermagem é uma profissão única, cuja intervenção está orientada para a integridade da pessoa, na medida em que se interessa por todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stresse, com a finalidade de reduzir os seus efeitos	1 a 5
	A enfermagem é uma ciência, cuja intervenção está orientada para a promoção da saúde na família e dos seus membros, pela ativação dos processos de aprendizagem e influência mútua	1 a 5
	A enfermagem é uma profissão aprendida, uma ciência e uma arte, cuja centralidade reside na preocupação pelas pessoas e pelo mundo em que vivem, visando promover a sua saúde, a harmonia e o bem-estar	1 a 5
	A enfermagem, ciência e arte centrada na visão de que o ser humano é um ser unitário e livre para fazer escolhas em todas as situações, orienta os seres humanos em direção às maneiras de ser, encontrar significados nas situações, escolher modos de co-criar a sua própria saúde e viver a verdadeira presença na rotina da vida pessoal	1 a 5
	A enfermagem, enquanto ciência e arte humanista aprendida, está centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas atividades de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas e benéficas, ou para ajudar as pessoas a enfrentar as deficiências ou a morte	1 a 5
	A enfermagem é uma arte e uma ciência humana do cuidar, cujos processos transpessoais estão dirigidos à promoção da harmonia "corpo-alma-espírito"	1 a 5
	A enfermagem é uma ciência que está relacionada com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção; nesta perspetiva, o desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar	1 a 5

Quadro 3 - Operacionalização da variável: concepções de pessoa

Componentes	Dimensões	Indicador
Concepções de Pessoa	A pessoa, enquanto doente, é constituída por aspetos físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais	1 a 5
	A pessoa é um ser biológico, psicológico e social, que precisa de assistência para obter a saúde e a independência na satisfação das necessidades fundamentais	1 a 5
	A pessoa é um todo integral que funciona biológica, simbólica e socialmente e que apresenta exigências de autocuidado universais, de desenvolvimento e relacionadas com desvios de saúde	1 a 5
	A pessoa é um ser biopsicossocial e espiritual em desenvolvimento constante	1 a 5
	A pessoa é um sistema aberto em transação com o ambiente, possuindo capacidade de perceber, pensar, sentir, conhecer, fazer escolhas e selecionar as alternativas	1 a 5
	A pessoa humana é um sistema de adaptação holístico. Enquanto sistema de adaptação, o sistema humano é descrito como um todo com partes que funcionam como uma unidade, possuindo capacidades de pensar e de sentir, através das quais se ajusta eficazmente às mudanças no ambiente	1 a 5
	A pessoa é um ser fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual, capaz de se desenvolver como um todo integral	1 a 5
	A pessoa, enquanto participante ativo de uma família ou grupo social, é capaz de aprender com as suas experiências	1 a 5
	A pessoa, enquanto ser humano unitário e irreduzível, é um todo unificado, possuindo a sua própria integridade e manifestando características que são mais do que e diferentes da soma das suas partes	1 a 5
	A pessoa é um ser intencional presente, envolvido e aberto para o mundo, escolhendo livremente o significado da situação e assumindo a responsabilidade pelas decisões	1 a 5
	A pessoa é um ser que não pode ser dissociado da sua bagagem cultural	1 a 5
	A pessoa é definida como uma forma de vida que cresce, compreendendo o corpo, a alma e o espírito	1 a 5
	A pessoa é um ser humano com necessidades que está em constante interação com o meio envolvente; apresenta capacidade para se adaptar às alterações, mas devido à doença, risco ou vulnerabilidade a potencial doença, experimenta ou fica em risco de experimentar um desequilíbrio que se manifesta por dificuldade em satisfazer as suas necessidades, incapacidade para tomar conta de si mesmo e por respostas não adaptativas	1 a 5

Quadro 4 - Operacionalização da variável: concepções de saúde

Componentes	Dimensões	Indicador
Concepções de saúde	A saúde é caracterizada pela ausência de doença e pela capacidade de utilizar plenamente os recursos	1 a 5
	A saúde refere-se à capacidade da pessoa atuar de forma independente em relação às necessidades fundamentais	1 a 5
	A saúde significa ser estrutural e funcionalmente completo e integrado, sendo que a saúde humana é a capacidade de refletir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar com os outros, evidenciando independência para o autocuidado	1 a 5
	A saúde é uma representação do movimento contínuo da personalidade e de outros processos humanos, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária	1 a 5
	A saúde é definida como experiência dinâmica da vida de um ser humano, que induz o ajuste contínuo aos stressores do ambiente interno e externo, através do uso ideal dos recursos da pessoa para atingir o potencial máximo para a vida diária	1 a 5
	A saúde é um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa integral e completa; é o reflexo do esforço constante realizado pela pessoa, em interação com o ambiente, para alcançar o máximo potencial de adaptação	1 a 5
	A saúde é vista como um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança, sendo que a saúde e a doença estão em extremidades opostas; a saúde é a condição em que todas as partes e subpartes do sistema estão em harmonia com o sistema do cliente	1 a 5
	A saúde é um processo social que reafirma os atributos interpessoais aprendidos e desenvolvidos com o tempo	1 a 5
	A saúde é um valor e um processo contínuo de intercâmbios energéticos que favorecem a expressão de um máximo potencial de vida	1 a 5
	A saúde reflete uma maneira de estar no mundo, de viver o dia-a-dia, não sendo uma seqüência da saúde para a doença, nem uma dicotomia da saúde ou doença	1 a 5
	A saúde refere-se a uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e padronizados	1 a 5
	A saúde refere-se à unidade e harmonia entre o corpo, a alma e o espírito	1 a 5
	A saúde refere-se ao bem-estar e conforto, não se reduzindo à ausência de doença	1 a 5

Quadro 5 - Operacionalização da variável: concepções de ambiente

Componentes	Dimensões	Indicador
Concepções de ambiente	O ambiente refere-se aos fatores externos que afetam a pessoa e o seu processo de saúde: ar, água, luz, calor, limpeza, tranquilidade, dieta adequada	1 a 5
	O ambiente é o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida, de forma positiva ou negativa	1 a 5
	O ambiente refere-se aos fatores externos que afetam o autocuidado; engloba aspectos físicos, químicos e biológicos; inclui a família, a cultura e a comunidade	1 a 5
	O ambiente refere-se a forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, a partir das quais a moral, os costumes e as crenças são adquiridos	1 a 5
	O ambiente é um sistema aberto que possui fronteiras permeáveis e que permite a troca de energia e informação com a pessoa	1 a 5
	O ambiente refere-se a todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas, exigindo respostas de adaptação	1 a 5
	O ambiente envolve todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, influenciando e sendo influenciados por ela	1 a 5
	O ambiente refere-se ao contexto social em que se efetua a aprendizagem	1 a 5
	O ambiente é um campo de energia multidimensional irredutível, manifestando características diferentes das partes, no qual estão organizados e agrupados todos os elementos exteriores do campo humano	1 a 5
	O ambiente refere-se ao mundo, ao universo e àqueles que ocupam espaços em conjunto com outros, numa troca constante de energia	1 a 5
	O ambiente refere-se a todos os aspectos contextuais, físicos, ecológicos, sociais e culturais, em que se encontram os indivíduos e os grupos	1 a 5
	O ambiente refere-se à envolvimento interna e externa da pessoa; engloba o mundo físico e o mundo espiritual	1 a 5
	O ambiente envolve a família, grupos e comunidade onde a pessoa interage e as condições sob as quais vive e se desenvolve	1 a 5

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem foram definidas as componentes: existência de quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros no hospital e no serviço, existência de sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no hospital e no serviço, existência de política de formação contínua no hospital e no serviço, cuidados de enfermagem prestados no serviço baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico e metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço (Quadro 6).

Quadro 6 - Operacionalização da variável: organização dos cuidados

Componentes	Dimensões	Indicador
Quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros	Quadro de referências no hospital	Sim; Não; Não Sei
	Quadro de referências no serviço	
	Natureza do quadro de referências no hospital Natureza do quadro de referências no serviço	Descrição
Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros	Sistema de melhoria contínua da qualidade no hospital	Sim; Não; Não Sei
	Sistema de melhoria contínua da qualidade no serviço	
Política de formação contínua	Política de formação contínua no hospital	Sim; Não; Não Sei
	Política de formação contínua no serviço	
Cuidados de enfermagem	Baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico	Sim; Não; Não Sei
Metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço	Metodologia de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade	Sim; Não; Não Sei
	Método funcional; Método Individual; Método de equipa; Método de enfermeiro responsável/de referência	Sim; Não

Com o propósito de se obterem dados sobre a qualidade dos cuidados, definimos como dimensões as atividades incluídas nas componentes: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e responsabilidade e rigor (Quadro 7).

Quadro 7 - Operacionalização da variável: qualidade dos cuidados

Componentes	Dimensões	Indicador
Satisfação do cliente	Respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta	1 a 4
	Procura constantemente empatia nas interações com os clientes (doente/família)	1 a 4
	Envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados	1 a 4
Promoção da Saúde	Identifica as situações de saúde e os recursos do cliente/família e comunidade	1 a 4
	Aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis	1 a 4
	Fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	1 a 4
Prevenção de complicações	Identifica os problemas potenciais do cliente	1 a 4
	Prescreve e implementa intervenções com vista à prevenção de complicações	1 a 4
	Avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	1 a 4
Bem-estar e autocuidado	Identifica os problemas do cliente que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida	1 a 4
	Prescreve e implementa intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1 a 4
	Avalia as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1 a 4
	Referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes	1 a 4
Readaptação funcional	Dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	1 a 4
	Planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade	1 a 4
	Otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito	1 a 4
	Ensina, instrui e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	1 a 4
Organização dos cuidados de enfermagem	Domina o sistema de registos de enfermagem	1 a 4
	Conhece as políticas do hospital	1 a 4
Responsabilidade e Rigor	Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista a prevenção de complicações	1 a 4
	Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista o bem-estar e autocuidado dos clientes	1 a 4
	Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, com vista à prevenção de complicações	1 a 4
	Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1 a 4
	Referencia situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais	1 a 4
	Supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega	1 a 4

Importa referir que a frequência da concretização das atividades varia entre 1 e 4, sendo que 1 corresponde a “nunca”, 2 “poucas vezes”, 3 “às vezes” e 4 “sempre”.

1.2 População e amostra do estudo

Decorrente da opção em centrarmos a nossa atenção na prática hospitalar e em contexto nacional, projetámos a realização de um estudo em todas as instituições hospitalares, enquadradas no modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial (EPE).

À data da realização da investigação, existiam em Portugal 38 instituições hospitalares EPE. Atendendo a que duas instituições hospitalares não aceitaram participar na investigação, no momento em que optámos pela metodologia quantitativa, realizámos o estudo em 36 instituições hospitalares. Neste sentido, a população refere-se aos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em instituições de saúde hospitalares, mais especificamente em Centros Hospitalares, EPE, Hospitais, EPE e Unidades Locais de Saúde, EPE, dos 18 distritos de Portugal continental, durante o período em que decorreu a colheita de dados.

Embora a população seja definida como a agregação total de elementos, em que o investigador está interessado, é certo que a investigação pode ser realizada apenas com uma parte da mesma, denominada de amostra (Polit e Beck, 2011). De acordo com Fortin (2009, p.312) *“a amostra é a fração da população que constitui o objeto do estudo”*. A amostragem é então o processo de seleção dessa parte da população (Polit e Beck, 2011). Apesar de ter sido projetada a utilização de uma técnica de amostragem probabilística, aleatória, estratificada e proporcional, as particularidades inerentes às autorizações das instituições hospitalares para a realização da investigação, impediram tal desígnio. Neste sentido, a técnica de amostragem usada foi não probabilística por conveniência (Coutinho, 2014).

Foram definidos como critérios de inclusão “ser enfermeiro no exercício profissional” e “exercer a sua atividade profissional na instituição hospitalar num período de tempo igual ou superior a seis meses, nos departamentos de medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas ou medicina intensiva e urgência”. Foram excluídos do estudo, os enfermeiros que exerciam funções em serviços dos departamentos de saúde da mulher e da criança e de saúde mental e psiquiatria, bem como em blocos operatórios e serviços de ambulatório. Tendo em consideração os serviços de cada instituição hospitalar, em que o estudo foi autorizado, a população acessível correspondeu a 10013 enfermeiros.

Importa referir que apesar de não ter sido possível a utilização de uma amostragem probabilística, a amostra incluiu enfermeiros de todas as instituições hospitalares EPE, que aceitaram participar no estudo, representando os serviços de medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas e de medicina intensiva e urgência. Todos os enfermeiros que pertenciam às equipas de enfermagem dos serviços onde foi autorizado o estudo, que exerciam funções há mais de seis meses e que aceitaram participar, foram incluídos na amostra. Assim, a partir de uma população acessível de 10013 enfermeiros, que exerciam funções nos serviços onde o estudo foi autorizado, obteve-se uma amostra de 3451 enfermeiros.

A distribuição regional dos enfermeiros segundo as Administrações Regionais de Saúde (ARS) a que pertencem as instituições hospitalares encontra-se na Tabela 1, concluindo-se que predomina o Norte (43,2%), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo (24,0%), o Centro (22,3%), o Alentejo (6,2%) e o Algarve (4,2%).

Tabela 1 - Distribuição regional dos enfermeiros

Região	n	%
<i>Norte</i>	1492	43,2
<i>Centro</i>	771	22,3
<i>Lisboa e Vale do Tejo</i>	829	24,0
<i>Alentejo</i>	213	6,2
<i>Algarve</i>	146	4,2
Total	3451	100

A distribuição dos enfermeiros pelas 36 instituições hospitalares onde foi realizada a colheita de dados encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros pelas instituições hospitalares

Instituição hospitalar	População	Amostra	
	N	n	%
Centro Hospitalar Alto Ave	212	61	1,8
Centro Hospitalar Médio Ave	208	58	1,7
Centro Hospitalar Póvoa e Vila do Conde	132	55	1,6
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	309	144	4,2
Centro Hospitalar São João	692	234	6,8
Centro Hospitalar do Porto	565	164	4,8
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho	543	246	7,1
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga	190	60	1,7
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	305	81	2,3
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	865	286	8,3
Centro Hospitalar Tondela Viseu	456	150	4,3
Centro Hospitalar Cova da Beira	156	39	1,1
Centro Hospitalar de Leiria	265	82	2,4
Centro Hospitalar Médio Tejo	357	153	4,4
Centro Hospitalar Barreiro Montijo	218	71	2,1
Centro Hospitalar Lisboa Central	369	116	3,4
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	316	82	2,4
Centro Hospitalar de Setúbal	207	51	1,5
Centro Hospitalar do Algarve	547	146	4,2
Hospital Santa Maria Maior – Barcelos	137	79	2,3
Hospital Distrital da Figueira da Foz	85	29	0,8
Hospital de Santarém	313	145	4,2
Hospital Garcia de Orta	18	5	0,1
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca - Amadora Sintra	438	139	4,0
Hospital Espírito Santo – Évora	257	89	2,6
Instituto Português de Oncologia - Porto	125	55	1,6
Instituto Português de Oncologia - Coimbra	135	37	1,1
Instituto Português de Oncologia - Lisboa	194	67	1,9
Unidade Local de Saúde do Nordeste	221	69	2,0
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	291	146	4,2
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	299	121	3,5
Unidade Local de Saúde da Guarda	191	61	1,8
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	19	6	0,2
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	247	89	2,6
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano	87	21	0,6
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	44	14	0,4
Total	10013	3451	100

Cabe realçar que em cada instituição hospitalar, o número de serviços onde foi autorizada a realização do estudo, determinou algumas diferenças na constituição da amostra, todavia houve representantes de todos os hospitais envolvidos.

Atendendo a que nas instituições hospitalares, os serviços adotavam designações muito distintas, de modo a facilitar a apresentação e interpretação dos dados, agrupámos os serviços em três categorias: Medicina e Especialidades Médicas, Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e, por fim, Medicina Intensiva e Urgência (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros pelos serviços

Serviços	n	%
Medicina e Especialidades Médicas	1526	44,2
Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas	1161	33,7
Medicina Intensiva e Urgência	764	22,1
Total	3451	100

Relativamente à distribuição dos enfermeiros pelos serviços onde exercem funções, constatámos o predomínio de enfermeiros nos serviços de medicina e especialidades médicas (44,2%), cirurgia e especialidades cirúrgicas (33,7%) e, por fim, medicina intensiva e urgência (22,1%).

1.3 Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados, foi usado o questionário de auto-preenchimento “Conceções e práticas dos enfermeiros: contributos para a qualidade dos cuidados” (Anexo A) constituído por quatro partes: Parte I – Caracterização do respondente; Parte II – Escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados; Parte III – Organização dos cuidados de enfermagem no hospital e no serviço e Parte IV – Conceções dos enfermeiros.

A escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados, construída e validada por Martins et al. (2016a), apresenta uma estrutura concetual organizada em sete dimensões: “satisfação do cliente” (3 itens), “promoção da saúde” (3 itens), “prevenção de complicações” (3 itens), “bem-estar e autocuidado” (4 itens), “readaptação funcional” (4 itens), “organização dos cuidados de enfermagem” (2 itens) e “responsabilidade e rigor” (6 itens). A escala de respostas do tipo *Likert* varia entre 1 e 4, sendo que 1 corresponde a “nunca”, 2 “poucas vezes”, 3 “às vezes” e 4 “sempre”.

Relativamente aos itens da escala, para além da análise descritiva, procedeu-se à análise da estrutura concetual (Vol. II - Anexo I), através da análise fatorial e da análise da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente de *Alfa de Cronbach*. Para a análise

fatorial empregou-se o método de análise de componentes principais, com recurso à rotação ortogonal segundo o método Varimax com normalização do tipo Kaiser, que produziu uma estrutura fatorial composta por seis fatores e não sete, como observada na escala original.

Decorrente da solução fatorial obtida, as dimensões “satisfação do cliente” e “promoção da saúde” saturavam no mesmo fator, concluindo-se que as atividades relacionadas com a promoção da saúde estão estreitamente ligadas às que proporcionam satisfação do cliente. Em relação às demais dimensões havia uma correspondência perfeita com os fatores, o que estava coerente com a escala original.

A Tabela 4 mostra a consistência interna geral da escala e das dimensões. O valor do *Alfa de Cronbach* para a escala global foi de 0,92, o que revela uma consistência interna da escala muito forte. Importa referir que valores de *Alfa de Cronbach* superiores a 0,70 são recomendáveis para assegurar a consistência interna de uma medida (Ribeiro, 2010; Pestana e Gageiro, 2014), sendo que apenas a dimensão “organização dos cuidados de enfermagem”, não atingiu esse valor, o que poderá ser justificado pelo facto de esta incluir apenas duas atividades.

Tabela 4 - Dimensões da escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados

Dimensões	<i>Alfa de Cronbach</i> no estudo atual	<i>Alfa de Cronbach</i> (Escala Original)
Satisfação do Cliente	0,80	0,74
Promoção da Saúde		0,74
Prevenção de Complicações	0,82	0,78
Bem-estar e Autocuidado	0,88	0,86
Readaptação Funcional	0,84	0,83
Organização dos Cuidados de Enfermagem	0,65	0,68
Responsabilidade e Rígor	0,81	0,86
Escala Total	0,92	0,94

Na terceira parte do questionário, tendo em consideração os elementos importantes face ao enunciado descritivo “organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2012a), foram formuladas questões relativas ao quadro de referências para o exercício profissional, ao sistema de melhoria contínua da qualidade, à política de formação contínua, no hospital e no serviço, bem como à metodologia de organização dos cuidados de enfermagem. Nas referidas questões, as opções de respostas variaram entre Sim, Não e Não Sei.

A quarta parte do questionário assenta em quatro escalas relativas às conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente de treze teóricas de enfermagem: Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegard Peplau, Imogene King, Callista Roy, Betty Neuman, Moyra Allen, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Madeleine

Leininger, Jean Watson e Afaf Meleis. Aquando do preenchimento do questionário, foi solicitado aos enfermeiros que expressassem a sua opinião sobre os enunciados de cada teórica de enfermagem, relativamente aos quatro conceitos metaparadigmáticos. A escala de respostas do tipo *Likert* variou entre 1 e 5, sendo que 1 correspondia a “está totalmente em desacordo com a minha prática”, 2 “está em desacordo com a minha prática”, 3 “não tenho opinião”, 4 “está de acordo com a minha prática” e 5 “está totalmente de acordo com a minha prática”.

Para além da análise descritiva, procedeu-se à análise da estrutura concetual, através da análise fatorial e da análise da consistência interna, pelo cálculo do coeficiente de *Alfa de Cronbach*. Para a análise fatorial, empregou-se o método das componentes principais, com recurso à rotação ortogonal segundo o método Varimax com normalização do tipo Kaiser, que relativamente às conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, produziu uma estrutura fatorial com três fatores (Vol. II - Anexos II, III, IV e V). A Tabela 5 mostra os resultados fatoriais obtidos, bem como as consistências internas de cada escala.

Tabela 5 - Escalas das conceções

ESCALAS SOBRE AS CONCEÇÕES	<i>Alfa de Cronbach</i>
CONCEÇÕES DE ENFERMAGEM	
Hildegard Peplau, Imogene King, Betty Neuman, Moyra Allen, Rosemarie Parse, Jean Watson	0,90
Dorothea Orem, Callista Roy, Martha Rogers, Madeleine Leininger, Afaf Meleis	0,73
Florence Nightingale, Virginia Henderson	0,44
Escala Total	0,87
CONCEÇÕES DE PESSOA	
Hildegard Peplau, Imogene King, Betty Neuman, Moyra Allen, Rosemarie Parse, Jean Watson	0,90
Dorothea Orem, Callista Roy, Martha Rogers, Madeleine Leininger, Afaf Meleis	0,77
Florence Nightingale, Virginia Henderson	0,40
Escala Total	0,88
CONCEÇÕES DE SAÚDE	
Hildegard Peplau, Imogene King, Betty Neuman, Moyra Allen, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Jean Watson	0,90
Dorothea Orem, Callista Roy, Madeleine Leininger, Afaf Meleis	0,73
Florence Nightingale, Virginia Henderson	0,60
Escala Total	0,89
CONCEÇÕES DE AMBIENTE	
Hildegard Peplau, Imogene King, Moyra Allen, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Jean Watson	0,90
Callista Roy, Betty Neuman, Madeleine Leininger, Afaf Meleis	0,79
Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem	0,60
Escala Total	0,89

Atendendo a que a construção de um questionário exige que o investigador tenha não só uma definição clara dos objetivos do estudo, como também uma ideia precisa da natureza dos dados a colher, aquando da sua elaboração, percorremos as etapas preconizadas por Fortin (2009): determinar qual a informação a recolher; constituir um banco de questões; formular as questões; ordenar as questões; redigir a introdução e as

diretrizes; submeter o esboço do questionário à revisão e, posteriormente, pré-testá-lo. Com o intuito de ser o mais similar possível com a amostra em estudo, a versão a ser alvo de pré-teste foi aplicada a 80 enfermeiros que se encontravam a frequentar os mestrados em Enfermagem de Reabilitação, em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Da realização do pré-teste não resultaram alterações significativas no conteúdo do questionário, houve, sim, uma reestruturação da ordem das questões.

1.4 Procedimentos de colheita e análise dos dados

Em abril de 2015, enviámos para todas as instituições hospitalares EPE uma carta, dirigida ao Conselho de Administração, dando a conhecer o estudo e solicitando a participação de cada uma delas. O processo inerente às autorizações variou entre as instituições, sendo que no final, o estudo foi aprovado pelas comissões de ética e respetivos conselhos de administração das 36 instituições hospitalares envolvidas e todas enquadradas no modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial (Vol. II - Anexo VI).

Os enfermeiros que exerciam funções nos serviços onde se realizou o estudo foram esclarecidos sobre os objetivos, bem como sobre os procedimentos inerentes à investigação, através de informação escrita disponibilizada no serviço ou por presença física do investigador. Ficou claro que a participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso viessem a ser prejudicados. Quando os indivíduos são convidados a integrar um estudo têm o direito de decidir livremente acerca da sua participação, não devendo ser utilizado nenhum meio coercivo para influenciar a sua decisão (Fortin, 2009). Tendo em consideração que a colheita de dados foi realizada “serviço a serviço”, os enfermeiros tiveram total autonomia para recusar ou consentir a sua participação, permitindo ou não a aplicação dos instrumentos.

Aos enfermeiros que aceitaram participar no estudo, foi solicitado que assinassem o consentimento informado (Anexo B), tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato na utilização e divulgação das informações obtidas.

A colheita de dados foi realizada entre os meses de julho de 2015 a janeiro de 2016. Assim, com a regularidade de duas a três vezes por semana, deslocámo-nos às diferentes instituições hospitalares para procedermos à referida colheita de dados.

Decorrente do plano definido, após a autorização de cada instituição hospitalar, a colheita de dados ocorreu, de acordo com o seguinte procedimento: deslocação do investigador a cada serviço onde o estudo foi autorizado, informação sobre o estudo ao enfermeiro gestor, esclarecimento de dúvidas e entrega dos questionários e consentimentos

informados. Para além dos questionários, em cada serviço foi deixada informação escrita sobre os objetivos do estudo, garantindo-se a possibilidade de esclarecimento de quaisquer dúvidas. Importa referir que três semanas após a entrega dos questionários, os mesmos eram recolhidos pelo investigador junto dos enfermeiros gestores.

Esta recolha de dados efetuada pelo investigador permitiu a vivência de experiências enriquecedoras, que ultrapassaram largamente os objetivos do estudo. A proximidade estabelecida com os contextos da prática hospitalar, com os enfermeiros gestores e, frequentemente com outros enfermeiros dos vários serviços por onde passámos, permitiu-nos ter uma maior compreensão da problemática em estudo. De facto, foram incomensuráveis os momentos de reflexão a respeito das práticas de enfermagem.

Os questionários usados no estudo foram desenhados utilizando o *software* TELEform (disponível na Escola Superior de Enfermagem do Porto), que, por sua vez, possibilitou que o processo de lançamento dos dados fosse automático. Após a leitura dos questionários, os dados ficaram armazenados numa base de dados ACCESS, tendo sido, posteriormente, verificados, com o intuito de despistar incoerências. Após esta fase, os dados foram exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

Para o tratamento dos dados, de acordo com a natureza das variáveis e os objetivos do estudo, recorreremos à estatística descritiva e inferencial. Nos testes estatísticos, foi utilizado um nível de confiança de 0,95 e um nível de significância de 0,05. Este último significa que um valor de p menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Aquando da análise dos dados, o teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para testar se as variáveis seguiam uma distribuição normal. Concluiu-se que uma variável não tinha distribuição normal para valores da estatística do teste baixos. O teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* foi usado para testar se duas amostras independentes tinham a mesma localização ou se, pelo contrário, uma das amostras era proveniente de uma distribuição situada mais à esquerda (ou mais à direita) do que a outra, isto é, se uma das amostras assumia valores geralmente inferiores (ou superiores) à outra. Para este efeito, formou-se a amostra combinada de todas as observações, isto é, juntaram-se as duas amostras como se formassem uma única amostra e ordenaram-se os valores na amostra combinada, sendo em seguida, calculada a estatística do teste. Quando essa estatística apresentava um valor elevado, concluiu-se que a amostra utilizada para a calcular assumia valores mais elevados do que a outra e vice-versa. Se nenhuma destas duas situações ocorreu, concluiu-se que as duas amostras não se distinguiam, relativamente à sua localização, ou seja, eram provenientes de distribuições que estavam muito próximas uma da outra.

Para testar contagens ou proporções em populações onde foram extraídas duas amostras emparelhadas com variáveis nominais dicotômicas, foi utilizado o teste de *McNemar*. Com as contagens dispostas em tabelas de contingência (2 x 2), pretendeu-se testar se as mudanças de estado ou condição eram aleatórias ou se, pelo contrário, a probabilidade de mudança de um estado para outro era igual, ou não, à probabilidade da mudança contrária. Concluiu-se que as mudanças de estado não eram aleatórias, se o valor da estatística do teste fosse elevado, ou seja, significativo, baseando-se na distribuição qui-quadrado.

Para comparar a localização de duas distribuições com amostras independentes, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*. Concluiu-se que existiam diferenças na localização das distribuições, para valores elevados da estatística do teste, recorrendo à distribuição qui-quadrado. O uso deste teste permitiu identificar a existência de diferenças no grau de concordância com as conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, nas cinco regiões do país.

Uma vez que a resposta (o grau de concordância com as conceções) é uma variável qualitativa ordinal, pois assume categorias ordenadas: “Está totalmente em desacordo com a minha prática”, “Está em desacordo com a minha prática”, “Não tenho opinião”, “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática”, com o intuito de identificar quais os atributos de caracterização que afetavam o grau de concordância, foram utilizados modelos de regressão logística acumulados para respostas ordinais ou modelos de regressão ordinal. Estes modelos permitiram concluir quais os atributos de caracterização que influenciavam significativamente o grau de concordância e em que sentido. Designando o grau de concordância por Y e as variáveis explicativas por X_2, \dots, X_k a expressão do modelo é:

$$P(Y \leq j) = \frac{e^{\beta_1 - \beta_2 X_2 - \dots - \beta_k X_k}}{1 + e^{\beta_1 - \beta_2 X_2 - \dots - \beta_k X_k}}$$

Neste modelo, $j = 1, 2, 3, 4, 5$, designa cada uma das categorias, desde “Está totalmente em desacordo com a minha prática” a “Está totalmente de acordo com a minha prática” e P representa a probabilidade. A partir da estimação destas probabilidades acumuladas, foi possível concluir quais as variáveis explicativas que influenciavam a variável explicada e em que sentido. Para a seleção das variáveis explicativas a reter no modelo, procedeu-se à eliminação do modelo das variáveis cujo parâmetro estimado não era estatisticamente significativo, tendo-se feito uma seleção “backward” baseada no teste de *Wald*. Assim, iniciou-se o procedimento com o modelo completo e a remoção das variáveis do modelo foi feita a partir da significância do teste de *Wald* dos respetivos parâmetros estimados, adotando-se um nível de significância de 0,05.

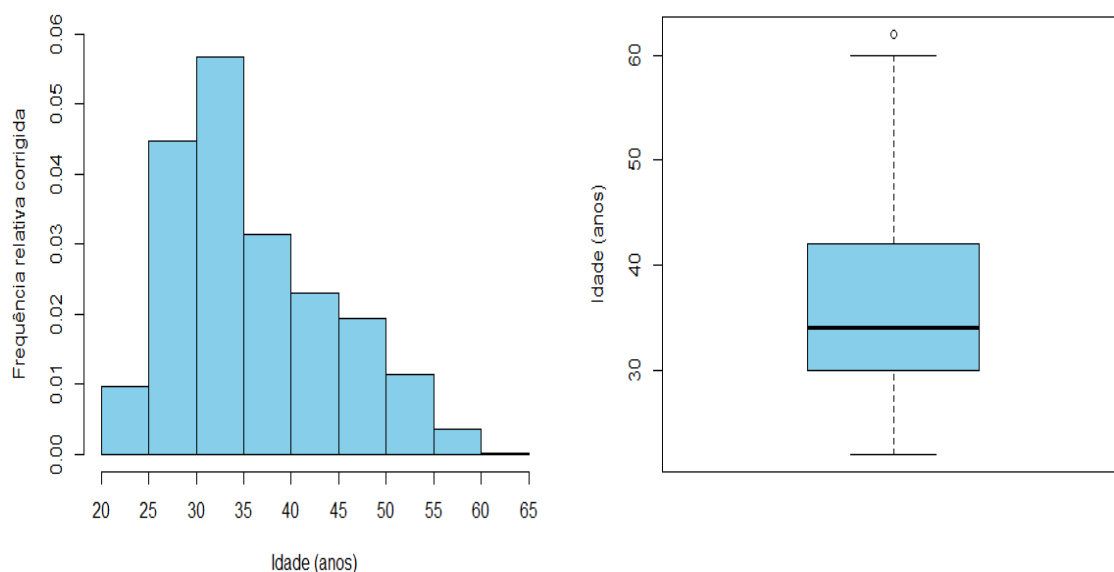
2. DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS AOS PADRÕES DE QUALIDADE

Uma vez descritas as opções metodológicas deste estudo, este é o momento de apresentarmos os resultados obtidos. A exposição dos dados é feita através de tabelas, figuras e gráficos, onde o título de cada um deles define o tipo de resultados apresentado. A análise descritiva antecede sempre a tabela, a figura ou o gráfico. Omitir-se-á sistematicamente a fonte, o local e a data dos dados apresentados, uma vez que os mesmos dizem respeito aos dados colhidos, através dos instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo e já identificados anteriormente.

Atendendo aos objetivos e às questões de investigação formuladas, procedemos à apresentação dos resultados na sequência com que foram enunciados. Assim, após descrevermos o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo, enunciamos as conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente mais consensuais entre os enfermeiros, no contexto nacional e, em seguida, nas diferentes regiões de Portugal continental. Posteriormente, apresentamos a influência das condições sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na concordância com as conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. E, por fim, expomos a perceção dos enfermeiros relativamente à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Relativamente ao perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, verificamos que dos 3451 enfermeiros, a grande maioria é do **género** feminino (77,1%).

A distribuição das **idades** é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,68), o que significa que predominam as idades mais baixas. Sendo a idade mínima de 22 anos, o número de enfermeiros com idade até 25 anos é muito reduzido e regista-se um grande aumento desse número a partir daí até aos 35 anos (Gráfico 1). Após esta idade, o número de enfermeiros vai diminuindo gradualmente até atingir a idade máxima de 62 anos (existindo apenas dois enfermeiros com esta idade). Assim, a idade média é 36,4 anos (com um desvio padrão de 8,3), superior à mediana, que é 34 anos (ou seja, metade dos enfermeiros tem idade até 34 anos), o 1º quartil é 30 anos (ou seja, um quarto dos enfermeiros tem idade até 30 anos) e o 3º quartil é 42 anos (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm idade até 42 anos), o que mostra que as idades se concentram nos valores mais baixos, até aos 34 anos. Em resultado, a dispersão é reduzida, refletida no valor do coeficiente de variação (22,7%).

Gráfico 1 - Representação da idade dos participantes


O **estado civil** maioritário é casado/união de facto (61,1%), seguindo-se o de solteiro (33,8%), o de divorciado (4,7%) e o de viúvo (0,3%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Estado civil dos participantes

Estado civil	n	%
Solteiro	1168	33,8
Casado/União facto	2109	61,1
Divorciado	163	4,7
Viúvo	11	0,3
Total	3451	100

Em relação à **condição em que exercem a profissão** (Tabela 7), a maioria são enfermeiros (76,3%), seguindo-se os enfermeiros especialistas/especializados (19,9%) e os enfermeiros gestores/chefes (3,8%)

Tabela 7 - Condição em que exercem a profissão

Condição em que exercem a profissão	n	%
Enfermeiro	2633	76,3
Enfermeiro especialista/especializado	686	19,9
Enfermeiro gestor/chefe	132	3,8
Total	3451	100

Relativamente aos enfermeiros, a distribuição do **tempo de exercício profissional** é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,76), pelo que predominam os tempos baixos e intermédios. Com efeito, o tempo médio é de pouco mais de 12 anos, a mediana é de apenas 10 anos e o 3º quartil de 18 anos, sendo o máximo de 39 anos e

o mínimo de 1 ano. As grandes diferenças encontradas levam a uma forte dispersão, refletida no coeficiente de variação (63,0%).

A distribuição do tempo de exercício profissional dos enfermeiros especialistas/especializados é também assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,45), pelo que predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é de cerca de 16 anos, a mediana é de 14 anos e o 3º quartil de 21 anos, sendo o máximo de 37 anos e o mínimo de 1 ano. As grandes diferenças encontradas levam a uma dispersão elevada, refletida no coeficiente de variação (45,9%).

A distribuição do tempo de exercício profissional dos enfermeiros gestores/chefes é assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -0,63), pelo que predominam os tempos intermédios e elevados. O tempo médio é de cerca de 27 anos, a mediana é de 29 anos e o 3º quartil de 31 anos, sendo o máximo de 38 anos e o mínimo de 1 ano. A concentração nos valores elevados leva a uma dispersão baixa, refletida no coeficiente de variação (22,6%).

Na Tabela 8, apresentamos os dados relativos ao tempo de exercício profissional.

Tabela 8 - Caracterização do tempo de exercício profissional

Coefficientes	Enfermeiro	Enfermeiro especialista/ especializado	Enfermeiro gestor/chefe
Mínimo	1	1	11
Máximo	39	37	38
Média	12,2	15,7	27,2
1º Quartil	6	10	23
Mediana	10	14	29
3º Quartil	18	21	31
Coeficiente de assimetria	0,76	0,45	-0,63
Desvio padrão	7,7	7,2	6,2
Coeficiente de variação	63,0%	45,9%	22,6%

Para comparar os tempos das três categorias dos enfermeiros, testou-se primeiro a normalidade do tempo de exercício profissional através do teste de *Shapiro-Wilk*, tendo-se rejeitado a hipótese de normalidade nas três categorias (valor de $p < 0,001$). Consequentemente, recorreu-se ao teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (amostras independentes) e o valor de p em todas as comparações foi $< 0,001$, pelo que se conclui que o tempo de exercício profissional dos enfermeiros gestores/chefes é o mais elevado, seguindo-se o dos enfermeiros especialistas/especializados e, por fim, o dos enfermeiros. Em relação ao **tempo de exercício profissional no atual serviço**, nos enfermeiros, a distribuição é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,94), pelo que predominam os tempos baixos e intermédios. Com efeito, o tempo médio é de 8,5 anos, a mediana é de apenas 7 anos e o 3º quartil de 12 anos, sendo o máximo de 39 anos e o

mínimo de 1 ano. As grandes diferenças encontradas levam a uma forte dispersão, refletida no coeficiente de variação (80,2%).

Quanto aos enfermeiros especialistas/especializados, a distribuição do tempo de exercício profissional no atual serviço também é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,69), pelo que predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é de cerca de 10 anos, a mediana é de 9 anos e o 3º quartil de 14 anos, sendo o máximo de 32 anos e o mínimo de 1 ano. As grandes diferenças encontradas levam a uma dispersão elevada, refletida no coeficiente de variação (70,8%).

A distribuição do tempo de exercício profissional no atual serviço dos enfermeiros gestores/chefes é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,75), pelo que predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é de cerca de 10 anos, a mediana é de 9 anos e o 3º quartil de 15 anos, sendo o máximo de 29 anos e o mínimo de 1 ano. As grandes diferenças encontradas levam a uma dispersão elevada, refletida no coeficiente de variação (76,0%).

Na Tabela 9, sintetizamos os achados relativos ao tempo de exercício profissional no atual serviço.

Tabela 9 - Caracterização do tempo de exercício profissional no atual serviço

Coeficientes	Enfermeiro	Enfermeiro especialista / especializado	Enfermeiro gestor/chefe
Mínimo	1	1	1
Máximo	39	32	29
Média	8,5	9,7	9,8
1º Quartil	3	4	3
Mediana	7	9	9
3º Quartil	12	14	15
Coeficiente de assimetria	0,94	0,69	0,75
Desvio padrão	6,8	6,9	7,4
Coeficiente de variação	80,2%	70,8%	76,0%

Para comparar os tempos das três categorias dos enfermeiros, testou-se primeiro a normalidade do tempo de exercício profissional no atual serviço através do teste de *Shapiro-Wilk*, tendo-se rejeitado a hipótese de normalidade nas três categorias (valor de $p < 0,001$). Posteriormente, recorrendo ao teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (amostras independentes), utilizou-se a correção de Bonferroni para as comparações dos tempos médios, de que resulta um nível de significância ajustado de 0,017. O valor de p resultante da comparação entre os tempos dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas/especializados é $< 0,001$, pelo que se conclui que os tempos dos primeiros são inferiores. O valor de p resultante da comparação entre os tempos dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores/chefes é de 0,046, superior a 0,017, pelo que se conclui que não existem diferenças entre estes tempos. De forma semelhante, o valor de p resultante

da comparação entre os tempos dos enfermeiros especialistas/especializados e dos enfermeiros gestores/chefes é 0,85, superior a 0,017, pelo que se conclui que não existem diferenças entre esses tempos.

A distribuição do tempo de exercício profissional na área da especialidade dos enfermeiros especialistas/especializados e na área da gestão dos enfermeiros gestores/chefes encontram-se na Tabela 10.

Relativamente aos enfermeiros especialistas/especializados, a distribuição do **tempo de exercício profissional na área da especialidade** é fortemente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 1,7), pelo que predominam largamente os tempos baixos. Com efeito, o tempo médio é de apenas cerca de 4 anos, o 1º quartil é de 1 ano, a mediana é também de apenas 1 ano e o 3º quartil de 6 anos, sendo o máximo de 23 anos e o mínimo de 0 anos. Na realidade, observa-se um elevado número de enfermeiros com 0 anos de exercício profissional na área da especialidade (297 enfermeiros ou 43,3%), o que significa que perto de metade dos especialistas não exerce atividade profissional na área da especialidade. Contrastando com estes, existem outros com tempos elevados, o que conduz a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (135,1%).

A distribuição do **tempo de exercício profissional na área da gestão** dos enfermeiros gestores/chefes é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0,41), pelo que predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é de cerca de 11 anos, o primeiro quartil é de 5 anos, a mediana é de 10 anos e o 3º quartil de 15 anos, sendo o máximo de 29 anos e o mínimo de 1 ano. As grandes diferenças encontradas levam a uma dispersão elevada, refletida no coeficiente de variação (61,9%).

Tabela 10 - Caracterização do tempo de exercício profissional nas áreas de especialidade/gestão

Coeficientes	Enfermeiro Especialista / Especializado	Enfermeiro gestor/chefe
Mínimo	0	1
Máximo	23	29
Média	3,7	10,8
1º Quartil	0	5
Mediana	1	10
3º Quartil	6	15
Coeficiente de assimetria	1,7	0,41
Desvio padrão	5,0	6,7
Coeficiente de variação	135,1%	61,9%

Para comparar os tempos destas categorias de enfermeiros, testou-se primeiro a normalidade do tempo de exercício profissional na área através do teste de *Shapiro-Wilk*, tendo-se rejeitado a hipótese de normalidade nas duas categorias (valor de $p < 0,001$). Recorrendo ao teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (amostras independentes), o valor de p

resultante da comparação entre os tempos das duas categorias de enfermeiros é $<0,001$, pelo que se conclui que o tempo de exercício profissional na área é superior para os enfermeiros gestores/chefes.

A área da especialidade dos enfermeiros especialistas/especializados e dos enfermeiros gestores/chefes está apresentada na Tabela 11. Relativamente aos especialistas/especializados, verifica-se que predomina a Enfermagem de Reabilitação (44,6%), seguindo-se a Enfermagem Médico-Cirúrgica (37,8%), a Enfermagem Comunitária (8,0%), a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (5,4%), a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (2,5%) e a Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria (1,7%).

Em relação aos enfermeiros gestores/chefes, refira-se que, dos 132 enfermeiros com esta condição, 67 enfermeiros (50,8%) têm especialidade, predominando a Enfermagem Médico-Cirúrgica (40,3%), a Enfermagem de Reabilitação (32,8%), a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (13,4%), a Enfermagem Comunitária (9,0%) e a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (4,5%). Observam-se portanto diferenças entre as áreas de especialidade dos enfermeiros especialistas/especializados e dos enfermeiros gestores/chefes.

Tabela 11 - Área da especialidade dos participantes

Área de Especialidade	Enfermeiro especialista / especializado		Enfermeiro gestor/chefe	
	n	%	n	%
Enfermagem de Reabilitação	306	44,6	22	32,8
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	17	2,5	3	4,5
Enfermagem Médico-Cirúrgica	259	37,8	27	40,3
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	37	5,4	9	13,4
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria	12	1,7	0	0,0
Enfermagem Comunitária	55	8,0	6	9,0
Total	686	100	67	100

Relativamente ao **grau académico** dos enfermeiros (Tabela 12), a licenciatura é largamente maioritária (88,0%), seguindo-se o mestrado (10,7%), o bacharelato (1,1%) e o doutoramento (0,2%).

Tabela 12 - Grau académico dos participantes

Grau	n	%
Bacharelato	38	1,1
Licenciatura	3037	88,0
Mestrado	369	10,7
Doutoramento	7	0,2
Total	3451	100

Decorrente da análise dos dados, registou-se a existência de 68 mestrados diferentes, onde se destacaram a Enfermagem Médico-Cirúrgica (21,1%), a Enfermagem de Reabilitação (13,6%), a Enfermagem (6,8%), a Enfermagem Comunitária (4,9%), as Ciências de Enfermagem (4,6%) e, com igual percentagem, os Cuidados Paliativos e a Gestão de Unidades de Saúde (4,3%). Atendendo ao valor percentual, os restantes mestrados têm pouca importância. Entre os sete enfermeiros com doutoramento, existem dois doutorados em Enfermagem, dois em Ciências da Saúde, um em Didática e Formação, um em Gerontologia e um em Psicologia da Saúde.

Por fim, existem ainda 363 enfermeiros com outros cursos, dos quais 301 enfermeiros (82,9%) têm um curso, 54 enfermeiros (14,9%) têm dois cursos e 8 enfermeiros (2,2%) têm três cursos. A enorme variedade desses cursos torna impraticável a sua apresentação neste relatório. Regista-se um forte predomínio das pós-graduações (também com grande diversidade) e diferentes licenciaturas, a par de cursos no âmbito de áreas temáticas específicas.

Quando questionados acerca da **formação no âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**, apenas 1377 enfermeiros (39,9%) referem ter tido essa formação, o que significa que a maioria (quase 60%) não teve.

Relativamente aos enfermeiros que tiveram formação, a distribuição do tempo de formação é fortemente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 7,5), o que significa que predominam os tempos mais baixos. Sendo o mínimo de 1 hora, regista-se uma fortíssima concentração nos tempos mais baixos e a existência de um número muito reduzido de enfermeiros com tempos elevados ou mesmo intermédios, sendo o máximo de 300 horas (Tabela 13). Com efeito, o tempo médio é de cerca de 14 horas, mas a mediana é de apenas 8 horas, o 1º quartil é de 6 horas e o 3º quartil é de 16 horas, o que mostra que os tempos se concentram nos valores mais baixos. No entanto, uma vez que, a par desta concentração, existem alguns tempos muito elevados, a dispersão é muito grande, refletida no valor do coeficiente de variação (154,3%).

Tabela 13 - Caracterização do tempo de formação

Coeficientes	Horas de Formação
Mínimo	1
Máximo	300
Média	13,6
1º Quartil	6
Mediana	8
3º Quartil	16
Coeficiente de assimetria	7,5
Desvio padrão	21
Coeficiente de variação	154,3%

Em síntese, os participantes do estudo são, maioritariamente, enfermeiras, com idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos, casados/união de facto, cujo grau académico é a licenciatura e sem formação no âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Em relação aos enfermeiros especialistas/especializados, predominou a pós-licenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação.

2.1 Conceções em análise

Uma vez apresentado o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros, este é o momento de perceber a sua concordância relativamente às conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente.

Importa lembrar que, de acordo com o instrumento que usámos, era solicitado aos enfermeiros que expressassem a sua opinião sobre os enunciados de treze teóricas de enfermagem, relativamente aos quatro conceitos metaparadigmáticos.

A escala de respostas do tipo *Likert* variava entre 1 e 5, sendo que 1 correspondia a “está totalmente em desacordo com a minha prática”, 2 “está em desacordo com a minha prática”, 3 “não tenho opinião”, 4 “está de acordo com a minha prática” e 5 “está totalmente de acordo com a minha prática”.

No que concerne às **conceções de enfermagem**, relativamente ao pressuposto *a enfermagem é um serviço à humanidade, que consiste em pôr a pessoa doente ou sã nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa restabelecer ou preservar a saúde (Florence Nightingale)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (45,6%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (22,7%), “Não tenho opinião” (16,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (14,4%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (1,0%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado ou mesmo um pouco elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 68,3% dos enfermeiros).

No que se refere ao enunciado *a enfermagem caracteriza-se pela assistência à pessoa doente ou sã, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários, com o fim de conservar ou restabelecer a independência na satisfação das suas necessidades fundamentais (Virginia Henderson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (54,8%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (36,0%), “Não tenho opinião” (6,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que

“Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 90,8% dos enfermeiros).

Em relação ao pressuposto *a enfermagem é uma arte que se caracteriza pela assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado (Dorothea Orem)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (52,8%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (27,2%), “Não tenho opinião” (14,1%), “Está em desacordo com a minha prática” (5,1%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,9%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 80,0% dos enfermeiros).

Relativamente ao enunciado *a enfermagem baseia-se num processo interpessoal, significativo e terapêutico, que funciona em cooperação com outros processos humanos, tornando a saúde possível para os indivíduos (Hildegard Peplau)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (47,2%), seguindo-se “Não tenho opinião” (28,0%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (14,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (9,9%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 61,8% dos enfermeiros).

No que se refere ao pressuposto *a enfermagem é um processo interpessoal de ação, reação, interação e transação, cujo objetivo é ajudar os indivíduos a preservar a sua saúde, de modo a que possam desempenhar as suas funções (Imogene King)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (46,2%), seguindo-se “Não tenho opinião” (30,4%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (12,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (10,6%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 58,6% dos enfermeiros).

Em relação ao enunciado *a enfermagem é uma ciência que se centra nos processos de vida humanos e nas capacidades de adaptação da pessoa, enfatizando a promoção da saúde, a estabilidade, a homeostasia e a qualidade de vida (Callista Roy)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (59,4%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (24,3%), “Não tenho opinião” (14,2%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,0%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-

se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 83,7% dos enfermeiros).

No que concerne ao pressuposto *a enfermagem é uma profissão única, cuja intervenção está orientada para a integridade da pessoa, na medida em que se interessa por todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stresse, com a finalidade de reduzir os seus efeitos (Betty Neuman)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (43,9%), seguindo-se “Não tenho opinião” (31,5%), “Está em desacordo com a minha prática” (13,6%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (10,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,6%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 54,2% dos enfermeiros).

Quanto ao enunciado *a enfermagem é uma ciência, cuja intervenção está orientada para a promoção da saúde na família e dos seus membros, pela ativação dos processos de aprendizagem e influência mútua (Moyra Allen)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (44,8%), seguindo-se “Não tenho opinião” (33,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (11,7%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (9,5%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,6%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 54,3% dos enfermeiros).

Relativamente ao pressuposto *a enfermagem é uma profissão aprendida, uma ciência e uma arte, cuja centralidade reside na preocupação pelas pessoas e pelo mundo em que vivem, visando promover a sua saúde, a harmonia e o bem-estar (Martha Rogers)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (56,2%), seguindo-se “Não tenho opinião” (24,3%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (14,7%), “Está em desacordo com a minha prática” (4,5%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é um pouco elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 70,9% dos enfermeiros).

Em relação ao enunciado *a enfermagem, ciência e arte centrada na visão de que o ser humano é um ser unitário e livre para fazer escolhas em todas as situações, orienta os seres humanos em direção às maneiras de ser, encontrar significados nas situações, escolher modos de co-criar a sua própria saúde e viver a verdadeira presença na rotina da vida pessoal (Rosemarie Parse)*, “Está de acordo com a minha prática” é a resposta mais frequente (38,4%), seguindo-se “Não tenho opinião” (37,1%), “Está em desacordo com a minha prática” (13,7%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (10,2%) e

“Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,6%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é um pouco baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 48,6% dos enfermeiros).

No que se refere ao enunciado *a enfermagem, enquanto ciência e arte humanista aprendida, está centrada nos fenômenos do cuidar humano e nas atividades de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas e benéficas, ou para ajudar as pessoas a enfrentar as deficiências ou a morte (Madeleine Leininger)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (58,6%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (25,6%), “Não tenho opinião” (13,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,0%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 84,2% dos enfermeiros).

Relativamente ao pressuposto *a enfermagem é uma arte e uma ciência humana do cuidar, cujos processos transpessoais estão dirigidos à promoção da harmonia "corpo-alma-espírito" (Jean Watson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (44,4%), seguindo-se “Não tenho opinião” (30,0%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (13,0%), “Está em desacordo com a minha prática” (11,8%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,8%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 57,4% dos enfermeiros).

No que concerne ao enunciado *a enfermagem é uma ciência que está relacionada com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção; nesta perspetiva, o desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar (Afaf Meleis)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (51,8%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (29,3%), “Não tenho opinião” (16,5%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,1%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 81,1% dos enfermeiros).

Em resumo, no que se refere ao conceito de enfermagem, as conceções, que segundo os enfermeiros estão mais de acordo com a sua prática, são as conceções de Virginia

Henderson (90,8%), de Madeleine Leininger (84,2%), de Callista Roy (83,7%), de Afaf Meleis (81,1%) e de Dorothea Orem (80,0%). Pelo contrário, a conceção de Rosemarie Parse destaca-se como a que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Importa referir que os enfermeiros identificaram como “totalmente de acordo com a sua prática” as conceções de Virginia Henderson (36,0%), de Afaf Meleis (29,3%), de Dorothea Orem (27,2%), de Madeleine Leininger (25,6%) e de Callista Roy (24,3%). A Tabela 14 mostra a frequência das respostas dos enfermeiros à escala das conceções de enfermagem. Salienta-se que relativamente às conceções, apenas aparece indicado na tabela o nome da Teórica.

Tabela 14 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem

Conceções de Enfermagem	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	33	1,0	496	14,4	566	16,4	1572	45,6	784	22,7	3451	100
Virginia Henderson	9	0,3	80	2,3	228	6,6	1891	54,8	1243	36,0	3451	100
Dorothea Orem	31	0,9	175	5,1	485	14,1	1822	52,8	938	27,2	3451	100
Hildegard Peplau	9	0,3	343	9,9	967	28,0	1629	47,2	503	14,6	3451	100
Imogene King	12	0,3	367	10,6	1049	30,4	1595	46,2	428	12,4	3451	100
Callista Roy	4	0,1	69	2,0	491	14,2	2050	59,4	837	24,3	3451	100
Betty Neuman	21	0,6	471	13,6	1088	31,5	1514	43,9	357	10,3	3451	100
Moyra Allen	20	0,6	404	11,7	1154	33,4	1545	44,8	328	9,5	3451	100
Martha Rogers	11	0,3	155	4,5	837	24,3	1941	56,2	507	14,7	3451	100
Rosemarie Parse	22	0,6	473	13,7	1280	37,1	1325	38,4	351	10,2	3451	100
Madeleine Leininger	9	0,3	69	2,0	470	13,6	2021	58,6	882	25,6	3451	100
Jean Watson	26	0,8	406	11,8	1037	30,0	1533	44,4	449	13,0	3451	100
Afaf Meleis	11	0,3	73	2,1	571	16,5	1786	51,8	1010	29,3	3451	100

No que se refere às **conceções de pessoa**, relativamente ao pressuposto *a pessoa, enquanto doente, é constituída por aspetos físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais (Florence Nightingale)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (43,8%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (30,0%), “Não tenho opinião” (14,0%), “Está em desacordo com a minha prática” (11,8%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 73,8% dos enfermeiros).

Em relação ao enunciado *a pessoa é um ser biológico, psicológico e social, que precisa de assistência para obter a saúde e a independência na satisfação das necessidades fundamentais (Virginia Henderson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta majoritária (52,7%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (40,1%), “Não tenho opinião” (5,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,6%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 92,8% dos enfermeiros).

No que concerne ao pressuposto *a pessoa é um todo integral que funciona biológica, simbólica e socialmente e que apresenta exigências de autocuidado universais, de desenvolvimento e relacionadas com desvios de saúde (Dorothea Orem)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta majoritária (55,3%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (26,8%), “Não tenho opinião” (15,3%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,4%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 82,1% dos enfermeiros).

No que se refere ao enunciado *a pessoa é um ser biopsicossocial e espiritual em desenvolvimento constante (Hildegard Peplau)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (46,3%), seguindo-se “Não tenho opinião” (29,8%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (20,7%), “Está em desacordo com a minha prática” (3,0%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 67,0% dos enfermeiros).

Em relação ao pressuposto *a pessoa é um sistema aberto em transação com o ambiente, possuindo capacidade de perceber, pensar, sentir, conhecer, fazer escolhas e selecionar as alternativas (Imogene King)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (46,3%), seguindo-se “Não tenho opinião” (27,8%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (17,2%), “Está em desacordo com a minha prática” (8,4%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 63,5% dos enfermeiros).

Relativamente ao enunciado *a pessoa humana é um sistema de adaptação holístico. Enquanto sistema de adaptação, o sistema humano é descrito como um todo com partes*

que funcionam como uma unidade, possuindo capacidades de pensar e de sentir, através das quais se ajusta eficazmente às mudanças no ambiente (Callista Roy), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (56,5%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (22,8%), “Não tenho opinião” (18,2%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 79,3% dos enfermeiros).

No que concerne ao pressuposto *a pessoa é um ser fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual, capaz de se desenvolver como um todo integral* (Betty Neuman), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (48,3%), seguindo-se “Não tenho opinião” (32,0%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (17,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,2%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 65,7% dos enfermeiros).

No que se refere ao enunciado *a pessoa, enquanto participante ativo de uma família ou grupo social, é capaz de aprender com as suas experiências* (Moyra Allen), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (46,1%), seguindo-se “Não tenho opinião” (30,5%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (14,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (8,6%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 60,5% dos enfermeiros).

Em relação ao pressuposto *a pessoa, enquanto ser humano unitário e irreduzível, é um todo unificado, possuindo a sua própria integridade e manifestando características que são mais do que e diferentes da soma das suas partes* (Martha Rogers), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (52,8%), seguindo-se “Não tenho opinião” (28,6%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (14,8%), “Está em desacordo com a minha prática” (3,5%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 67,6% dos enfermeiros).

Relativamente ao enunciado *a pessoa é um ser intencional presente, envolvido e aberto para o mundo, escolhendo livremente o significado da situação e assumindo a responsabilidade pelas decisões* (Rosemarie Parse), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (42,7%), seguindo-se “Não tenho opinião” (34,2%),

“Está totalmente de acordo com a minha prática” (12,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (10,0%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,5%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 55,3% dos enfermeiros).

No que concerne ao pressuposto *a pessoa é um ser que não pode ser dissociado da sua bagagem cultural (Madeleine Leininger)*, “Está de acordo com a minha prática” é a resposta maioritária (59,0%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (26,0%), “Não tenho opinião” (12,5%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 85,0% dos enfermeiros).

No que diz respeito ao enunciado *a pessoa é definida como uma forma de vida que cresce, compreendendo o corpo, a alma e o espírito (Jean Watson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (45,6%), seguindo-se “Não tenho opinião” (35,7%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (14,0%), “Está em desacordo com a minha prática” (4,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 59,6% dos enfermeiros).

Em relação ao pressuposto *a pessoa é um ser humano com necessidades que está em constante interação com o meio envolvente; apresenta capacidade para se adaptar às alterações, mas devido à doença, risco ou vulnerabilidade a potencial doença, experimenta ou fica em risco de experimentar um desequilíbrio que se manifesta por dificuldade em satisfazer as suas necessidades, incapacidade para tomar conta de si mesmo e por respostas não adaptativas (Afaf Meleis)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (51,3%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (37,2%), “Não tenho opinião” (10,5%), “Está em desacordo com a minha prática” (0,9%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 88,5% dos enfermeiros).

Em síntese, quanto ao conceito de pessoa, as conceções que segundo os enfermeiros estão mais de acordo com a sua prática, são as conceções de Virginia Henderson (92,8%), de Afaf Meleis (88,5%), de Madeleine Leininger (85,0%), de Dorothea Orem (82,1%) e de Callista Roy (79,3%). Pelo contrário, a conceção de Rosemarie Parse

destaca-se como a que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Regista-se uma acentuada semelhança com o padrão das respostas relativas às conceções de enfermagem. Importa referir que os enfermeiros identificaram como “totalmente de acordo com a sua prática” as conceções de Virginia Henderson (40,1%), de Afaf Meleis (37,2%), de Florence Nightingale (30,0%), de Dorothea Orem (26,8%) e de Madeleine Leininger (26,0%).

A Tabela 15 mostra a frequência das respostas dos enfermeiros à escala das conceções de pessoa. Relativamente às conceções apenas aparece indicado na tabela o nome da Teórica.

Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de pessoa

Conceções de Pessoa	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	12	0,3	408	11,8	483	14,0	1512	43,8	1036	30,0	3451	100
Virginia Henderson	5	0,1	55	1,6	188	5,4	1820	52,7	1383	40,1	3451	100
Dorothea Orem	6	0,2	84	2,4	529	15,3	1907	55,3	925	26,8	3451	100
Hildegard Peplau	5	0,1	105	3,0	1027	29,8	1599	46,3	715	20,7	3451	100
Imogene King	10	0,3	291	8,4	958	27,8	1599	46,3	593	17,2	3451	100
Callista Roy	8	0,2	79	2,3	629	18,2	1949	56,5	786	22,8	3451	100
Betty Neuman	5	0,1	76	2,2	1104	32,0	1666	48,3	600	17,4	3451	100
Moyra Allen	14	0,4	296	8,6	1054	30,5	1591	46,1	496	14,4	3451	100
Martha Rogers	11	0,3	120	3,5	988	28,6	1822	52,8	510	14,8	3451	100
Rosemarie Parse	16	0,5	345	10,0	1181	34,2	1474	42,7	435	12,6	3451	100
Madeleine Leininger	7	0,2	80	2,3	431	12,5	2037	59,0	896	26,0	3451	100
Jean Watson	15	0,4	148	4,3	1231	35,7	1573	45,6	484	14,0	3451	100
Afaf Meleis	2	0,1	31	0,9	364	10,5	1769	51,3	1285	37,2	3451	100

No que concerne às **conceções de saúde**, relativamente ao enunciado *a saúde é caracterizada pela ausência de doença e pela capacidade de utilizar plenamente os recursos (Florence Nightingale)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (45,1%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (18,8%), “Está em desacordo com a minha prática” (16,8%), “Não tenho opinião” (16,8%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (2,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 63,9% dos enfermeiros).

Quanto ao pressuposto *a saúde refere-se à capacidade da pessoa atuar de forma independente em relação às necessidades fundamentais (Virginia Henderson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (54,4%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (26,3%), “Não tenho opinião” (12,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (5,9%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,8%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 80,7% dos enfermeiros).

No que concerne ao enunciado *a saúde significa ser estrutural e funcionalmente completo e integrado, sendo que a saúde humana é a capacidade de refletir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar com os outros, evidenciando independência para o autocuidado (Dorothea Orem)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (55,6%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (25,2%), “Não tenho opinião” (15,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (3,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 80,8% dos enfermeiros).

No que se refere ao pressuposto *a saúde é uma representação do movimento contínuo da personalidade e de outros processos humanos, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Hildegard Peplau)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (44,8%), seguindo-se “Não tenho opinião” (37,8%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (12,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (4,7%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 57,2% dos enfermeiros).

Relativamente ao enunciado *a saúde é definida como experiência dinâmica da vida de um ser humano, que induz o ajuste contínuo aos stressores do ambiente interno e externo, através do uso ideal dos recursos da pessoa para atingir o potencial máximo para a vida diária (Imogene King)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (46,7%), seguindo-se “Não tenho opinião” (31,8%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (13,2%), “Está em desacordo com a minha prática” (8,1%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 59,9% dos enfermeiros).

Em relação ao pressuposto *a saúde é um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa integral e completa; é o reflexo do esforço constante realizado pela pessoa, em interação com o ambiente, para alcançar o máximo potencial de adaptação* (Callista Roy), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta majoritária (56,4%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (20,8%), “Não tenho opinião” (19,9%), “Está em desacordo com a minha prática” (2,6%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 77,2% dos enfermeiros).

No que se refere ao enunciado *a saúde é vista como um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança, sendo que a saúde e a doença estão em extremidades opostas; a saúde é a condição em que todas as partes e subpartes do sistema estão em harmonia com o sistema do cliente* (Betty Neuman), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta majoritária (51,2%), seguindo-se “Não tenho opinião” (30,3%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (13,0%), “Está em desacordo com a minha prática” (5,1%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,5%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 64,2% dos enfermeiros).

Relativamente ao pressuposto *a saúde é um processo social que reafirma os atributos interpessoais aprendidos e desenvolvidos com o tempo* (Moyra Allen), “Não tenho opinião” foi a resposta mais frequente (42,7%), seguindo-se “Está de acordo com a minha prática” (35,1%), “Está em desacordo com a minha prática” (12,1%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (8,9%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (1,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 44,0% dos enfermeiros).

Em relação ao enunciado *a saúde é um valor e um processo contínuo de intercâmbios energéticos que favorecem a expressão de um máximo potencial de vida* (Martha Rogers), “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (41,0%), seguindo-se “Não tenho opinião” (35,9%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (11,2%), “Está em desacordo com a minha prática” (11,2%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,7%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado ou um pouco baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 52,2% dos enfermeiros).

Quanto ao pressuposto *a saúde reflete uma maneira de estar no mundo, de viver o dia-a-dia, não sendo uma seqüência da saúde para a doença, nem uma dicotomia da saúde ou doença (Rosemarie Parse)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (39,5%), seguindo-se “Não tenho opinião” (37,0%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” e “Está em desacordo com a minha prática” (11,4% cada) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,6%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado ou um pouco baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 50,9% dos enfermeiros).

No que diz respeito ao enunciado *a saúde refere-se a uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e padronizados (Madeleine Leininger)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (58,0%), seguindo-se “Não tenho opinião” (19,1%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (18,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (4,0%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 76,4% dos enfermeiros).

No que concerne ao pressuposto *a saúde refere-se à unidade e harmonia entre o corpo, a alma e o espírito (Jean Watson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (48,6%), seguindo-se “Não tenho opinião” (29,7%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (16,9%), “Está em desacordo com a minha prática” (4,5%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 65,5% dos enfermeiros).

Quanto ao enunciado *a saúde refere-se ao bem-estar e conforto, não se reduzindo à ausência de doença (Afaf Meleis)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (51,6%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (36,2%), “Não tenho opinião” (10,1%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,7%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 87,8% dos enfermeiros).

Em síntese, as concepções de saúde que segundo os enfermeiros estão mais de acordo com a sua prática, são as concepções de Afaf Meleis (87,8%), de Dorothea Orem (80,8%),

de Virginia Henderson (80,7%), de Callista Roy (77,2%) e de Madeleine Leininger (76,4%). Pelo contrário, a concepção de Moyra Allen destaca-se como a que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Regista-se também uma acentuada semelhança com o padrão das respostas relativas às duas concepções anteriores.

Importa referir que os enfermeiros identificaram como “totalmente de acordo com a sua prática” as concepções de Afaf Meleis (36,2%), de Virginia Henderson (26,3%), de Dorothea Orem (25,2%), de Callista Roy (20,8%) e de Florence Nightingale (18,8%).

A Tabela 16 mostra a frequência das respostas dos enfermeiros à escala das concepções de saúde. Relativamente às concepções apenas aparece indicado na tabela o nome da Teórica.

Tabela 16 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde

Concepções de Saúde	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	84	2,4	581	16,8	579	16,8	1557	45,1	650	18,8	3451	100
Virginia Henderson	29	0,8	202	5,9	436	12,6	1878	54,4	906	26,3	3451	100
Dorothea Orem	14	0,4	113	3,3	538	15,6	1918	55,6	868	25,2	3451	100
Hildegard Peplau	11	0,3	161	4,7	1304	37,8	1546	44,8	429	12,4	3451	100
Imogene King	6	0,2	281	8,1	1098	31,8	1611	46,7	455	13,2	3451	100
Callista Roy	8	0,2	90	2,6	687	19,9	1948	56,4	718	20,8	3451	100
Betty Neuman	16	0,5	176	5,1	1044	30,3	1766	51,2	449	13,0	3451	100
Moyra Allen	42	1,2	417	12,1	1474	42,7	1211	35,1	307	8,9	3451	100
Martha Rogers	24	0,7	386	11,2	1239	35,9	1414	41,0	388	11,2	3451	100
Rosemarie Parse	21	0,6	395	11,4	1276	37,0	1364	39,5	395	11,4	3451	100
Madeleine Leininger	15	0,4	138	4,0	660	19,1	2002	58,0	636	18,4	3451	100
Jean Watson	10	0,3	155	4,5	1025	29,7	1678	48,6	583	16,9	3451	100
Afaf Meleis	12	0,3	59	1,7	350	10,1	1781	51,6	1249	36,2	3451	100

No que se refere às **concepções de ambiente**, relativamente ao pressuposto *o ambiente refere-se aos fatores externos que afetam a pessoa e o seu processo de saúde: ar, água, luz, calor, limpeza, tranquilidade, dieta adequada (Florence Nightingale)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (51,2%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (18,2%), “Não tenho opinião” (16,3%), “Está em desacordo com a minha prática” (13,2%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (1,0%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 69,4% dos enfermeiros).

Em relação ao enunciado *o ambiente é o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida, de forma positiva ou negativa (Virginia Henderson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta majoritária (59,5%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (30,9%), “Não tenho opinião” (7,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,7%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 90,4% dos enfermeiros).

Quanto ao pressuposto *o ambiente refere-se aos fatores externos que afetam o autocuidado; engloba aspetos físicos, químicos e biológicos; inclui a família, a cultura e a comunidade (Dorothea Orem)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta majoritária (59,7%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (29,6%), “Não tenho opinião” (9,0%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,4%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,3%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 89,3% dos enfermeiros).

No que concerne ao enunciado *o ambiente refere-se a forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, a partir das quais a moral, os costumes e as crenças são adquiridos (Hildegard Peplau)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (46,9%), seguindo-se “Não tenho opinião” (35,6%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (12,7%), “Está em desacordo com a minha prática” (4,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 59,6% dos enfermeiros).

Relativamente ao pressuposto *o ambiente é um sistema aberto que possui fronteiras permeáveis e que permite a troca de energia e informação com a pessoa (Imogene King)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (44,7%), seguindo-se “Não tenho opinião” (38,3%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (12,5%), “Está em desacordo com a minha prática” (3,7%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,7%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 57,2% dos enfermeiros).

Quanto ao enunciado *o ambiente refere-se a todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas, exigindo respostas de adaptação (Callista Roy)*, “Está de acordo com a minha prática” foi

a resposta maioritária (55,9%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (27,1%), “Não tenho opinião” (15,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,4%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 83,0% dos enfermeiros).

Em relação ao pressuposto *o ambiente envolve todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, influenciando e sendo influenciados por ela (Betty Neuman)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (58,3%), seguindo-se “Não tenho opinião” (20,3%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (19,6%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,6%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 77,9% dos enfermeiros).

Quanto ao enunciado *o ambiente refere-se ao contexto social em que se efetua a aprendizagem (Moyra Allen)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (39,6%), seguindo-se “Não tenho opinião” (35,7%), “Está em desacordo com a minha prática” (13,0%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (10,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (1,4%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é um pouco baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 49,9% dos enfermeiros).

Relativamente ao enunciado *o ambiente é um campo de energia multidimensional irreduzível, manifestando características diferentes das partes, no qual estão organizados e agrupados todos os elementos exteriores do campo humano (Martha Rogers)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (40,9%), seguindo-se “Não tenho opinião” (36,7%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (10,8%), “Está em desacordo com a minha prática” (10,7%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,9%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado ou um pouco baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 51,7% dos enfermeiros).

No que concerne ao pressuposto *o ambiente refere-se ao mundo, ao universo e àqueles que ocupam espaços em conjunto com outros, numa troca constante de energia (Rosemarie Parse)*, “Não tenho opinião” foi a resposta mais frequente (43,1%), seguindo-se “Está de acordo com a minha prática” (39,3%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (11,1%), “Está em desacordo com a minha prática” (5,7%) e “Está

totalmente em desacordo com a minha prática” (0,8%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é moderado ou um pouco baixo (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 50,4% dos enfermeiros).

Em relação ao enunciado *o ambiente refere-se a todos os aspetos contextuais, físicos, ecológicos, sociais e culturais, em que se encontram os indivíduos e os grupos (Madeleine Leininger)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (62,1%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (24,1%), “Não tenho opinião” (12,4%), “Está em desacordo com a minha prática” (1,2%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,1%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 86,2% dos enfermeiros).

Quanto ao pressuposto *o ambiente refere-se à envolvência interna e externa da pessoa; engloba o mundo físico e o mundo espiritual (Jean Watson)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta mais frequente (53,7%), seguindo-se “Não tenho opinião” (25,8%), “Está totalmente de acordo com a minha prática” (16,7%), “Está em desacordo com a minha prática” (3,3%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,6%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 70,4% dos enfermeiros).

Relativamente ao enunciado *o ambiente envolve a família, grupos e comunidade onde a pessoa interage e as condições sob as quais vive e se desenvolve (Afaf Meleis)*, “Está de acordo com a minha prática” foi a resposta maioritária (53,6%), seguindo-se “Está totalmente de acordo com a minha prática” (36,9%), “Não tenho opinião” (8,5%), “Está em desacordo com a minha prática” (0,8%) e “Está totalmente em desacordo com a minha prática” (0,2%). Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática” em conjunto representam 90,5% dos enfermeiros).

Em resumo, as conceções de ambiente que segundo os enfermeiros estão mais de acordo com a sua prática são as conceções de Afaf Meleis (90,5%), de Virginia Henderson (90,4%), de Dorothea Orem (89,3%), de Madeleine Leininger (86,2%) e de Callista Roy (83,0%). Pelo contrário, as conceções de Moyra Allen, de Rosemarie Parse e de Martha Rogers destacam-se como as que estão menos de acordo com a prática dos enfermeiros. A Tabela 17 mostra a frequência das respostas dos enfermeiros à escala das conceções de ambiente. Relativamente às diferentes conceções apenas aparece indicado na tabela o nome da Teórica.

Tabela 17 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente

Concepções de Ambiente	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	36	1,0	456	13,2	563	16,3	1767	51,2	629	18,2	3451	100
Virginia Henderson	7	0,2	60	1,7	263	7,6	2054	59,5	1067	30,9	3451	100
Dorothea Orem	10	0,3	48	1,4	310	9,0	2060	59,7	1023	29,6	3451	100
Hildegard Peplau	14	0,4	149	4,3	1229	35,6	1620	46,9	439	12,7	3451	100
Imogene King	23	0,7	129	3,7	1322	38,3	1544	44,7	433	12,5	3451	100
Callista Roy	4	0,1	49	1,4	533	15,4	1929	55,9	936	27,1	3451	100
Betty Neuman	8	0,2	55	1,6	701	20,3	2012	58,3	675	19,6	3451	100
Moyra Allen	48	1,4	449	13,0	1232	35,7	1368	39,6	354	10,3	3451	100
Martha Rogers	31	0,9	369	10,7	1266	36,7	1412	40,9	373	10,8	3451	100
Rosemarie Parse	29	0,8	197	5,7	1486	43,1	1355	39,3	384	11,1	3451	100
Madeleine Leininger	5	0,1	43	1,2	429	12,4	2142	62,1	832	24,1	3451	100
Jean Watson	19	0,6	113	3,3	892	25,8	1852	53,7	575	16,7	3451	100
Afaf Meleis	6	0,2	28	0,8	294	8,5	1851	53,6	1272	36,9	3451	100

Os resultados apresentados na Tabela 17 evidenciam uma acentuada semelhança com o padrão das respostas relativas às concepções anteriores. Importa referir que os enfermeiros identificaram como “totalmente de acordo com a sua prática” as concepções de Afaf Meleis (36,9%), de Virgínia Henderson (30,9%), de Dorothea Orem (29,6%), de Callista Roy (27,1%) e de Madeleine Leininger (24,1%).

2.2 As regiões e as concepções

Previamente à análise, as instituições hospitalares foram distribuídas pelas regiões das respetivas Administrações Regionais de Saúde, procedendo-se, posteriormente, à comparação regional da distribuição das respostas.

Para este efeito, mediu-se o grau de concordância, através do conjunto das respostas “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha prática”, salientando-se no final da análise as concepções que os enfermeiros referem estar “totalmente de acordo” com a sua prática.

Relativamente às **concepções de enfermagem**, no **Norte**, a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (89,2% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Madeleine Leininger (85,0%), a de Callista Roy (83,5%), a de Afaf Meleis (80,7%), a de

Dorothea Orem (80,5%), a de Martha Rogers (69,7%), a de Florence Nightingale (65,3%), a de Imogene King (58,9%), a de Hildegard Peplau (58,1%), a de Jean Watson (55,7%), a de Moyra Allen (54,0%), a de Betty Neuman (50,9%) e a de Rosemarie Parse (47,6%).

Como se pode observar na Tabela 18, as concepções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (34,6%), Afaf Meleis (31,8%) e Dorothea Orem (29,8%).

Tabela 18 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de enfermagem na região Norte

Concepções de Enfermagem	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	15	1,0	292	19,6	211	14,1	650	43,6	324	21,7	1492	100
Virginia Henderson	6	0,4	49	3,3	107	7,2	814	54,6	516	34,6	1492	100
Dorothea Orem	20	1,3	102	6,8	169	11,3	757	50,7	444	29,8	1492	100
Hildegard Peplau	4	0,3	202	13,5	419	28,1	658	44,1	209	14,0	1492	100
Imogene King	8	0,5	207	13,9	399	26,7	686	46,0	192	12,9	1492	100
Callista Roy	3	0,2	36	2,4	208	13,9	899	60,3	346	23,2	1492	100
Betty Neuman	13	0,9	245	16,4	475	31,8	629	42,2	130	8,7	1492	100
Moyra Allen	13	0,9	215	14,4	458	30,7	669	44,8	137	9,2	1492	100
Martha Rogers	8	0,5	76	5,1	368	24,7	818	54,8	222	14,9	1492	100
Rosemarie Parse	13	0,9	239	16,0	530	35,5	554	37,1	156	10,5	1492	100
Madeleine Leininger	5	0,3	39	2,6	179	12,0	949	63,6	320	21,4	1492	100
Jean Watson	20	1,3	200	13,4	441	29,6	647	43,4	184	12,3	1492	100
Afaf Meleis	9	0,6	42	2,8	236	15,8	730	48,9	475	31,8	1492	100

Em relação ao **Centro**, a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (92,4% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Dorothea Orem (82,4%), a de Madeleine Leininger (82,0%), a de Afaf Meleis (81,2%), a de Callista Roy (80,5%), a de Martha Rogers (71,6%), a de Florence Nightingale (62,0%), a de Hildegard Peplau (57,0%), a de Imogene King (54,7%), a de Jean Watson (54,0%), a de Moyra Allen (53,7%), a de Betty Neuman (51,2%) e a de Rosemarie Parse (47,9%).

Como se pode observar na Tabela 19, as concepções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (35,0%), Virginia Henderson (33,9%) e Dorothea Orem (32,6%).

Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de enfermagem na região Centro

Concepções de Enfermagem	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	4	0,5	104	13,5	185	24,0	312	40,5	166	21,5	771	100
Virginia Henderson	1	0,1	11	1,4	47	6,1	451	58,5	261	33,9	771	100
Dorothea Orem	3	0,4	14	1,8	119	15,4	384	49,8	251	32,6	771	100
Hildegard Peplau	2	0,3	57	7,4	273	35,4	332	43,1	107	13,9	771	100
Imogene King	1	0,1	65	8,4	283	36,7	327	42,4	95	12,3	771	100
Callista Roy	0	0,0	12	1,6	139	18,0	426	55,3	194	25,2	771	100
Betty Neuman	3	0,4	108	14,0	265	34,4	311	40,3	84	10,9	771	100
Moyra Allen	1	0,1	63	8,2	293	38,0	336	43,6	78	10,1	771	100
Martha Rogers	1	0,1	19	2,5	199	25,8	443	57,5	109	14,1	771	100
Rosemarie Parse	2	0,3	85	11,0	315	40,9	293	38,0	76	9,9	771	100
Madeleine Leininger	0	0,0	11	1,4	128	16,6	443	57,5	189	24,5	771	100
Jean Watson	1	0,1	82	10,6	271	35,1	328	42,5	89	11,5	771	100
Afaf Meleis	0	0,0	10	1,3	135	17,5	356	46,2	270	35,0	771	100

Em **Lisboa e Vale do Tejo**, a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (93,4% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Callista Roy (86,9%), a de Madeleine Leininger (84,1%), a de Afaf Meleis (79,7%), a de Florence Nightingale (76,5%), a de Dorothea Orem (76,2%), a de Hildegard Peplau e a de Martha Rogers (71,6% cada), a de Imogene King (64,3%), a de Jean Watson (63,2%), a de Betty Neuman (61,4%), a de Moyra Allen (58,7%) e a de Rosemarie Parse (50,8%). Como se pode observar na Tabela 20, as concepções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (40,2%), Madeleine Leininger (31,6%) e Florence Nightingale (24,1%).

No **Alentejo**, a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (86,4% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Madeleine Leininger (82,2%), a de Callista Roy (79,3%), a de Dorothea Orem (78,4%), a de Afaf Meleis (77,5%), a de Florence Nightingale (76,5%), a de Martha Rogers (72,3%), a de Hildegard Peplau (67,2%), a de Imogene King (64,8%), a de Betty Neuman (61,5%), a de Moyra Allen (58,2%), a de Jean Watson (56,8%) e a de Rosemarie Parse (52,1%). Como se pode constatar na Tabela 21, as concepções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (36,2%), Madeleine Leininger (26,8%) e Callista Roy (25,8%).

Tabela 20 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região de Lisboa e Vale do Tejo

Conceções de Enfermagem	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	13	1,6	69	8,3	113	13,6	434	52,4	200	24,1	829	100
Virginia Henderson	2	0,2	11	1,3	42	5,1	441	53,2	333	40,2	829	100
Dorothea Orem	7	0,8	52	6,3	138	16,6	467	56,3	165	19,9	829	100
Hildegard Peplau	2	0,2	58	7,0	176	21,2	459	55,4	134	16,2	829	100
Imogene King	3	0,4	63	7,6	230	27,7	423	51,0	110	13,3	829	100
Callista Roy	1	0,1	15	1,8	93	11,2	529	63,8	191	23,0	829	100
Betty Neuman	2	0,2	85	10,3	233	28,1	407	49,1	102	12,3	829	100
Moyra Allen	3	0,4	86	10,4	254	30,6	401	48,4	85	10,3	829	100
Martha Rogers	2	0,2	45	5,4	189	22,8	468	56,5	125	15,1	829	100
Rosemarie Parse	6	0,7	104	12,5	298	35,9	331	39,9	90	10,9	829	100
Madeleine Leininger	3	0,4	12	1,4	117	14,1	435	52,5	262	31,6	829	100
Jean Watson	2	0,2	91	11,0	212	25,6	398	48,0	126	15,2	829	100
Afaf Meleis	1	0,1	19	2,3	148	17,9	472	56,9	189	22,8	829	100

Tabela 21 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região do Alentejo

Conceções de Enfermagem	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	0	0,0	11	5,2	39	18,3	110	51,6	53	24,9	213	100
Virginia Henderson	0	0,0	7	3,3	22	10,3	107	50,2	77	36,2	213	100
Dorothea Orem	1	0,5	7	3,3	38	17,8	116	54,5	51	23,9	213	100
Hildegard Peplau	1	0,5	15	7,0	54	25,4	103	48,4	40	18,8	213	100
Imogene King	0	0,0	18	8,5	57	26,8	108	50,7	30	14,1	213	100
Callista Roy	0	0,0	6	2,8	38	17,8	114	53,5	55	25,8	213	100
Betty Neuman	1	0,5	16	7,5	65	30,5	93	43,7	38	17,8	213	100
Moyra Allen	2	0,9	22	10,3	65	30,5	97	45,5	27	12,7	213	100
Martha Rogers	0	0,0	8	3,8	51	23,9	116	54,5	38	17,8	213	100
Rosemarie Parse	1	0,5	26	12,2	75	35,2	83	39,0	28	13,1	213	100
Madeleine Leininger	1	0,5	4	1,9	33	15,5	118	55,4	57	26,8	213	100
Jean Watson	2	0,9	18	8,5	72	33,8	89	41,8	32	15,0	213	100
Afaf Meleis	1	0,5	2	0,9	45	21,1	112	52,6	53	24,9	213	100

No **Algarve**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (95,3% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (91,8%), a de Callista Roy (91,1%), a de Madeleine Leininger (89,1%), a de Dorothea Orem (85,6%), a de Martha Rogers (74,7%), a de Florence Nightingale (73,3%), a de Hildegard Peplau (61,6%), a de Jean Watson (60,9%), a de Betty Neuman (52,8%), a de Rosemarie Parse (44,5%), a de Imogene King (35,6%) e a de Moyra Allen (29,5%).

Como se pode observar na Tabela 22, as conceções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (38,4%), Madeleine Leininger (37,0%) e Callista Roy (34,9%).

Tabela 22 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de enfermagem na região do Algarve

Conceções de Enfermagem	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	1	0,7	20	13,7	18	12,3	66	45,2	41	28,1	146	100
Virginia Henderson	0	0,0	2	1,4	10	6,8	78	53,4	56	38,4	146	100
Dorothea Orem	0	0,0	0	0,0	21	14,4	98	67,1	27	18,5	146	100
Hildegard Peplau	0	0,0	11	7,5	45	30,8	77	52,7	13	8,9	146	100
Imogene King	0	0,0	14	9,6	80	54,8	51	34,9	1	0,7	146	100
Callista Roy	0	0,0	0	0,0	13	8,9	82	56,2	51	34,9	146	100
Betty Neuman	2	1,4	17	11,6	50	34,2	74	50,7	3	2,1	146	100
Moyra Allen	1	0,7	18	12,3	84	57,5	42	28,8	1	0,7	146	100
Martha Rogers	0	0,0	7	4,8	30	20,5	96	65,8	13	8,9	146	100
Rosemarie Parse	0	0,0	19	13,0	62	42,5	64	43,8	1	0,7	146	100
Madeleine Leininger	0	0,0	3	2,1	13	8,9	76	52,1	54	37,0	146	100
Jean Watson	1	0,7	15	10,3	41	28,1	71	48,6	18	12,3	146	100
Afaf Meleis	0	0,0	0	0,0	7	4,8	116	79,5	23	15,8	146	100

A distribuição regional do grau de concordância para cada conceção mostra claramente que existem diferenças entre as várias regiões. Por um lado, evidencia-se a conceção de enfermagem de Virginia Henderson por ser a que está mais de acordo com a prática dos enfermeiros. Por outro lado, destaca-se a conceção de Rosemarie Parse como sendo a que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Nas posições intermédias, existem várias semelhanças entre as regiões, mas existem também diferenças acentuadas.

Para averiguar a existência de diferenças entre as regiões em cada conceção, efetuou-se o teste (não paramétrico) de *Kruskal-Wallis*, cujos resultados se encontram na Tabela 23, concluindo-se que existem diferenças em quase todas as conceções, pois o valor de p do teste é inferior a 0,05. Apenas não existe diferença entre as regiões relativamente às conceções de Martha Rogers e de Rosemarie Parse (valor de p superior a 0,05), inferindo-se que nestas conceções o grau de concordância é o mesmo em todas as regiões.

Nas conceções de enfermagem em que existem diferenças entre as regiões, ou seja, em todas exceto nas conceções de Martha Rogers e de Rosemarie Parse, tornou-se necessário proceder a comparações múltiplas, onde se comparam todos os pares de regiões. Para este efeito, utilizou-se o teste (não paramétrico) de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para amostras independentes e com a correção de Bonferroni, de que resulta um nível de significância corrigido de 0,005, uma vez que existem 10 comparações a efetuar. A descrição dos resultados estatísticos encontra-se no Vol. II - Anexo VII.

Tabela 23 - Conceções de enfermagem: comparação regional

Conceções de Enfermagem	Estatística teste	valor-p
Florence Nightingale	39,2	<0,001
Virginia Henderson	13,9	0,008
Dorothea Orem	37,2	<0,001
Hildegard Peplau	43,0	<0,001
Imogene King	44,3	<0,001
Callista Roy	14,7	0,005
Betty Neuman	44,4	<0,001
Moyra Allen	40,6	<0,001
Martha Rogers	2,1	0,725
Rosemarie Parse	8,0	0,090
Madeleine Leininger	24,5	<0,001
Jean Watson	16,8	0,002
Afaf Meleis	22,3	<0,001

Relativamente à conceção de enfermagem de Florence Nightingale, concluiu-se que existem dois grupos claramente distintos: o grupo composto pelo Norte e pelo Centro, onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros e o grupo composto pelas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo, onde esta conceção está mais de acordo com a prática dos enfermeiros. Além disso, as regiões de cada grupo não se distinguem entre si, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros nas regiões que compõem cada grupo. Pelo contrário, a região do Algarve encontra-se numa posição intermédia entre os dois grupos, não se conseguindo incorporar nem distinguir de nenhum deles, pois está próxima de ambos. Por isso, não é possível afirmar que esta conceção esteja mais ou menos de acordo com a prática dos enfermeiros nesta região do que nas restantes, sendo preferível concluir que se encontra numa posição indefinida por ser intermédia em relação aos dois grupos.

No que se refere à conceção de enfermagem de Virginia Henderson, detetou-se uma diferença: esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que em Lisboa e Vale do Tejo, pelo que se conclui que esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à conceção de enfermagem de Dorothea Orem, só se identificaram duas diferenças: esta conceção está mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo, pelo que se conclui que esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de enfermagem de Hildegard Peplau está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No que concerne à conceção de enfermagem de Imogene King, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em qualquer outra região (ou seja, o Algarve é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros). Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Quanto à conceção de enfermagem de Callista Roy, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em qualquer outra região, ou seja, o Algarve é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todas as outras regiões.

Em relação à conceção de enfermagem de Betty Neuman, concluiu-se que existem dois grupos de regiões: o grupo composto pelo Norte, pelo Centro e pelo Algarve, onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros, do que no grupo composto pelas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e pelo Alentejo. Além disso, as regiões de cada grupo não se distinguem entre si, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros nas regiões que compõem cada grupo.

A conceção de enfermagem de Moyra Allen está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em qualquer outra região, ou seja, o Algarve é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Não

existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta concepção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todas as outras regiões.

No caso da concepção de enfermagem de Madeleine Leininger, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta concepção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à concepção de enfermagem de Jean Watson, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta concepção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Por fim, a concepção de enfermagem de Afaf Meleis está mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta concepção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Relativamente às **concepções de pessoa**, no **Norte** a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (91,4% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Afaf Meleis (88,2%), a de Madeleine Leininger (84,5%), a de Dorothea Orem (81,9%), a de Callista Roy (77,8%), a de Martha Rogers (67,6%), a de Hildegard Peplau (65,2%), a de Florence Nightingale (64,8%), a de Betty Neuman (64,7%), a de Imogene King (63,7%), a de Moyra Allen (61,6%), a de Jean Watson (59,5%) e a de Rosemarie Parse (56,2%).

Como se pode observar na Tabela 24, as concepções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (39,6%), Afaf Meleis (39,3%) e Dorothea Orem (27,9%).

No **Centro**, a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (93,9% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Afaf Meleis (87,6%), a de Dorothea Orem (84,0%), a de Madeleine Leininger (82,6%), a de Callista Roy (77,9%), a de Florence Nightingale (75,5%), a de Martha Rogers (67,2%), a de Hildegard Peplau (63,1%), a de Betty Neuman (61,7%), a de Imogene King (60,3%), a de Moyra Allen (58,6%), a de Jean Watson (55,1%) e a de Rosemarie Parse (53,7%).

Como se pode observar na Tabela 25, as concepções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (39,4%), Virginia Henderson (36,8%) e Dorothea Orem (32,4%).

Tabela 24 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região Norte

Concepções de Pessoa	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	6	0,4	294	19,7	224	15,0	566	37,9	402	26,9	1492	100
Virginia Henderson	5	0,3	33	2,2	90	6,0	773	51,8	591	39,6	1492	100
Dorothea Orem	5	0,3	42	2,8	223	14,9	805	54,0	417	27,9	1492	100
Hildegard Peplau	4	0,3	69	4,6	445	29,8	690	46,2	284	19,0	1492	100
Imogene King	7	0,5	150	10,1	385	25,8	703	47,1	247	16,6	1492	100
Callista Roy	5	0,3	38	2,5	288	19,3	841	56,4	320	21,4	1492	100
Betty Neuman	4	0,3	45	3,0	478	32,0	710	47,6	255	17,1	1492	100
Moyra Allen	10	0,7	133	8,9	430	28,8	683	45,8	236	15,8	1492	100
Martha Rogers	10	0,7	65	4,4	408	27,3	763	51,1	246	16,5	1492	100
Rosemarie Parse	7	0,5	164	11,0	482	32,3	642	43,0	197	13,2	1492	100
Madeleine Leininger	5	0,3	43	2,9	183	12,3	916	61,4	345	23,1	1492	100
Jean Watson	9	0,6	78	5,2	517	34,7	663	44,4	225	15,1	1492	100
Afaf Meleis	2	0,1	16	1,1	159	10,7	729	48,9	586	39,3	1492	100

Tabela 25 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de pessoa na região Centro

Concepções de Pessoa	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	2	0,3	51	6,6	136	17,6	366	47,5	216	28,0	771	100
Virginia Henderson	0	0,0	7	0,9	40	5,2	440	57,1	284	36,8	771	100
Dorothea Orem	1	0,1	8	1,0	114	14,8	398	51,6	250	32,4	771	100
Hildegard Peplau	0	0,0	11	1,4	274	35,5	329	42,7	157	20,4	771	100
Imogene King	0	0,0	53	6,9	253	32,8	329	42,7	136	17,6	771	100
Callista Roy	0	0,0	10	1,3	160	20,8	449	58,2	152	19,7	771	100
Betty Neuman	0	0,0	8	1,0	287	37,2	348	45,1	128	16,6	771	100
Moyra Allen	0	0,0	57	7,4	262	34,0	350	45,4	102	13,2	771	100
Martha Rogers	0	0,0	19	2,5	234	30,4	411	53,3	107	13,9	771	100
Rosemarie Parse	1	0,1	65	8,4	291	37,7	318	41,2	96	12,5	771	100
Madeleine Leininger	0	0,0	13	1,7	121	15,7	466	60,4	171	22,2	771	100
Jean Watson	0	0,0	20	2,6	326	42,3	330	42,8	95	12,3	771	100
Afaf Meleis	0	0,0	7	0,9	88	11,4	372	48,2	304	39,4	771	100

Em **Lisboa e Vale do Tejo**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (93,9% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Afaf Meleis (89,0%), a de Madeleine Leininger (87,3%), a de Florence Nightingale (84,2%), a de Callista Roy (82,3%), a de Dorothea Orem (80,0%), a de Hildegard Peplau (74,6%), a de Betty Neuman (70,7%), a de Imogene King (69,0%), a de Martha Rogers (66,9%), a de Jean Watson (63,8%), a de Moyra Allen (63,7%) e a Rosemarie Parse (57,0%).

Como se pode observar na Tabela 26, as conceções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (42,2%), Afaf Meleis (34,7%) e Florence Nightingale (34,6%).

Tabela 26 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de pessoa na região de Lisboa e Vale do Tejo

Conceções de Pessoa	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	2	0,2	44	5,3	85	10,3	411	49,6	287	34,6	829	100
Virginia Henderson	0	0,0	12	1,4	38	4,6	429	51,7	350	42,2	829	100
Dorothea Orem	0	0,0	28	3,4	138	16,6	489	59,0	174	21,0	829	100
Hildegard Peplau	1	0,1	13	1,6	197	23,8	411	49,6	207	25,0	829	100
Imogene King	3	0,4	61	7,4	193	23,3	408	49,2	164	19,8	829	100
Callista Roy	2	0,2	23	2,8	122	14,7	480	57,9	202	24,4	829	100
Betty Neuman	1	0,1	17	2,1	225	27,1	423	51,0	163	19,7	829	100
Moyra Allen	3	0,4	70	8,4	228	27,5	408	49,2	120	14,5	829	100
Martha Rogers	0	0,0	27	3,3	248	29,9	439	53,0	115	13,9	829	100
Rosemarie Parse	7	0,8	73	8,8	277	33,4	362	43,7	110	13,3	829	100
Madeleine Leininger	0	0,0	17	2,1	88	10,6	453	54,6	271	32,7	829	100
Jean Watson	4	0,5	37	4,5	259	31,2	403	48,6	126	15,2	829	100
Afaf Meleis	0	0,0	8	1,0	83	10,0	450	54,3	288	34,7	829	100

No **Alentejo**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (91,0% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Florence Nightingale (85,9%), a de Afaf Meleis (84,5%), a de Madeleine Leininger (82,6%), a de Dorothea Orem (78,9%), a de Callista Roy (77,0%), a de Martha Rogers (68,5%), a de Betty Neuman (65,3%), a de Hildegard Peplau (64,8%), a de Imogene King (63,4%), a de Moyra Allen (59,2%), a de Jean Watson (58,2%) e a de Rosemarie Parse (52,6%).

Como se pode observar na Tabela 27, as conceções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (40,8%), Florence Nightingale (36,6%) e Callista Roy (31,5%).

Tabela 27 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de pessoa na região do Alentejo

Conceções de Pessoa	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	0	0,0	13	6,1	17	8,0	105	49,3	78	36,6	213	100
Virginia Henderson	0	0,0	2	0,9	17	8,0	107	50,2	87	40,8	213	100
Dorothea Orem	0	0,0	5	2,3	40	18,8	113	53,1	55	25,8	213	100
Hildegard Peplau	0	0,0	8	3,8	67	31,5	96	45,1	42	19,7	213	100
Imogene King	0	0,0	15	7,0	63	29,6	91	42,7	44	20,7	213	100
Callista Roy	1	0,5	7	3,3	41	19,2	97	45,5	67	31,5	213	100
Betty Neuman	0	0,0	3	1,4	71	33,3	99	46,5	40	18,8	213	100
Moyra Allen	0	0,0	19	8,9	68	31,9	89	41,8	37	17,4	213	100
Martha Rogers	1	0,5	5	2,3	61	28,6	111	52,1	35	16,4	213	100
Rosemarie Parse	1	0,5	20	9,4	80	37,6	81	38,0	31	14,6	213	100
Madeleine Leininger	2	0,9	6	2,8	29	13,6	121	56,8	55	25,8	213	100
Jean Watson	0	0,0	8	3,8	81	38,0	94	44,1	30	14,1	213	100
Afaf Meleis	0	0,0	0	0,0	33	15,5	115	54,0	65	30,5	213	100

No **Algarve**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (99,3% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (97,2%), a de Madeleine Leininger (92,5%), a de Dorothea Orem (89,8%), a de Callista Roy (87,0%), a de Florence Nightingale (80,1%), a de Martha Rogers (71,9%), a de Betty Neuman (68,5%), a de Hildegard Peplau (67,1%), a de Jean Watson (62,3%), a de Rosemarie Parse (49,3%), a de Imogene King (48,0%) e a de Moyra Allen (42,5%).

Como se pode observar na Tabela 28, as conceções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (48,6%), Madeleine Leininger (37,0%) e Florence Nightingale (36,3%).

Tabela 28 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de pessoa na região do Algarve

Conceções de Pessoa	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	2	1,4	6	4,1	21	14,4	64	43,8	53	36,3	146	100
Virginia Henderson	0	0,0	1	0,7	3	2,1	71	48,6	71	48,6	146	100
Dorothea Orem	0	0,0	1	0,7	14	9,6	102	69,9	29	19,9	146	100
Hildegard Peplau	0	0,0	4	2,7	44	30,1	73	50,0	25	17,1	146	100
Imogene King	0	0,0	12	8,2	64	43,8	68	46,6	2	1,4	146	100
Callista Roy	0	0,0	1	0,7	18	12,3	82	56,2	45	30,8	146	100
Betty Neuman	0	0,0	3	2,1	43	29,5	86	58,9	14	9,6	146	100
Moyra Allen	1	0,7	17	11,6	66	45,2	61	41,8	1	0,7	146	100
Martha Rogers	0	0,0	4	2,7	37	25,3	98	67,1	7	4,8	146	100
Rosemarie Parse	0	0,0	23	15,8	51	34,9	71	48,6	1	0,7	146	100
Madeleine Leininger	0	0,0	1	0,7	10	6,8	81	55,5	54	37,0	146	100
Jean Watson	2	1,4	5	3,4	48	32,9	83	56,8	8	5,5	146	100
Afaf Meleis	0	0,0	0	0,0	1	0,7	103	70,5	42	28,8	146	100

A distribuição regional do grau de concordância para cada conceção de pessoa mostra claramente que existem diferenças entre as várias regiões, tal como relativamente às conceções de enfermagem. Por um lado, destaca-se novamente a conceção de Virginia Henderson por ser a que está mais de acordo com a prática dos enfermeiros. Por outro lado, evidencia-se novamente a conceção de Rosemarie Parse como sendo a que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Nas posições intermédias, existem várias semelhanças entre as regiões, assim como diferenças acentuadas.

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* para comparação das regiões encontram-se na Tabela 29, concluindo-se que existem diferenças em quase todas as conceções, pois o valor de p do teste é inferior a 0,05. Apenas não existe diferença entre as regiões relativamente às conceções de Martha Rogers e de Afaf Meleis (valor de p superior a 0,05), ou seja, conclui-se que nessas conceções o grau de concordância é o mesmo em todas as regiões. Relativamente à conceção de Jean Watson, o valor de p do teste também é superior a 0,05, mas, como o é apenas ligeiramente, é preferível concluir que o resultado é significativo e que existem ligeiras diferenças entre as regiões.

Nas conceções de pessoa em que existem diferenças entre as regiões, ou seja, em todas exceto nas conceções de Martha Rogers e Afaf Meleis, procedeu-se às comparações múltiplas com o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para amostras independentes e com a

correção de Bonferroni, de que resulta um nível de significância corrigido de 0,005. A descrição dos resultados estatísticos encontra-se no Vol. II - Anexo VIII.

Tabela 29 - Conceções de pessoa: comparação regional

Conceções de Pessoa	Estatística teste	valor-p
Florence Nightingale	98,5	<0,001
Virginia Henderson	11,1	0,026
Dorothea Orem	24,8	<0,001
Hildegard Peplau	31,0	<0,001
Imogene King	34,9	<0,001
Callista Roy	19,7	0,001
Betty Neuman	13,3	0,010
Moyra Allen	31,3	<0,001
Martha Rogers	1,54	0,820
Rosemarie Parse	10,4	0,034
Madeleine Leininger	42,5	<0,001
Jean Watson	9,1	0,060
Afaf Meleis	8,5	0,076

Relativamente à conceção de Florence Nightingale, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que em qualquer outra região e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e do que no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Virginia Henderson está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Centro do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à conceção de Dorothea Orem, constatou-se que está mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No caso da conceção de Hildegard Peplau, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte, no Centro e no Alentejo do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Imogene King está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que em Lisboa e Vale do Tejo e menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em todas as outras regiões do país. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Relativamente à conceção de Callista Roy, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que no Algarve. Não existem

quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No que concerne à conceção de Betty Neuman, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Moyra Allen está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em qualquer outra região, ou seja, o Algarve é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todas as outras regiões.

No que se refere à conceção de Rosemarie Parse, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que no Norte, em Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Madeleine Leininger está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e do que no Algarve. Além disso, está também menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Alentejo do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Por fim, em relação à conceção de Jean Watson, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Relativamente às **conceções de saúde**, no **Norte**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (87,8% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Dorothea Orem (81,3%), a de Virginia Henderson (79,3%), a de Callista Roy (76,6%), a de Madeleine Leininger (75,9%), a de Jean Watson (64,7%), a de Betty Neuman (62,5%), a de Florence Nightingale (61,8%), a de Imogene King (59,2%), a de Hildegard Peplau (56,0%), a de Martha Rogers (53,7%), a de Rosemarie Parse (50,8%) e a de Moyra Allen (44,5%).

Como se pode verificar na Tabela 30, as conceções de saúde que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (38,1%), Dorothea Orem (28,3%) e Virginia Henderson (24,7%).

Tabela 30 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de saúde na região do Norte

Conceções de Saúde	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	44	2,9	289	19,4	237	15,9	655	43,9	267	17,9	1492	100
Virginia Henderson	19	1,3	110	7,4	179	12,0	815	54,6	369	24,7	1492	100
Dorothea Orem	8	0,5	65	4,4	206	13,8	791	53,0	422	28,3	1492	100
Hildegard Peplau	8	0,5	93	6,2	556	37,3	658	44,1	177	11,9	1492	100
Imogene King	6	0,4	146	9,8	456	30,6	682	45,7	202	13,5	1492	100
Callista Roy	6	0,4	38	2,5	305	20,4	877	58,8	266	17,8	1492	100
Betty Neuman	9	0,6	95	6,4	455	30,5	736	49,3	197	13,2	1492	100
Moyra Allen	29	1,9	188	12,6	611	41,0	528	35,4	136	9,1	1492	100
Martha Rogers	17	1,1	175	11,7	499	33,4	625	41,9	176	11,8	1492	100
Rosemarie Parse	14	0,9	201	13,5	518	34,7	587	39,3	172	11,5	1492	100
Madeleine Leininger	10	0,7	79	5,3	270	18,1	916	61,4	217	14,5	1492	100
Jean Watson	7	0,5	86	5,8	435	29,2	720	48,3	244	16,4	1492	100
Afaf Meleis	7	0,5	28	1,9	147	9,9	741	49,7	569	38,1	1492	100

No **Centro**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (87,9% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (83,2%), a de Dorothea Orem (82,6%), a de Callista Roy (75,1%), a de Madeleine Leininger (74,8%), a de Florence Nightingale (62,8%), a de Jean Watson (60,1%), a de Imogene King (58,7%), a de Betty Neuman (58,5%), a de Hildegard Peplau (54,1%), a de Rosemarie Parse (48,6%), a de Martha Rogers (47,6%) e a de Moyra Allen (42,7%). Como se pode verificar na Tabela 31, as conceções de saúde que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (39,0%), Dorothea Orem (29,2%) e Virginia Henderson (25,9%).

Em **Lisboa e Vale do Tejo**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (89,0% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (80,7%), a de Callista Roy (79,3%), a de Dorothea Orem (79,0%), a de Madeleine Leininger (78,7%), a de Jean Watson (71,6%), a de Betty Neuman (71,1%), a de Florence Nightingale (67,1%), a de Imogene King (64,6%), a de Hildegard Peplau (61,4%), a de Martha Rogers (52,8%), a de Rosemarie Parse (52,2%) e a de Moyra Allen (45,0%). Como se pode verificar na Tabela 32, as conceções que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (33,4%), Virginia Henderson (26,8%) e Madeleine Leininger (24,7%).

Tabela 31 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de saúde na região do Centro

Conceções de Saúde	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	11	1,4	135	17,5	141	18,3	347	45,0	137	17,8	771	100
Virginia Henderson	2	0,3	34	4,4	93	12,1	442	57,3	200	25,9	771	100
Dorothea Orem	1	0,1	9	1,2	124	16,1	412	53,4	225	29,2	771	100
Hildegard Peplau	0	0,0	19	2,5	335	43,5	323	41,9	94	12,2	771	100
Imogene King	0	0,0	55	7,1	264	34,2	359	46,6	93	12,1	771	100
Callista Roy	0	0,0	17	2,2	175	22,7	400	51,9	179	23,2	771	100
Betty Neuman	1	0,1	28	3,6	291	37,7	349	45,3	102	13,2	771	100
Moyra Allen	2	0,3	76	9,9	364	47,2	259	33,6	70	9,1	771	100
Martha Rogers	1	0,1	88	11,4	315	40,9	282	36,6	85	11,0	771	100
Rosemarie Parse	3	0,4	76	9,9	317	41,1	290	37,6	85	11,0	771	100
Madeleine Leininger	0	0,0	22	2,9	172	22,3	448	58,1	129	16,7	771	100
Jean Watson	1	0,1	23	3,0	284	36,8	335	43,5	128	16,6	771	100
Afaf Meleis	1	0,1	11	1,4	81	10,5	377	48,9	301	39,0	771	100

Tabela 32 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo

Conceções de Saúde	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	20	2,4	113	13,6	139	16,8	390	47,0	167	20,1	829	100
Virginia Henderson	7	0,8	43	5,2	110	13,3	447	53,9	222	26,8	829	100
Dorothea Orem	5	0,6	30	3,6	139	16,8	515	62,1	140	16,9	829	100
Hildegard Peplau	3	0,4	36	4,3	281	33,9	397	47,9	112	13,5	829	100
Imogene King	0	0,0	54	6,5	239	28,8	414	49,9	122	14,7	829	100
Callista Roy	2	0,2	26	3,1	144	17,4	474	57,2	183	22,1	829	100
Betty Neuman	4	0,5	28	3,4	207	25,0	481	58,0	109	13,1	829	100
Moyra Allen	7	0,8	107	12,9	342	41,3	300	36,2	73	8,8	829	100
Martha Rogers	4	0,5	89	10,7	298	35,9	354	42,7	84	10,1	829	100
Rosemarie Parse	4	0,5	76	9,2	316	38,1	334	40,3	99	11,9	829	100
Madeleine Leininger	4	0,5	25	3,0	147	17,7	448	54,0	205	24,7	829	100
Jean Watson	2	0,2	34	4,1	200	24,1	434	52,4	159	19,2	829	100
Afaf Meleis	2	0,2	15	1,8	74	8,9	461	55,6	277	33,4	829	100

No **Alentejo**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (77,0% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Callista Roy (76,6%), a de Virginia Henderson (75,6%), a de Dorothea Orem (74,7%), a de Florence Nightingale (71,8%), a de Betty Neuman (71,4%), a de Madeleine Leininger (69,5%), a de Jean Watson (66,7%), a de Imogene King (64,8%), a de Hildegard Peplau (60,6%), a de Martha Rogers (58,2%), a de Rosemarie Parse (54,5%) e a de Moyra Allen (50,7%).

Como se pode verificar na Tabela 33, as conceções de saúde que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (31,5%), Florence Nightingale (27,2%) e Afaf Meleis (26,3%).

Tabela 33 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de saúde na região do Alentejo

Conceções de Saúde	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	4	1,9	19	8,9	37	17,4	95	44,6	58	27,2	213	100
Virginia Henderson	1	0,5	13	6,1	38	17,8	94	44,1	67	31,5	213	100
Dorothea Orem	0	0,0	9	4,2	45	21,1	105	49,3	54	25,4	213	100
Hildegard Peplau	0	0,0	9	4,2	75	35,2	93	43,7	36	16,9	213	100
Imogene King	0	0,0	16	7,5	59	27,7	102	47,9	36	16,9	213	100
Callista Roy	0	0,0	8	3,8	42	19,7	119	55,9	44	20,7	213	100
Betty Neuman	0	0,0	10	4,7	51	23,9	115	54,0	37	17,4	213	100
Moyra Allen	1	0,5	29	13,6	75	35,2	81	38,0	27	12,7	213	100
Martha Rogers	1	0,5	19	8,9	69	32,4	88	41,3	36	16,9	213	100
Rosemarie Parse	0	0,0	28	13,1	69	32,4	79	37,1	37	17,4	213	100
Madeleine Leininger	1	0,5	11	5,2	53	24,9	99	46,5	49	23,0	213	100
Jean Watson	0	0,0	5	2,3	66	31,0	103	48,4	39	18,3	213	100
Afaf Meleis	2	0,9	5	2,3	42	19,7	108	50,7	56	26,3	213	100

No **Algarve**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (95,9% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (87,7%), a de Madeleine Leininger (87,0%), a de Callista Roy (84,9%), a de Dorothea Orem (83,6%), a de Jean Watson (67,8%), a de Florence Nightingale (62,3%), a de Betty Neuman (60,9%), a de Hildegard Peplau (58,2%), a de Rosemarie Parse (52,1%), a de Martha Rogers (49,3%), a de Imogene King (38,4%) e a de Moyra Allen (30,2%). Como se pode constatar na Tabela 34, as conceções de saúde que estão totalmente de acordo com a prática dos

enfermeiros são as de Virginia Henderson (32,9%), Callista Roy (31,5%) e Afaf Meleis (31,5%).

Tabela 34 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de saúde na região do Algarve

Concepções de Saúde	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	5	3,4	25	17,1	25	17,1	70	47,9	21	14,4	146	100
Virginia Henderson	0	0,0	2	1,4	16	11,0	80	54,8	48	32,9	146	100
Dorothea Orem	0	0,0	0	0,0	24	16,4	95	65,1	27	18,5	146	100
Hildegard Peplau	0	0,0	4	2,7	57	39,0	75	51,4	10	6,8	146	100
Imogene King	0	0,0	10	6,8	80	54,8	54	37,0	2	1,4	146	100
Callista Roy	0	0,0	1	0,7	21	14,4	78	53,4	46	31,5	146	100
Betty Neuman	2	1,4	15	10,3	40	27,4	85	58,2	4	2,7	146	100
Moyra Allen	3	2,1	17	11,6	82	56,2	43	29,5	1	0,7	146	100
Martha Rogers	1	0,7	15	10,3	58	39,7	65	44,5	7	4,8	146	100
Rosemarie Parse	0	0,0	14	9,6	56	38,4	74	50,7	2	1,4	146	100
Madeleine Leininger	0	0,0	1	0,7	18	12,3	91	62,3	36	24,7	146	100
Jean Watson	0	0,0	7	4,8	40	27,4	86	58,9	13	8,9	146	100
Afaf Meleis	0	0,0	0	0,0	6	4,1	94	64,4	46	31,5	146	100

A distribuição regional do grau de concordância para cada concepção de saúde mostra claramente que existem diferenças entre as várias regiões, tal como nas concepções anteriores. Destacam-se as concepções de Afaf Meleis e de Moyra Allen por serem as que estão respetivamente mais e menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Nas posições intermédias, existem novamente várias semelhanças entre as regiões, a par de algumas diferenças acentuadas.

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* para comparação das regiões encontram-se na Tabela 35, concluindo-se que existem diferenças em quase todas as concepções, pois o valor de p do teste é inferior a 0,05. Apenas não existe diferença entre as regiões relativamente à concepção de Rosemarie Parse (valor de p superior a 0,05), concluindo-se que nesta concepção o grau de concordância é o mesmo em todas as regiões.

Nas concepções em que existem diferenças entre as regiões, ou seja, em todas exceto na concepção de Rosemarie Parse, procedeu-se às comparações múltiplas com o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para amostras independentes e com a correção de Bonferroni, de que resulta um nível de significância corrigido de 0,005. A descrição dos resultados estatísticos encontra-se no Vol. II - Anexo IX.

Tabela 35 - Conceções de saúde: comparação regional

Conceções de Saúde	Estatística teste	valor-p
Florence Nightingale	22,8	<0,001
Virginia Henderson	11,2	0,025
Dorothea Orem	32,9	<0,001
Hildegard Peplau	10,7	0,030
Imogene King	40,1	<0,001
Callista Roy	17,9	0,001
Betty Neuman	30,7	<0,001
Moyra Allen	14,3	0,006
Martha Rogers	10,4	0,034
Rosemarie Parse	5,1	0,276
Madeleine Leininger	34,7	<0,001
Jean Watson	18,3	0,001
Afaf Meleis	23,4	<0,001

No que concerne à conceção de Florence Nightingale, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que em Lisboa e Vale do Tejo e mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Alentejo do que no Norte, no Centro e no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Virginia Henderson está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à conceção de Dorothea Orem, constatou-se que está mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No caso da conceção de Hildegard Peplau, não existem quaisquer diferenças entre as regiões, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todas as regiões. Esta conclusão contradiz a que foi obtida através do teste de Kruskal-Wallis acima, o que se explica pelo ajustamento do nível de significância efetuado pela correção de Bonferroni. Como as comparações múltiplas procedem à comparação direta das regiões, parece preferível optar pela conclusão destas comparações e considerar que não existem quaisquer diferenças entre as regiões.

Relativamente à conceção de Imogene King, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em todas as outras regiões do país. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Callista Roy está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja,

esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No caso da conceção de Betty Neuman, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte, no Centro e no Algarve do que em Lisboa e Vale do Tejo. Além disso, esta conceção também está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Centro e no Algarve do que no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à conceção de Moyra Allen, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em qualquer outra região, ou seja, o Algarve é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todas as outras regiões.

No que concerne à conceção de Martha Rogers, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Centro do que no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Madeleine Leininger está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No caso da conceção de Jean Watson, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à conceção de Afaf Meleis, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Alentejo do que em qualquer outra região, ou seja, o Alentejo é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todas as outras regiões.

Relativamente às **conceções de ambiente**, no **Norte**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (90,8% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (89,8%), a de Dorothea Orem (88,7%), a de Madeleine Leininger (85,4%), a de Callista Roy (81,7%), a de Betty Neuman (75,7%), a de Jean Watson (69,7%), a de Florence Nightingale (66,5%), a de Hildegard Peplau (58,1%), a de Imogene King

(57,0%), a de Martha Rogers (51,6%), a de Moyra Allen (51,4%) e a de Rosemarie Parse (49,2%).

Como se pode verificar na Tabela 36, as concepções de ambiente que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (38,9%), Virginia Henderson (29,4%) e Dorothea Orem (29,0%).

Tabela 36 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região do Norte

Concepções de Ambiente	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	16	1,1	254	17,0	230	15,4	753	50,5	239	16,0	1492	100
Virginia Henderson	4	0,3	31	2,1	118	7,9	901	60,4	438	29,4	1492	100
Dorothea Orem	6	0,4	27	1,8	136	9,1	890	59,7	433	29,0	1492	100
Hildegard Peplau	8	0,5	81	5,4	536	35,9	674	45,2	193	12,9	1492	100
Imogene King	12	0,8	73	4,9	557	37,3	668	44,8	182	12,2	1492	100
Callista Roy	3	0,2	31	2,1	239	16,0	842	56,4	377	25,3	1492	100
Betty Neuman	5	0,3	31	2,1	327	21,9	858	57,5	271	18,2	1492	100
Moyra Allen	27	1,8	207	13,9	492	33,0	601	40,3	165	11,1	1492	100
Martha Rogers	20	1,3	169	11,3	533	35,7	599	40,1	171	11,5	1492	100
Rosemarie Parse	18	1,2	102	6,8	637	42,7	569	38,1	166	11,1	1492	100
Madeleine Leininger	4	0,3	27	1,8	186	12,5	957	64,1	318	21,3	1492	100
Jean Watson	13	0,9	59	4,0	380	25,5	784	52,5	256	17,2	1492	100
Afaf Meleis	4	0,3	12	0,8	120	8,0	775	51,9	581	38,9	1492	100

No **Centro**, a concepção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (90,2% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Afaf Meleis (89,9%), a de Dorothea Orem (89,6%), a de Madeleine Leininger (85,1%), a de Callista Roy (80,3%), a de Betty Neuman (74,2%), a de Florence Nightingale (66,4%), a de Jean Watson (63,4%), a de Hildegard Peplau (54,2%), a de Imogene King (53,5%), a de Martha Rogers e a de Moyra Allen (48,2% cada) e a de Rosemarie Parse (47,5%).

Como se pode verificar na Tabela 37 as concepções de ambiente que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Afaf Meleis (39,4%), Dorothea Orem (33,2%) e Virginia Henderson (28,3%).

Tabela 37 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de ambiente na região do Centro

Conceções de Ambiente	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	6	0,8	107	13,9	146	18,9	377	48,9	135	17,5	771	100
Virginia Henderson	1	0,1	15	1,9	60	7,8	477	61,9	218	28,3	771	100
Dorothea Orem	0	0,0	7	0,9	73	9,5	435	56,4	256	33,2	771	100
Hildegard Peplau	0	0,0	21	2,7	332	43,1	316	41,0	102	13,2	771	100
Imogene King	2	0,3	24	3,1	332	43,1	314	40,7	99	12,8	771	100
Callista Roy	0	0,0	7	0,9	145	18,8	403	52,3	216	28,0	771	100
Betty Neuman	1	0,1	5	0,6	193	25,0	445	57,7	127	16,5	771	100
Moyra Allen	4	0,5	77	10,0	318	41,2	300	38,9	72	9,3	771	100
Martha Rogers	2	0,3	66	8,6	331	42,9	291	37,7	81	10,5	771	100
Rosemarie Parse	0	0,0	30	3,9	375	48,6	279	36,2	87	11,3	771	100
Madeleine Leininger	1	0,1	7	0,9	107	13,9	506	65,6	150	19,5	771	100
Jean Watson	1	0,1	23	3,0	258	33,5	373	48,4	116	15,0	771	100
Afaf Meleis	0	0,0	8	1,0	70	9,1	389	50,5	304	39,4	771	100

Em **Lisboa e Vale do Tejo**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Virginia Henderson (92,8% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Dorothea Orem (90,9%), a de Afaf Meleis (90,5%), a de Madeleine Leininger (88,8%), a de Callista Roy (86,6%), a de Betty Neuman (84,1%), a de Jean Watson (77,0%), a de Florence Nightingale (75,4%), a de Hildegard Peplau (66,8%), a de Imogene King (63,0%), a de Rosemarie Parse (53,6%), a de Martha Rogers (52,2%) e a de Moyra Allen (50,4%). Como se pode verificar na Tabela 38, as conceções de ambiente que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (33,8%), Afaf Meleis (32,8%) e Madeleine Leininger (30,4%).

No **Alentejo**, as conceções com maior grau de concordância foram as de Afaf Meleis e Dorothea Orem (85,0% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática” em a cada uma), seguindo-se a de Virginia Henderson (84,9%), a de Callista Roy e a de Madeleine Leininger (82,1% cada), a de Betty Neuman (76,1%), a de Florence Nightingale (74,1%), a de Jean Watson (71,8%), a de Imogene King (66,2%), a de Hildegard Peplau (63,9%), a de Martha Rogers (58,7%), a de Moyra Allen (55,9%) e a de Rosemarie Parse (55,4%). Como se pode verificar na Tabela 39, as conceções que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Virginia Henderson (34,7%), Dorothea Orem (32,9%) e Afaf Meleis (31,5%).

Tabela 38 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região de Lisboa e Vale do Tejo

Concepções de Ambiente	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	8	1,0	70	8,4	126	15,2	460	55,5	165	19,9	829	100
Virginia Henderson	0	0,0	12	1,4	48	5,8	489	59,0	280	33,8	829	100
Dorothea Orem	3	0,4	9	1,1	63	7,6	525	63,3	229	27,6	829	100
Hildegard Peplau	5	0,6	32	3,9	238	28,7	462	55,7	92	11,1	829	100
Imogene King	5	0,6	25	3,0	277	33,4	406	49,0	116	14,0	829	100
Callista Roy	1	0,1	7	0,8	103	12,4	498	60,1	220	26,5	829	100
Betty Neuman	0	0,0	14	1,7	118	14,2	512	61,8	185	22,3	829	100
Moyra Allen	11	1,3	124	15,0	276	33,3	336	40,5	82	9,9	829	100
Martha Rogers	7	0,8	100	12,1	289	34,9	356	42,9	77	9,3	829	100
Rosemarie Parse	8	1,0	53	6,4	323	39,0	351	42,3	94	11,3	829	100
Madeleine Leininger	0	0,0	7	0,8	86	10,4	484	58,4	252	30,4	829	100
Jean Watson	3	0,4	24	2,9	164	19,8	494	59,6	144	17,4	829	100
Afaf Meleis	2	0,2	5	0,6	72	8,7	478	57,7	272	32,8	829	100

Tabela 39 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as concepções de ambiente na região do Alentejo

Concepções de Ambiente	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	2	0,9	11	5,2	42	19,7	97	45,5	61	28,6	213	100
Virginia Henderson	2	0,9	2	0,9	28	13,1	107	50,2	74	34,7	213	100
Dorothea Orem	1	0,5	5	2,3	26	12,2	111	52,1	70	32,9	213	100
Hildegard Peplau	1	0,5	8	3,8	68	31,9	96	45,1	40	18,8	213	100
Imogene King	2	0,9	2	0,9	68	31,9	106	49,8	35	16,4	213	100
Callista Roy	0	0,0	4	1,9	34	16,0	117	54,9	58	27,2	213	100
Betty Neuman	2	0,9	1	0,5	48	22,5	113	53,1	49	23,0	213	100
Moyra Allen	3	1,4	25	11,7	66	31,0	85	39,9	34	16,0	213	100
Martha Rogers	2	0,9	21	9,9	65	30,5	88	41,3	37	17,4	213	100
Rosemarie Parse	2	0,9	9	4,2	84	39,4	82	38,5	36	16,9	213	100
Madeleine Leininger	0	0,0	2	0,9	36	16,9	111	52,1	64	30,0	213	100
Jean Watson	1	0,5	5	2,3	54	25,4	108	50,7	45	21,1	213	100
Afaf Meleis	0	0,0	3	1,4	29	13,6	114	53,5	67	31,5	213	100

No **Algarve**, a conceção com maior grau de concordância foi a de Afaf Meleis (98,0% responderam “Está de acordo com a minha prática” ou “Está totalmente de acordo com a minha prática”), seguindo-se a de Virginia Henderson (93,8%), a de Callista Roy (91,8%), a de Dorothea Orem (91,8%), a de Madeleine Leininger (90,4%), a de Betty Neuman (87,0%), a de Florence Nightingale (74,7%), a de Jean Watson (73,3%), a de Martha Rogers (58,2%), a de Hildegard Peplau (57,5%), a de Rosemarie Parse (51,4%), a de Imogene King (34,9%) e a de Moyra Allen (32,2%).

Como se pode verificar na Tabela 40, as conceções de ambiente que estão totalmente de acordo com a prática dos enfermeiros são as de Callista Roy (44,5%), Virginia Henderson (39,0%), Afaf Meleis (32,9%) e Madeleine Leininger (32,9%).

Tabela 40 - Distribuição numérica e percentual da concordância com as conceções de ambiente na região do Algarve

Conceções de Ambiente	Totalmente em desacordo com a minha prática		Em desacordo com a minha prática		Sem opinião		De acordo com a minha prática		Totalmente de acordo com a minha prática		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Florence Nightingale	4	2,7	14	9,6	19	13,0	80	54,8	29	19,9	146	100,0
Virginia Henderson	0	0,0	0	0,0	9	6,2	80	54,8	57	39,0	146	100,0
Dorothea Orem	0	0,0	0	0,0	12	8,2	99	67,8	35	24,0	146	100,0
Hildegard Peplau	0	0,0	7	4,8	55	37,7	72	49,3	12	8,2	146	100,0
Imogene King	2	1,4	5	3,4	88	60,3	50	34,2	1	0,7	146	100,0
Callista Roy	0	0,0	0	0,0	12	8,2	69	47,3	65	44,5	146	100,0
Betty Neuman	0	0,0	4	2,7	15	10,3	84	57,5	43	29,5	146	100,0
Moyra Allen	3	2,1	16	11,0	80	54,8	46	31,5	1	0,7	146	100,0
Martha Rogers	0	0,0	13	8,9	48	32,9	78	53,4	7	4,8	146	100,0
Rosemarie Parse	1	0,7	3	2,1	67	45,9	74	50,7	1	0,7	146	100,0
Madeleine Leininger	0	0,0	0	0,0	14	9,6	84	57,5	48	32,9	146	100,0
Jean Watson	1	0,7	2	1,4	36	24,7	93	63,7	14	9,6	146	100,0
Afaf Meleis	0	0,0	0	0,0	3	2,1	95	65,1	48	32,9	146	100,0

A distribuição regional do grau de concordância para cada conceção de ambiente demonstra que existem diferenças entre as várias regiões, tal como nas conceções anteriores. Destacam-se, por um lado, as conceções de Afaf Meleis, Virginia Henderson e Dorothea Orem por serem as que estão mais de acordo com a prática dos enfermeiros e, por outro, as conceções de Moyra Allen, Martha Rogers e de Rosemarie Parse por serem as que estão menos de acordo. Nas posições intermédias, existem novamente várias semelhanças entre as regiões, a par de algumas diferenças acentuadas.

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* para comparação das regiões encontram-se na Tabela 41, concluindo-se que existem diferenças em quase todas as conceções (valor de p inferior a 0,05), com exceção das conceções de Dorothea Orem, Martha Rogers e Rosemarie Parse (valor de p superior a 0,05), relativamente às quais o grau de concordância é o mesmo em todas as regiões.

Nas conceções em que existem diferenças entre as regiões, ou seja, em todas exceto nas de Dorothea Orem, Martha Rogers e Rosemarie Parse, procedeu-se às comparações múltiplas com o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para amostras independentes e com a correção de Bonferroni, de que resulta um nível de significância corrigido de 0,005. A descrição dos resultados estatísticos encontra-se no Vol. II - Anexo X.

Tabela 41 - Conceções de ambiente: comparação regional

Conceções de Ambiente	Estatística teste	valor-p
Florence Nightingale	39,7	<0,001
Virginia Henderson	15,5	0,004
Dorothea Orem	5,1	0,281
Hildegard Peplau	17,0	0,002
Imogene King	54,4	<0,001
Callista Roy	29,6	<0,001
Betty Neuman	40,4	<0,001
Moyra Allen	20,2	<0,001
Martha Rogers	7,6	0,110
Rosemarie Parse	8,2	0,085
Madeleine Leininger	38,5	<0,001
Jean Watson	24,2	<0,001
Afaf Meleis	13,5	0,009

Em relação à conceção de Florence Nightingale, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Relativamente à conceção de Virginia Henderson, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Hildegard Peplau está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, desse modo, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No que concerne à conceção de Imogene King, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e menos no Algarve do que em todas as outras regiões do país. Não existem quaisquer

outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Callista Roy está mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em todas as outras regiões. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No caso da conceção de Betty Neuman, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Em relação à conceção de Moyra Allen, constatou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Algarve do que em qualquer outra região, ou seja, o Algarve é a região do país onde esta conceção está menos de acordo com a prática dos enfermeiros. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

Relativamente à conceção de Madeleine Leininger, verificou-se que está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo e do que no Algarve. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

A conceção de Jean Watson está menos de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte e no Centro do que em Lisboa e Vale do Tejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

No que concerne à conceção de Afaf Meleis, constatou-se que está mais de acordo com a prática dos enfermeiros no Norte do que no Alentejo. Não existem quaisquer outras diferenças, ou seja, esta conceção está igualmente de acordo com a prática dos enfermeiros em todos os outros pares de regiões.

2.3 As características dos enfermeiros e as conceções

Relembrando o referido anteriormente, o grau de concordância dos enfermeiros nas escalas das conceções pode assumir cinco categorias (“Está totalmente em desacordo com a minha prática”, “Está em desacordo com a minha prática”, “Não tenho opinião”, “Está de acordo com a minha prática” e “Está totalmente de acordo com a minha

prática”), por ordem crescente do grau de concordância, o que significa que esta é uma variável qualitativa ordinal.

Com o objetivo de determinar quais os atributos de caracterização que afetam significativamente o grau de concordância, ajustou-se para cada conceção um modelo de regressão logística de multicategoria ou modelo de regressão ordinal (modelo de regressão logística acumulado para respostas ordinais), uma vez que a resposta (o grau de concordância) é uma variável qualitativa ordinal. Este modelo irá permitir concluir quais os atributos de caracterização que efetivamente influenciam o grau de concordância com cada conceção e em que sentido. Ou seja, a variável explicada (resposta) é o quociente entre a probabilidade de o grau de concordância de um enfermeiro ser maior e a probabilidade desse grau ser menor em cada conceção; as variáveis explicativas do modelo (regressores) são portanto os atributos de caracterização: a região, o serviço (por serem em número muito elevado, os serviços foram agrupados), o género, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional (optou-se por considerar este tempo em detrimento da idade porque existe uma fortíssima correlação entre os dois, o que impede a consideração de ambos, e porque o tempo é mais adequado para o objetivo pretendido) e o grau académico.

Em todas as conceções, procedeu-se à eliminação do modelo das variáveis explicativas, cujo parâmetro estimado não era estatisticamente significativo, tendo-se feito uma seleção “backward” baseada no teste de *Wald*.

Para cada um dos conceitos metarapadigmáticos, os resultados da estimação dos modelos de regressão, que incluem as estimativas dos parâmetros, os respetivos valor de p e os intervalos de confiança (a 95%), assim como os correspondentes *odds ratio* e os seus intervalos de confiança (a 95%), encontram-se no Vol. II - Anexos XI, XII, XIII e XIV.

2.3.1 As características dos enfermeiros e as conceções de enfermagem

Na conceção de enfermagem de **Florence Nightingale**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor de p inferior ao nível de significância adotado de 0,05, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e o serviço.

Em relação à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Alentejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Algarve que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Relativamente ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o menor grau de concordância.

Na conceção de enfermagem de **Virginia Henderson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e a condição em que exerce a profissão.

Quanto à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Dorothea Orem**, os resultados da estimação apontam que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Alentejo ou no Algarve (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Hildegard Peplau**, os resultados da estimação demonstram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, a condição em que exerce a profissão e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Alentejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Algarve que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o menor grau de concordância.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de enfermagem de **Imogene King**, os resultados da estimação indicam que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, a condição em que exerce a profissão e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Centro ou no Alentejo (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Algarve que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o menor grau de concordância.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de enfermagem de **Callista Roy**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género, a condição em que exerce a profissão e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região e que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

Relativamente à condição em que exerce a profissão, concluiu-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de enfermagem de **Betty Neuman**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Algarve que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Quanto ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Licenciatura ou com Mestrado (sendo o mesmo para ambos os graus) é mais baixo do que o dos enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Moyra Allen**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção é apenas a região.

Assim, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e, por fim, os que trabalham no Algarve que têm o menor grau de concordância.

Na conceção de enfermagem de **Martha Rogers**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são o serviço, a condição em que exerce a profissão e o grau académico.

Relativamente ao serviço, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é o mais baixo, seguindo-se os que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o maior grau de concordância.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que se refere ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é mais baixo do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Rosemarie Parse**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção é apenas o grau académico.

Desta forma, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Madeleine Leininger**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Jean Watson**, os resultados da estimação apontam que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o género e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao género, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de enfermagem de **Afaf Meleis**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Alentejo ou no Algarve (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, concluiu-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

A Figura 1 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as conceções de enfermagem.

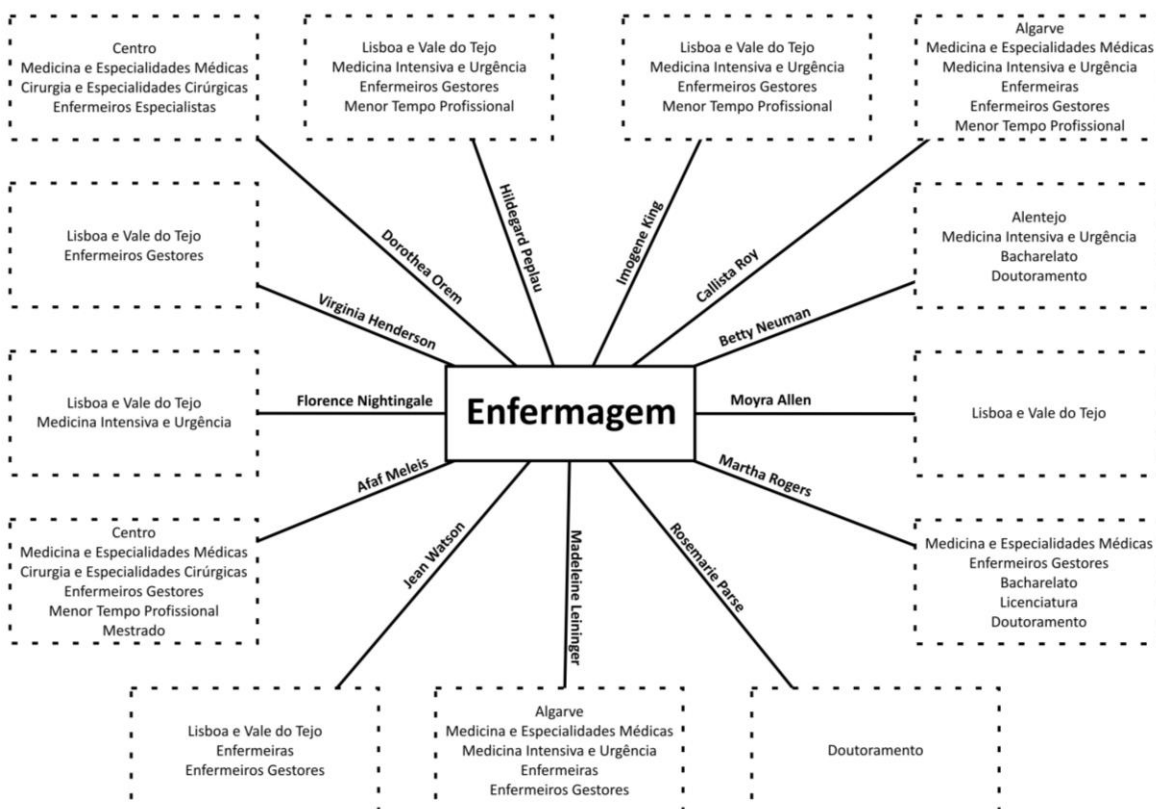


Figura 1 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de enfermagem

2.3.2 As características dos enfermeiros e as concepções de pessoa

Na concepção de pessoa de **Florence Nightingale**, os resultados da estimação expressam que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor de p inferior ao nível de significância adotado de 0,05, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta concepção são a região, o serviço e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo, os que trabalham no Algarve, os que trabalham no Centro e, por fim, os que trabalham no Norte e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de pessoa de **Virginia Henderson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Licenciatura é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de pessoa de **Dorothea Orem**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Alentejo ou no Algarve (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é o mais baixo, seguindo-se os que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o maior grau de concordância.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de pessoa de **Hildegard Peplau**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e o género.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

Na conceção de pessoa de **Imogene King**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Centro ou no Alentejo (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Algarve que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, concluiu-se que o grau de concordância diminui, à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Licenciatura é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Mestrado e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de pessoa de **Callista Roy**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, a condição em que exerce a profissão e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de pessoa de **Betty Neuman**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de pessoa de **Moyra Allen**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o género, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao género, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, concluiu-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Licenciatura e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de pessoa de **Martha Rogers**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção é apenas o serviço.

Assim, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

Na conceção de pessoa de **Rosemarie Parse**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o menor grau de concordância.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, concluiu-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os Enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Licenciatura e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de pessoa de **Madeleine Leininger**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se

os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

Relativamente à condição em que exerce a profissão, concluiu-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de pessoa de **Jean Watson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o género e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao género, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que se refere ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de pessoa de **Afaf Meleis**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os

enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é o mais elevado, seguindo-se os enfermeiros com Mestrado e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Licenciatura que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

A Figura 2 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as concepções de pessoa.



Figura 2 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de pessoa

2.3.3 As características dos enfermeiros e as concepções de saúde

Na concepção de saúde de **Florence Nightingale**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor de p inferior ao nível de significância adotado de 0,05, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de

concordância nesta conceção são a região, o serviço, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Algarve que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o menor grau de concordância.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais baixo do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, concluiu-se que o grau de concordância aumenta à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é mais baixo do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Virginia Henderson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância aumenta à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que concerne ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Dorothea Orem**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Hildegard Peplau**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Imogene King**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, a condição em que exerce a profissão e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Centro ou no Alentejo (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Algarve que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os Enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros que têm o menor grau de concordância.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de saúde de **Callista Roy**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e o serviço.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Betty Neuman**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo, os que trabalham no Norte ou no Centro (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Algarve e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é mais baixo do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Moyra Allen**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é mais baixo do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Martha Rogers**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Licenciatura é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Mestrado e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de saúde de **Rosemarie Parse**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção é apenas o grau académico.

Assim, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Madeleine Leininger**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Jean Watson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau

de concordância nesta conceção são a região, o género, a condição em que exerce a profissão e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao género, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, constatou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de saúde de **Afaf Meleis**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais baixo, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Algarve que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é o mais baixo, seguindo-se os que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência e, por fim, os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas que têm o maior grau de concordância.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, concluiu-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é o mais elevado, seguindo-se os enfermeiros com

Mestrado e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Licenciatura que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

A Figura 3 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as concepções de saúde.

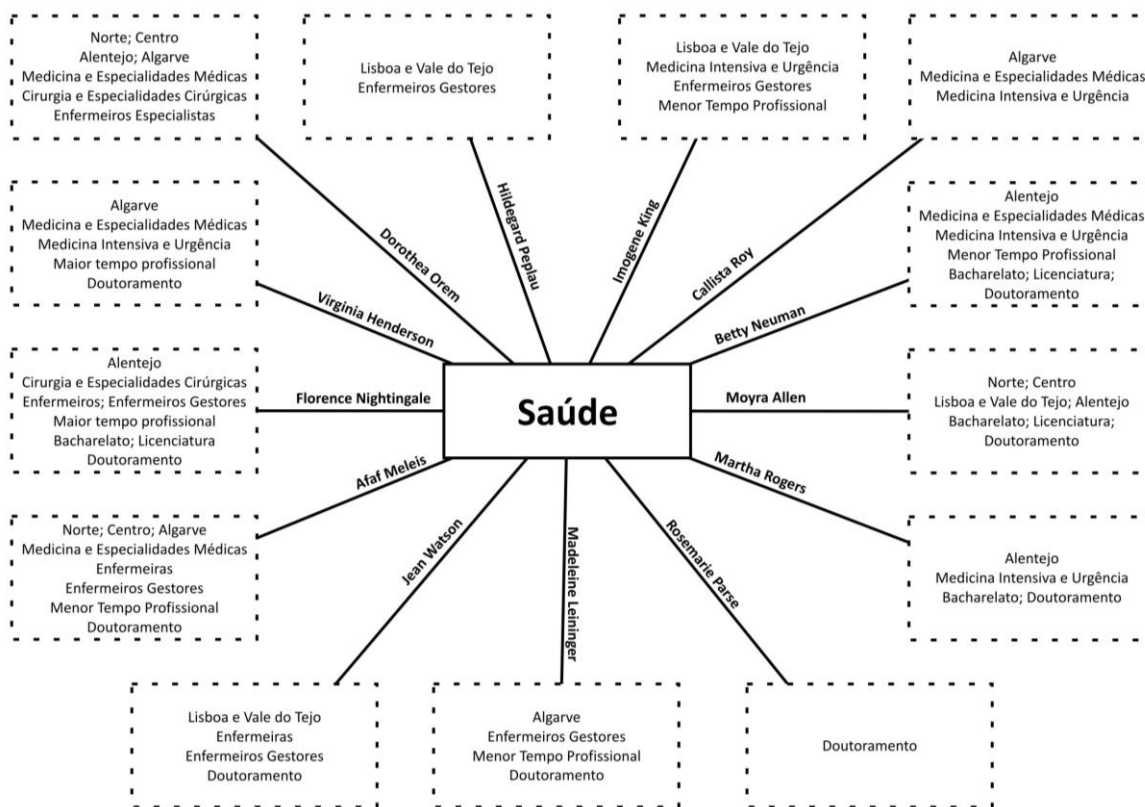


Figura 3 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de saúde

2.3.4 As características dos enfermeiros e as concepções de ambiente

Na concepção de ambiente de **Florence Nightingale**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor de p inferior ao nível de significância adotado de 0,05, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta concepção são a região, o serviço e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo, os que trabalham no Algarve e, por fim, os

que trabalham no Norte ou no Centro (que não se distinguem entre si) e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância aumenta à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de ambiente de **Virginia Henderson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais baixo do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de ambiente de **Dorothea Orem**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Centro é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que se refere à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Especialistas/Especializados é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de ambiente de **Hildegard Peplau**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, no Centro ou no Algarve (que não se distinguem entre si) e que têm o menor grau de concordância.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Licenciatura e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de ambiente de **Imogene King**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo, os que trabalham no Norte ou no Centro (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Algarve e que têm o menor grau de concordância.

Em relação à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os Enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Licenciatura e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de ambiente de **Callista Roy**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género e a condição em que exerce a profissão.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

Na conceção de ambiente de **Betty Neuman**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço e o género.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham em Medicina e Especialidades Médicas e, por fim, os que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas que têm o menor grau de concordância.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

Na conceção de ambiente de **Moyra Allen**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Centro ou em Lisboa e Vale do Tejo (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Algarve que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Licenciatura e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de ambiente de **Martha Rogers**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de ambiente de **Rosemarie Parse**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outra região que não se distinguem entre si.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Medicina Intensiva e Urgência é mais elevado do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, constatou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

No que se refere ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é o mais baixo, seguindo-se os enfermeiros com Licenciatura e, por fim, os enfermeiros com Bacharelato ou Doutoramento que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Na conceção de ambiente de **Madeleine Leininger**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género, a condição em que exerce a profissão e o tempo de exercício profissional.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Algarve é o mais elevado, seguindo-se

os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Alentejo que não se distinguem entre si e que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

Relativamente à condição em que exerce a profissão, concluiu-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é mais elevado do que o dos que têm qualquer outra condição que não se distinguem entre si.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Na conceção de ambiente de **Jean Watson**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo é o mais elevado, seguindo-se os que trabalham no Norte, no Alentejo ou no Algarve (que não se distinguem entre si) e, por fim, os que trabalham no Centro que têm o menor grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

Em relação ao grau académico, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Doutoramento é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

Na conceção de ambiente de **Afaf Meleis**, os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam o grau de concordância nesta conceção são a região, o serviço, o género, a condição em que exerce a profissão, o tempo de exercício profissional e o grau académico.

Relativamente à região, de acordo com o modelo estimado, concluiu-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham no Alentejo é o mais baixo, seguindo-se os que trabalham em Lisboa e Vale do Tejo e, por fim, os que trabalham no Norte, Centro ou Algarve que não se distinguem entre si e que têm o maior grau de concordância.

Em relação ao serviço, verificou-se que o grau de concordância dos enfermeiros que trabalham em Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas é mais baixo do que o dos enfermeiros que trabalham em qualquer outro serviço que não se distinguem entre si.

No que se refere ao género, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros é mais baixo do que o das enfermeiras.

No que concerne à condição em que exerce a profissão, concluiu-se que o grau de concordância dos Enfermeiros Gestores/Chefes é o mais elevado, seguindo-se os enfermeiros Especialistas/Especializados e, por fim, os Enfermeiros, que têm o menor grau de concordância.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se que o grau de concordância diminui à medida que o tempo de exercício profissional aumenta.

Em relação ao grau académico, constatou-se que o grau de concordância dos enfermeiros com Mestrado é mais elevado do que o dos que têm qualquer outro grau académico que não se distinguem entre si.

A Figura 4 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as conceções de ambiente.

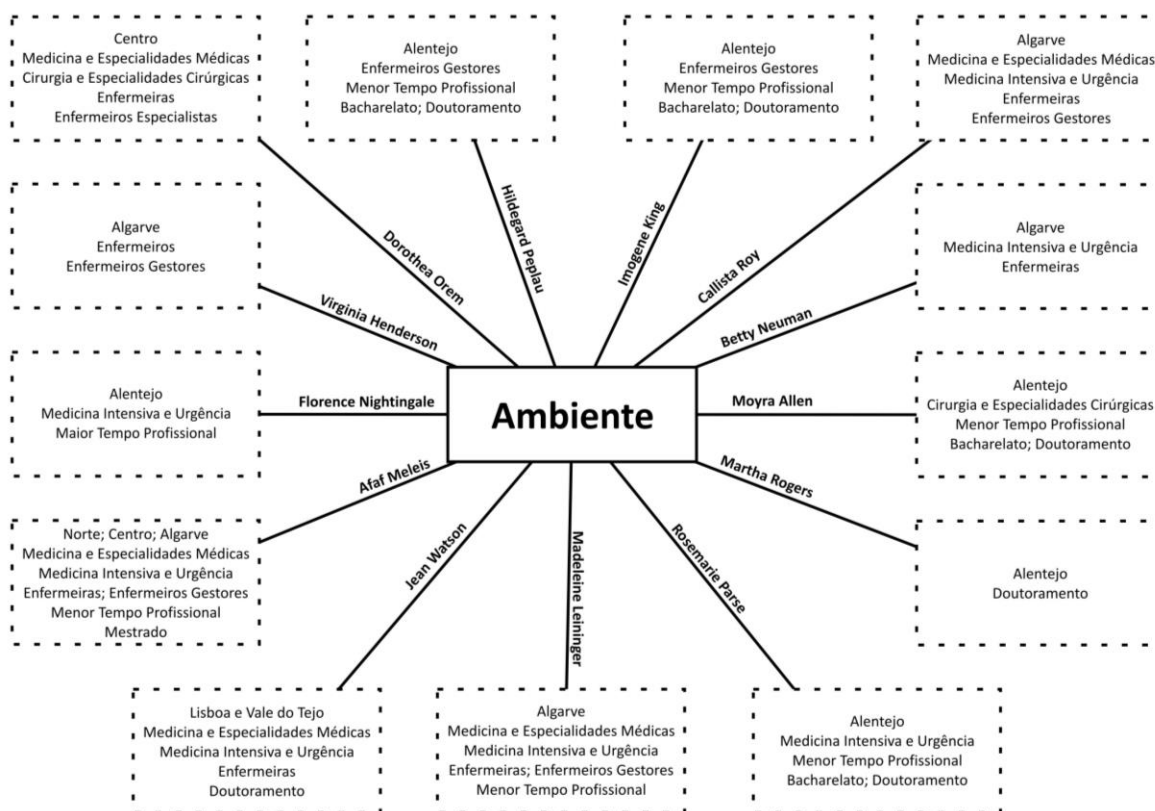


Figura 4 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as conceções de ambiente

2.4 As atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados

Decorrente da aplicação da escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados (Martins et al., 2016), construída com base nos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2001a), no âmbito da dimensão satisfação do cliente, foi possível constatar que na atividade *respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta*, “Sempre” foi a resposta maioritária (66,4%), seguindo-se “Às vezes” (33,1%), “Poucas vezes” (0,6%) e “Nunca” (0,03%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 99,4% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 66,4%).

Em relação à atividade *procura constantemente empatia nas interações com os clientes (doente/família)*, “Sempre” foi a resposta maioritária (69,9%), seguindo-se “Às vezes” (29,6%), “Poucas vezes” (0,6%) e “Nunca” (0,03%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 99,4% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 69,9%).

No que concerne à atividade *envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (55,3%), seguindo-se “Sempre” (33,4%), “Poucas vezes” (11,1%) e “Nunca” (0,2%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 88,7% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 33,4%, uma percentagem muito considerável).

A Tabela 42 mostra a frequência das respostas nas atividades da dimensão satisfação do cliente. Importa referir que na tabela as atividades encontram-se designadas de uma forma abreviada.

Tabela 42 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Satisfação do Cliente

Satisfação do Cliente	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfação do cliente a)	1	0,03	19	0,6	1141	33,1	2290	66,4	3451	100
Satisfação do cliente b)	1	0,03	19	0,6	1020	29,6	2411	69,9	3451	100
Satisfação do cliente c)	6	0,2	383	11,1	1909	55,3	1153	33,4	3451	100

a) *Respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta;*
 b) *Procura constantemente empatia nas interações com os clientes (doente/família);* c) *Envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.*

Considerando a dimensão promoção da saúde (Tabela 43), foi possível constatar que na atividade *identifica as situações de saúde e os recursos do cliente/família e comunidade*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (66,0%), seguindo-se “Sempre” (27,5%), “Poucas vezes” (6,4%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 93,5% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 27,5%).

Em relação à atividade *aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (54,0%), seguindo-se “Sempre” (29,9%), “Poucas vezes” (15,6%) e “Nunca” (0,6%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 83,8% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 29,9%).

No que se refere à atividade, *fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*, “Às vezes” é a resposta maioritária (56,7%), seguindo-se “Sempre” (29,7%), “Poucas vezes” (13,4%) e “Nunca” (0,2%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 86,4% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 29,7%).

Tabela 43 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Promoção da Saúde

Promoção da Saúde	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Promoção da saúde a)	5	0,1	221	6,4	2276	66,0	949	27,5	3451	100
Promoção da saúde b)	21	0,6	537	15,6	1862	54,0	1031	29,9	3451	100
Promoção da saúde c)	7	0,2	464	13,4	1956	56,7	1024	29,7	3451	100

a) *Identifica as situações de saúde e os recursos do cliente/família e comunidade*; b) *Aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis*; c) *Fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*.

No que concerne à dimensão prevenção de complicações (Tabela 44), verificou-se que na atividade *identifica os problemas potenciais do cliente*, “Sempre” foi a resposta maioritária (57,6%), seguindo-se “Às vezes” (41,0%), “Poucas vezes” (1,3%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 98,6% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 57,6%).

Em relação à atividade *prescreve e implementa intervenções com vista à prevenção de complicações*, “Sempre” foi a resposta maioritária (58,2%), seguindo-se “Às vezes” (39,6%), “Poucas vezes” (2,1%) e “Nunca” (0,2%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em

conjunto representam 97,7% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 58,2%).

No que se refere à atividade *avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis*, “Sempre” foi a resposta maioritária (54,4%), seguindo-se “Às vezes” (42,4%), “Poucas vezes” (3,0%) e “Nunca” (0,2%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 96,8% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 54,4%).

Tabela 44 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Prevenção de Complicações

Prevenção de Complicações	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prevenção complicações a)	3	0,1	46	1,3	1414	41,0	1988	57,6	3451	100
Prevenção complicações b)	7	0,2	72	2,1	1365	39,6	2007	58,2	3451	100
Prevenção complicações c)	6	0,2	105	3,0	1462	42,4	1878	54,4	3451	100

a)Identifica os problemas potenciais do cliente; b)Prescreve e implementa intervenções com vista à prevenção de complicações; c)Avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis.

No âmbito da dimensão bem-estar e autocuidado (Tabela 45), foi possível constatar que na atividade *identifica os problemas do cliente que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida*, “Sempre” foi a resposta maioritária (51,5%), seguindo-se “Às vezes” (46,4%), “Poucas vezes” (2,0%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 97,9% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 51,5%).

Em relação à atividade *prescreve e implementa intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (52,3%), seguindo-se “Sempre” (44,1%), “Poucas vezes” (3,5%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 89,7% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 44,1%).

No que concerne à atividade *avalia as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*, “Às vezes” foi a resposta mais frequente (48,1%), seguindo-se “Sempre” (41,6%), “Poucas vezes” (10,3%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 89,7% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 41,6%).

Relativamente à atividade *referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes*, “Às vezes” foi a resposta mais frequente (46,9%), seguindo-se “Sempre” (42,8%), “Poucas vezes” (10,1%) e “Nunca” (0,2%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 89,7% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 42,8%).

Tabela 45 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Bem-estar e Autocuidado

Bem-estar e Autocuidado	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bem-estar e autocuidado a)	4	0,1	69	2,0	1600	46,4	1778	51,5	3451	100
Bem-estar e autocuidado b)	5	0,1	120	3,5	1805	52,3	1521	44,1	3451	100
Bem-estar e autocuidado c)	3	0,1	354	10,3	1659	48,1	1435	41,6	3451	100
Bem-estar e autocuidado d)	8	0,2	347	10,1	1618	46,9	1478	42,8	3451	100

a) Identifica os problemas do cliente que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida; b) Prescreve e implementa intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes; c) Avalia as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes; d) Referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes.

Face à dimensão *readaptação funcional* (Tabela 46), observou-se que na atividade *dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem*, “Sempre” foi a resposta maioritária (58,9%), seguindo-se “Às vezes” (36,5%), “Poucas vezes” (4,1%) e “Nunca” (0,5%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 95,4% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 58,9%).

Em relação à atividade *planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade*, “Às vezes” foi a resposta mais frequente (48,3%), seguindo-se “Sempre” (39,5%), “Poucas vezes” (10,9%) e “Nunca” (1,3%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 87,8% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 39,5%).

No âmbito da atividade *otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito*, “Às vezes” foi a resposta mais frequente (46,1%), seguindo-se “Sempre” (38,8%), “Poucas vezes” (14,2%) e “Nunca” (0,9%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 84,9% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 38,8%).

Relativamente à atividade *ensina, instrui e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional*, “Às vezes” foi a resposta mais frequente (47,0%),

seguinte-se “Sempre” (38,0%), “Poucas vezes” (14,6%) e “Nunca” (0,4%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 85,0% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 38,0%).

Tabela 46 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Readaptação Funcional

Readaptação Funcional	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Readaptação funcional a)	16	0,5	143	4,1	1261	36,5	2031	58,9	3451	100
Readaptação funcional b)	46	1,3	375	10,9	1666	48,3	1364	39,5	3451	100
Readaptação funcional c)	31	0,9	491	14,2	1591	46,1	1338	38,8	3451	100
Readaptação funcional d)	15	0,4	504	14,6	1622	47,0	1310	38,0	3451	100

a) *Dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem; b) Planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; c) Otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; d) Ensina, instrui e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.*

No que se refere à dimensão organização dos cuidados de enfermagem (Tabela 47), foi possível constatar que na atividade *domina o sistema de registos de enfermagem*, “Sempre” foi a resposta maioritária (51,1%), seguindo-se “Às vezes” (44,4%), “Poucas vezes” (4,2%) e “Nunca” (0,2%). Portanto, a frequência inerente a esta atividade é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 95,5% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 51,1%).

No que concerne à atividade *conhece as políticas do hospital*, “Às vezes” foi a resposta maioritária (53,2%), seguindo-se “Sempre” (31,8%), “Poucas vezes” (14,6%) e “Nunca” (0,3%). Portanto, a frequência inerente a esta atividade é elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 85,0% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 31,8%).

Tabela 47 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem

Organização dos Cuidados de Enfermagem	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Organização cuidados a)	8	0,2	146	4,2	1532	44,4	1765	51,1	3451	100
Organização cuidados b)	12	0,3	504	14,6	1836	53,2	1099	31,8	3451	100

a) *Domina o sistema de registos de enfermagem; b) Conhece as políticas do hospital.*

Ao analisar a dimensão responsabilidade e rigor (Tabela 48), foi possível constatar que na atividade *demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista a prevenção de complicações*, “Sempre” foi a resposta

maioritária (88,5%), seguindo-se “Às vezes” (11,4%) e “Poucas vezes” (0,1%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”. Portanto, a frequência inerente a esta atividade é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 99,9% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 88,5%, uma frequência muito elevada).

Na atividade *demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista o bem-estar e autocuidado dos clientes*, “Sempre” foi a resposta maioritária (79,7%), seguindo-se “Às vezes” (20,1%) e “Poucas vezes” (0,2%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”. Portanto, a frequência inerente a esta atividade é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 99,8% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 79,7%, uma frequência elevada).

Em relação à atividade *demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, com vista à prevenção de complicações*, “Sempre” foi a resposta maioritária (78,2%), seguindo-se “Às vezes” (21,5%) e “Poucas vezes” (0,3%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”. Portanto, a frequência inerente a esta atividade é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 99,7% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 78,2%, uma frequência elevada).

No que concerne à atividade *demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*, “Sempre” foi a resposta maioritária (68,3%), seguindo-se “Às vezes” (31,3%) e “Poucas vezes” (0,4%), não existindo quaisquer respostas “Nunca”. Portanto, a frequência inerente a esta atividade é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 99,6% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 68,3%, uma frequência um pouco elevada).

Relativamente à atividade *referencia situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais*, “Sempre” foi a resposta maioritária (51,6%), seguindo-se “Às vezes” (45,2%), “Poucas vezes” (3,1%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é extremamente elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em conjunto representam 96,8% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 51,6%).

Na atividade *supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega*, “Sempre” foi a resposta maioritária (51,9%), seguindo-se “Às vezes” (38,7%), “Poucas vezes” (9,3%) e “Nunca” (0,1%). Portanto, a frequência com que esta atividade é realizada é muito elevada (note-se que “Às vezes” e “Sempre” em

conjunto representam 90,6% dos enfermeiros e que esta última resposta representa 51,9%).

Tabela 48 - Distribuição numérica e percentual nas atividades da dimensão Responsabilidade e Rigor

Responsabilidade e Rigor	Frequência									
	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Responsabilidade e rigor a)	0	0,0	4	0,1	394	11,4	3053	88,5	3451	100
Responsabilidade e rigor b)	0	0,0	8	0,2	692	20,1	2751	79,7	3451	100
Responsabilidade e rigor c)	0	0,0	10	0,3	742	21,5	2699	78,2	3451	100
Responsabilidade e rigor d)	0	0,0	13	0,4	1080	31,3	2358	68,3	3451	100
Responsabilidade e rigor e)	3	0,1	107	3,1	1560	45,2	1781	51,6	3451	100
Responsabilidade e rigor f)	5	0,1	320	9,3	1336	38,7	1790	51,9	3451	100

a) *Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista a prevenção de complicações;* b) *Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista o bem-estar e autocuidado dos clientes;* c) *Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, com vista à prevenção de complicações;* d) *Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes;* e) *Referencia situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais;* f) *Supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega.*

Em síntese, os resultados obtidos com a aplicação da escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados permitiram evidenciar que, na sua maioria, os enfermeiros concretizam “às vezes” ou “sempre” as atividades inerentes a cada uma das dimensões. Importa contudo relevar que as atividades inerentes às dimensões “promoção da saúde”, “bem-estar e autocuidado” e “readaptação funcional”, foram aquelas que os enfermeiros perceberam como menos executadas.

2.5 Organização dos cuidados de enfermagem

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem no hospital, na questão *existe, no hospital, um quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros*, “Não sei” foi a resposta maioritária (60,1%), seguindo-se “Sim” (35,0%) e “Não” (4,9%). Dos 1209 enfermeiros que responderam “Sim”, 318 indicaram 19 quadros de referências diferentes, destacando-se os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (31,1%), os protocolos de atuação da instituição (11,3%), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (9,7%), o manual de procedimentos de enfermagem (8,2%), a Teoria das Transições (7,9%) e a Teoria das Necessidades de Virginia Henderson (7,2%). Vários enfermeiros indicaram mais do que um elemento no quadro de referências, tendo-se encontrado combinações muito diversas.

Em relação à questão *existe, no hospital, um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*, “Sim” foi a resposta maioritária (69,5%), seguindo-se “Não sei” (25,4%) e “Não” (5,2%).

Na questão *existe, no hospital, uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade*, “Sim” foi a resposta maioritária (82,4%), seguindo-se “Não sei” (10,6%) e “Não” (7,0%).

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem no serviço, na questão *existe, no serviço, um quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros*, “Não sei” foi a resposta maioritária (53,5%), seguindo-se “Sim” (33,0%) e “Não” (13,4%). À semelhança do que sucedeu com o quadro de referências no hospital, 318 enfermeiros que responderam “Sim” indicaram um quadro de referências no serviço. Dos 22 quadros de referências indicados, destacaram-se as normas, os procedimentos e os protocolos adotados no serviço (24,2%), os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (23,0%), o manual de procedimentos de enfermagem (8,5%), a Teoria das Necessidades de Virginia Henderson (8,5%), a Teoria das Transições (8,2%) e o REPE (6,9%). Vários enfermeiros indicaram mais do que um elemento no quadro de referências, existindo combinações muito diversas.

Relativamente à questão *os cuidados de enfermagem prestados no serviço são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico*, “Sim” foi a resposta maioritária (80,8%), seguindo-se “Não” (10,3%) e “Não sei” (8,9%).

No que concerne à questão *a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço é promotora da qualidade*, “Sim” foi a resposta maioritária (86,1%), seguindo-se “Não sei” (7,0%) e “Não” (6,9%).

Por fim, na questão *existe, no serviço, uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade*, “Sim” foi a resposta maioritária (84,2%), seguindo-se “Não” (10,5%) e “Não sei” (5,2%).

A Tabela 49 mostra a frequência das respostas quanto à organização dos cuidados de enfermagem no hospital e no serviço. Cabe esclarecer que as questões se encontram designadas de uma forma abreviada.

Tabela 49 - Organização dos cuidados de enfermagem no hospital e no serviço

Questões	Frequência							
	Sim		Não		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Organização dos cuidados de enfermagem no hospital								
Organização dos cuidados a)	1209	35,0	169	4,9	2073	60,1	3451	100
Organização dos cuidados b)	2398	69,5	178	5,2	875	25,4	3451	100
Organização dos cuidados c)	2843	82,4	243	7,0	365	10,6	3451	100
Organização dos cuidados de enfermagem no serviço								
Organização dos cuidados d)	1139	33,0	464	13,4	1848	53,5	3451	100
Organização dos cuidados e)	2789	80,8	355	10,3	307	8,9	3451	100
Organização dos cuidados f)	2971	86,1	239	6,9	241	7,0	3451	100
Organização dos cuidados g)	2907	84,2	364	10,5	180	5,2	3451	100

a) *Existe, no hospital, um quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros*; b) *Existe, no hospital, um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*; c) *Existe, no hospital, uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade*; d) *Existe, no serviço, um*

quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros; e) Os cuidados de enfermagem prestados no serviço são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico; f) A metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço é promotora da qualidade; g) Existe, no serviço, uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade.

Tal como referido anteriormente, os enfermeiros foram questionados sobre a existência quer no hospital (organização dos cuidados de enfermagem no hospital), quer no serviço (organização dos cuidados de enfermagem no serviço), de um quadro de referências para o seu exercício profissional, sendo útil, neste momento, comparar as respostas a ambas as questões. Para este efeito, foram utilizadas apenas as respostas “Sim” e “Não”, eliminando-se as respostas “Não sei” para esta comparação. Uma vez que são amostras emparelhadas, pois foram os mesmos enfermeiros que responderam a ambas as questões, recorreu-se ao teste de *McNemar* cuja estatística de teste (estatística do qui-quadrado) é 31,4, correspondendo a um valor de $p < 0,001$. Logo, concluiu-se que a percentagem de enfermeiros que responderam “Sim” sobre a existência de um quadro de referências para o seu exercício profissional no hospital é superior à percentagem dos que responderam “Sim” à mesma questão sobre o serviço.

De forma semelhante, os enfermeiros também foram questionados sobre a existência quer no hospital, quer no serviço, de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade. Para comparar as respostas a ambas as questões, procedeu-se da mesma forma. A estatística do teste de *McNemar* é 14,9 com um valor de $p < 0,001$. Logo, concluiu-se que a percentagem de enfermeiros que responderam “Sim”, sobre a existência de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade no hospital, é superior à percentagem dos que responderam “Sim” à mesma questão relativamente ao serviço.

Por fim, os resultados obtidos relativamente à metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço encontram-se na Tabela 50.

Tabela 50 - Metodologias de organização dos cuidados de enfermagem usadas nos serviços

Metodologia	n	%
Método funcional	93	2,7
Método individual	2182	63,2
Método de equipa	359	10,4
Método de enfermeiro responsável/de referência	817	23,7
Total	3451	100

Verificou-se o predomínio do método individual (63,2%), seguido do método de enfermeiro responsável/de referência (23,7%), do método de equipa (10,4%) e do método funcional (2,7%).

3. CONCEÇÕES E PADRÕES DE QUALIDADE: CONTRIBUTOS PARA A SUSTENTAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR

No capítulo anterior, apresentámos os dados obtidos, não obstante, este é o momento de procedermos à síntese e discussão dos aspetos do estudo que se consideram mais relevantes pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com outras investigações desenvolvidas.

Este estudo de cariz quantitativo foi realizado com a participação de 3451 enfermeiros que exercem a sua atividade profissional no contexto hospitalar, nomeadamente em instituições hospitalares EPE. Decorrente da análise das variáveis sociodemográficas, verificámos que a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo era do género feminino (77,1%) e apresentava idades predominantemente compreendidas entre os 25 e os 35 anos. Estes resultados vêm corroborar os dados atualizados pela Ordem dos Enfermeiros em dezembro de 2015. De facto, para além da já conhecida predominância do género feminino, os grupos etários em que se verifica maior número de enfermeiros são respetivamente os grupos dos 26 aos 30 anos e dos 31 aos 35 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Relativamente à condição em que exercem a profissão, a maioria dos participantes eram enfermeiros (76,3%), seguindo-se os enfermeiros especialistas/especializados (19,9%) e, por fim, os enfermeiros gestores/chefes (3,8%). Ainda em consonância com os dados emanados pelo órgão regulador da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), relativamente à área da especialidade, predominaram a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Importa referir que 43,3% dos enfermeiros especialistas/especializados que participaram neste estudo não exercem a atividade profissional na área da especialidade.

Em relação ao grau académico, a licenciatura foi largamente maioritária (88,0%), seguindo-se o mestrado (10,7%), o bacharelato (1,1%) e o doutoramento (0,2%). Atendendo a que em Portugal para o exercício profissional de enfermagem é necessário o grau académico de licenciatura, os resultados vão ao encontro do esperado.

Uma vez evidenciadas as principais características dos participantes do estudo, atendendo aos objetivos anteriormente formulados, debruçar-nos-emos, em seguida, nos resultados mais significativos relativamente à concordância expressa pelos enfermeiros relativamente às conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente e à sua perceção sobre a concretização das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados.

Inerente ao processo de identificar uma ou mais teorias de enfermagem com potencial para fundamentar a prática, espera-se que os enfermeiros reconheçam a importância das teorias de enfermagem, avaliando os conceitos estabelecidos por quem as desenvolveu e a congruência deles com o seu cotidiano de trabalho (Tannure e Pinheiro, 2010). Decorrente dos resultados obtidos neste estudo é interessante verificar que a concordância pelas concepções que mais se adequam à prática seja, maioritariamente, a mesma em relação a todos os conceitos metaparadigmáticos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, o que na perspectiva de Dourado, Bezerra e Anjos (2014), é crucial.

Neste sentido, no estudo, ficou evidente que as concepções que obtiveram maior concordância foram as de Virginia Henderson, Afaf Meleis, Dorothea Orem, Madeleine Leininger e Callista Roy. A congruência observada nos resultados torna-os mais consistentes e deixa claro que os enfermeiros enfocam o seu papel na satisfação das necessidades fundamentais e das necessidades de autocuidado; na facilitação dos processos e das experiências humanas de transição; nas atividades de assistir, apoiar e capacitar as pessoas a manter ou readquirir o bem-estar de formas culturalmente significativas, bem como nas capacidades de adaptação das pessoas, enfatizando a promoção da saúde, a estabilidade, a homeostasia e a qualidade de vida.

Zarzycka et al. (2013), num estudo realizado na Polónia, constataram que na prática de enfermagem do país são usados, com maior frequência, os contributos de Florence Nightingale, Dorothea Orem e Virginia Henderson. Decorrente da análise dos resultados, os autores concluíram que a teórica mais importante na criação da enfermagem contemporânea continua a ser Florence Nightingale.

Numa investigação realizada na Eslovénia (Pajnikihar e Butterworth, 2005), os enfermeiros atribuíram maior relevância ao modelo concetual de Virginia Henderson. No nosso estudo, relativamente ao conceito de enfermagem, no contexto nacional, constatou-se que um valor percentual mais elevado de enfermeiros identificou como “totalmente de acordo com a sua prática” a concepção de Virginia Henderson (36,0%) – *a enfermagem caracteriza-se pela assistência à pessoa doente ou sã, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários, com o fim de conservar ou restabelecer a independência na satisfação das suas necessidades fundamentais*; a concepção de Afaf Meleis (29,3%) – *a enfermagem é uma ciência que está relacionada com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção; nesta perspectiva, o desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar*, e a concepção de Dorothea Orem (27,2%) – *a enfermagem é uma arte que se caracteriza pela*

assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado.

No que concerne ao conceito de pessoa, constatou-se que um valor percentual mais elevado de enfermeiros identificou como “totalmente de acordo com a sua prática” a concepção de Virginia Henderson (40,1%) – *a pessoa é um ser biológico, psicológico e social, que precisa de assistência para obter a saúde e a independência na satisfação das necessidades fundamentais*; a concepção de Afaf Meleis (37,2%) – *a pessoa é um ser humano com necessidades que está em constante interação com o meio envolvente; apresenta capacidade para se adaptar às alterações, mas devido à doença, risco ou vulnerabilidade a potencial doença, experimenta ou fica em risco de experimentar um desequilíbrio que se manifesta por dificuldade em satisfazer as suas necessidades, incapacidade para tomar conta de si mesmo e por respostas não adaptativas*; e a concepção de Florence Nightingale (30,0%) – *a pessoa, enquanto doente, é constituída por aspetos físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais.*

Em relação ao conceito de saúde, verificou-se que um valor percentual mais elevado de enfermeiros identificou como “totalmente de acordo com a sua prática” a concepção de Afaf Meleis (36,2%) – *a saúde refere-se ao bem-estar e conforto, não se reduzindo à ausência de doença*; a concepção de Virginia Henderson (26,3%) – *a saúde refere-se à capacidade da pessoa atuar de forma independente em relação às necessidades fundamentais*; e a concepção de Dorothea Orem (25,2%) – *a saúde significa ser estrutural e funcionalmente completo e integrado, sendo que a saúde humana é a capacidade de refletir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar com os outros, evidenciando independência para o autocuidado.*

No que diz respeito ao conceito de ambiente, constatou-se que um valor percentual mais elevado de enfermeiros identificou como “totalmente de acordo com a sua prática” a concepção de Afaf Meleis (36,9%) – *o ambiente envolve a família, grupos e comunidade onde a pessoa interage e as condições sob as quais vive e se desenvolve*; a concepção de Virginia Henderson (30,9%) – *o ambiente é o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida, de forma positiva ou negativa*; e a concepção de Dorothea Orem (29,6%) – *o ambiente refere-se aos fatores externos que afetam o autocuidado; engloba aspetos físicos, químicos e biológicos; inclui a família, a cultura e a comunidade.*

Numa investigação realizada em seis unidades de saúde, cujo principal objetivo era conhecer o posicionamento dos enfermeiros em relação ao conceito de ambiente, Ruiz et al. (2010) constataram que os enfermeiros maioritariamente se identificavam com as concepções de ambiente de Callista Roy (52,9%) e Virginia Henderson (52,5%). Apesar de pertencerem a momentos históricos diferentes, estando Roy inserida na escola dos

efeitos desejados ou dos resultados e Henderson na escola das necessidades, os autores acreditaram que a semelhança no conteúdo das duas concepções, reforçava ainda mais a orientação dos enfermeiros. Importa referir que no nosso estudo, a concepção de ambiente de Callista Roy também foi uma das que obteve maior concordância por parte dos enfermeiros.

No âmbito da análise por regiões, a Figura 5 reflete as concepções de enfermagem que os enfermeiros qualificaram como totalmente de acordo com a sua prática. Analisando os resultados obtidos é interessante verificar que apesar da concordância com a concepção de enfermagem de Virginia Henderson ser transversal a todas as regiões do país, no Norte e Centro surgem com relevância as concepções de Afaf Meleis e Dorothea Orem, em Lisboa e Vale do Tejo as concepções de Madeleine Leininger e Florence Nightingale e no Alentejo e Algarve as outras concepções que se destacaram foram as de Madeleine Leininger e Callista Roy.

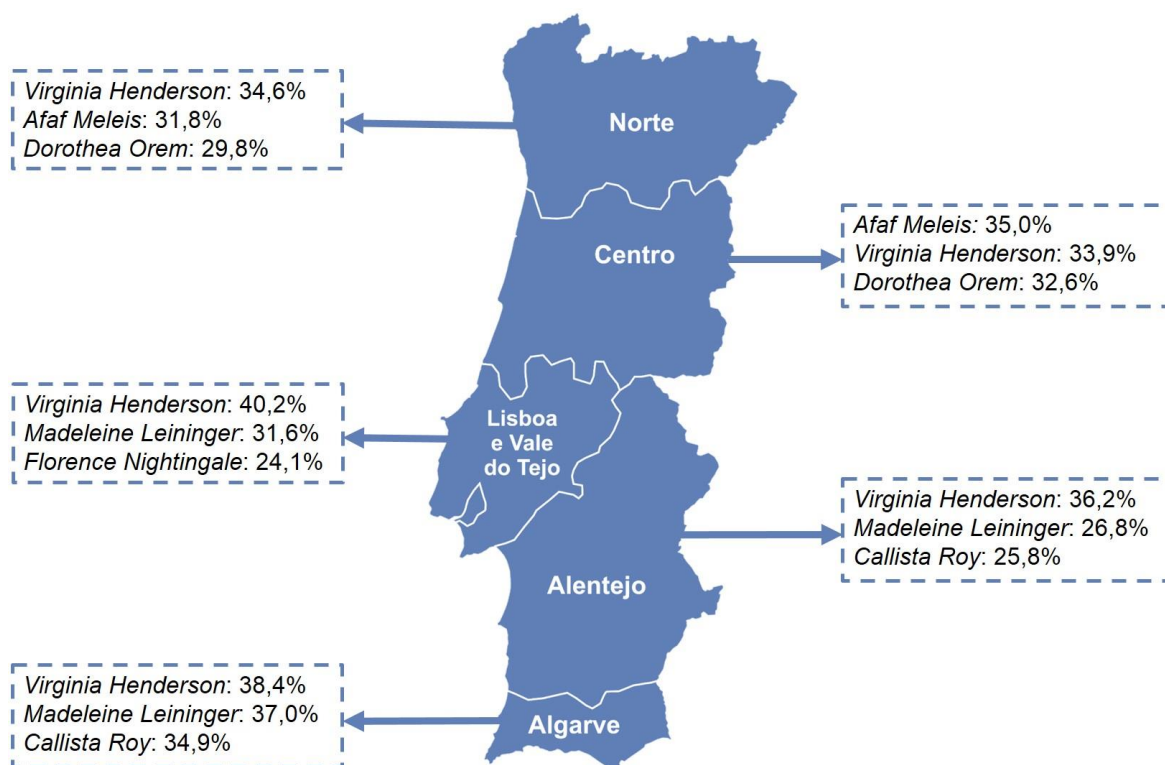


Figura 5 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de enfermagem

Ainda decorrente de uma análise por regiões, a Figura 6 reflete as concepções de pessoa que os enfermeiros qualificaram como totalmente de acordo com a sua prática. Numa análise aos resultados obtidos, verificou-se que apesar da concordância com a concepção de pessoa de Virginia Henderson ser transversal a todas as regiões do país, no Norte e Centro continuaram a surgir com relevância as concepções de Afaf Meleis e Dorothea

Orem, em Lisboa e Vale do Tejo as concepções de Afaf Meleis e Florence Nightingale, no Alentejo as concepções de Florence Nightingale e Callista Roy e no Algarve as outras concepções que se destacaram foram as de Madeleine Leininger e Florence Nightingale.

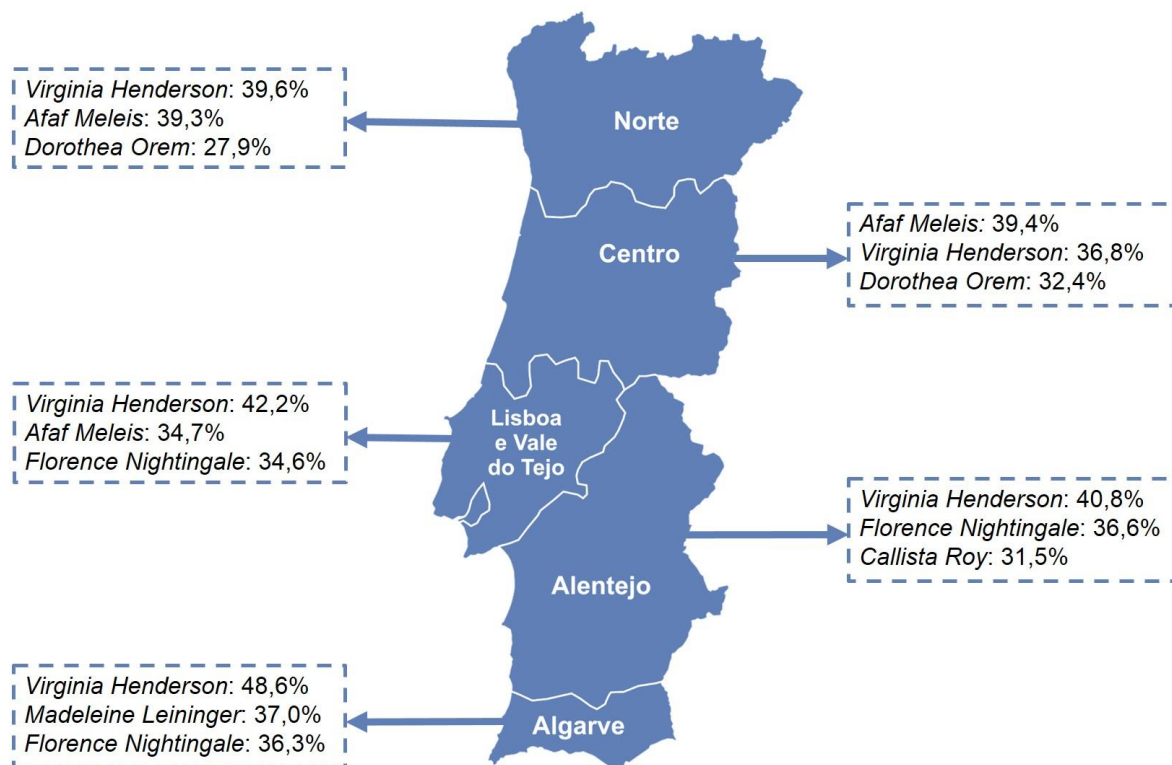


Figura 6 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de pessoa

Mantendo o enfoque numa análise por regiões, a Figura 7 reflete as concepções de saúde que os enfermeiros qualificaram como totalmente de acordo com a sua prática. Analisando os resultados obtidos, é interessante verificar que apesar da concordância com as concepções de saúde de Afaf Meleis e de Virginia Henderson serem transversais a todas as regiões do país, no Norte e Centro surgiu com relevância a concepção de Dorothea Orem, em Lisboa e Vale do Tejo a concepção de Madeleine Leininger, no Alentejo a concepção de Florence Nightingale e no Algarve a outra concepção que se destacou foi a de Callista Roy.

Ainda no âmbito de uma análise por regiões, a Figura 8 reflete as concepções de ambiente que os enfermeiros qualificaram como totalmente de acordo com a sua prática. Decorrente da análise aos resultados obtidos, constatou-se que apesar da concordância com as concepções de ambiente de Virginia Henderson e de Afaf Meleis serem transversais a todas as regiões do país, no Norte, Centro e Alentejo surgiu também com relevância a concepção de Dorothea Orem, em Lisboa e Vale do Tejo a concepção de Madeleine Leininger e no Algarve a outra concepção que se destacou foi a de Callista Roy.

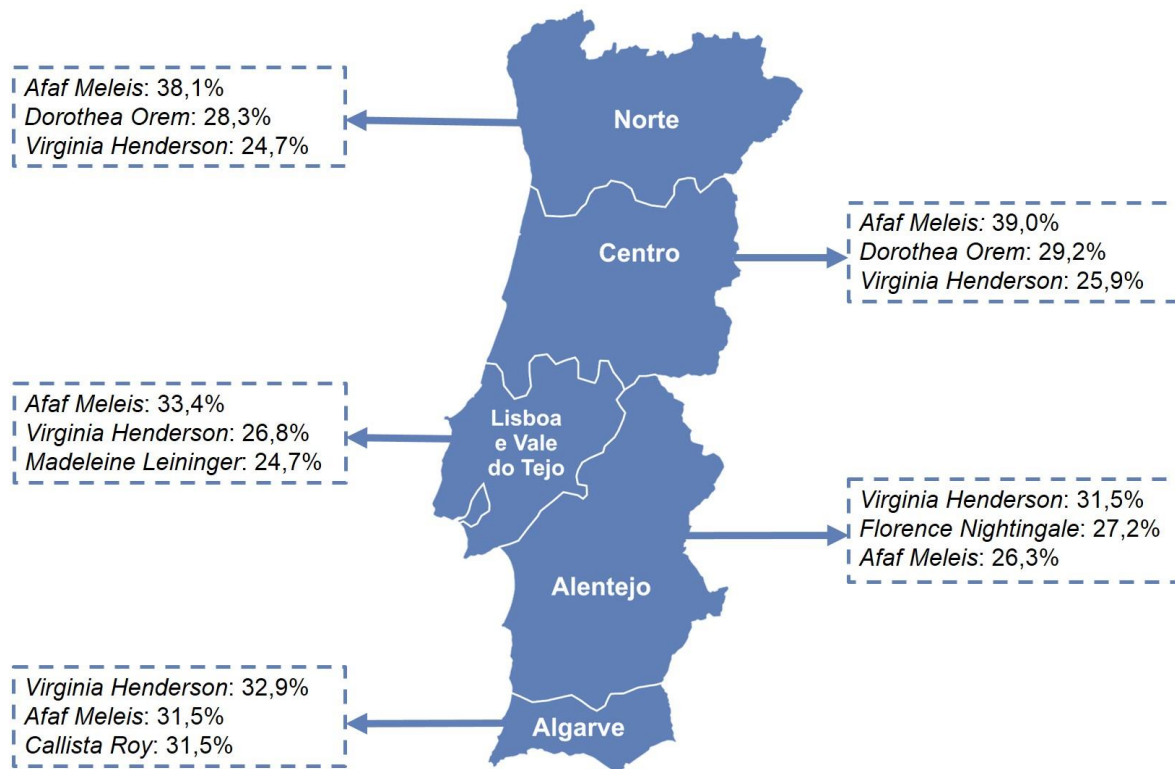


Figura 7 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de saúde

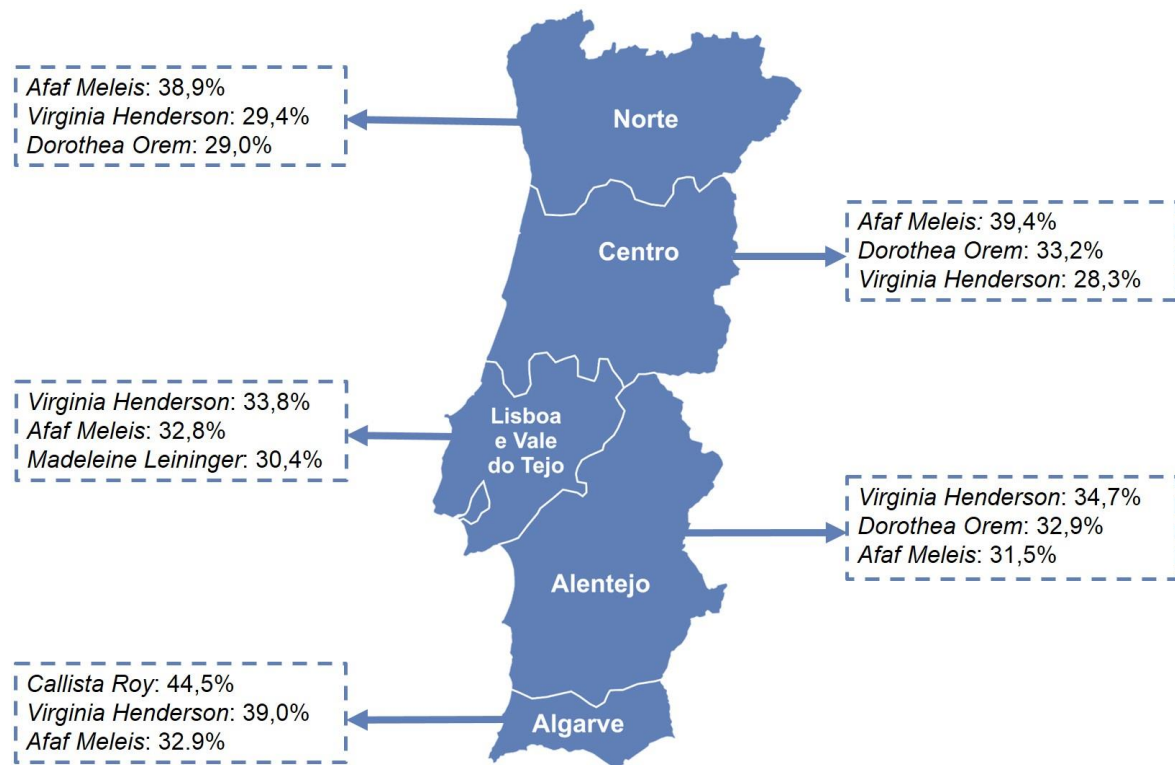


Figura 8 - Distribuição percentual, por regiões, relativa à concordância com as concepções de ambiente

Num contexto nacional, considerando os resultados enunciados relativamente aos quatro conceitos metaparadigmáticos, enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, constatámos que no Norte e Centro é unânime a concordância com as conceções de Virginia Henderson, Afaf Meleis e Dorothea Orem, por outro lado, em Lisboa e Vale do Tejo, no Alentejo e no Algarve a concordância relativamente aos quatro conceitos é apenas verificada em relação às conceções de Virginia Henderson (Figura 9).

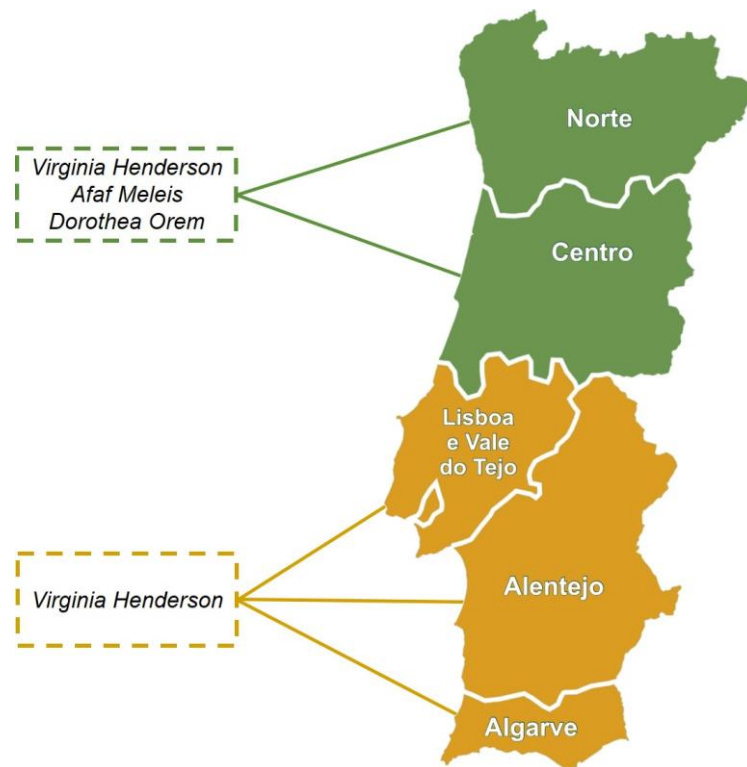


Figura 9 - Unanimidade na concordância com as conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente

À semelhança do que aconteceu noutros países, em Portugal, a teoria das necessidades de Virginia Henderson teve um forte enraizamento no desenvolvimento da enfermagem, e este estudo veio comprovar que os princípios incorporados pelas catorze necessidades ainda prevalecem no século XXI (McEwen e Wills, 2016). Uma percentagem elevada de enfermeiros portugueses evidenciou a sua concordância relativamente à visão de Virginia Henderson, no que se refere às conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Os resultados enunciados vêm fortalecer a ideia de que a teoria que tem vindo a moldar o exercício profissional dos enfermeiros portugueses é a teoria das necessidades de Virginia Henderson, sendo com base nesse referencial teórico que os enfermeiros vão validando as necessidades e os problemas dos clientes e relativamente aos quais planeiam as intervenções intencionalmente direcionadas para a substituição da pessoa naquilo que ela não pode fazer, ou seja, no que a torna dependente.

Por conseguinte esta não é uma realidade exclusivamente portuguesa, uma vez que no âmbito internacional e, independentemente dos contextos clínicos, a teoria das necessidades de Virginia Henderson tem sido implementada no sentido de nortear a prática (Huitzi-Egilegor et al., 2014; Reinoso e Nuñez, 2014).

Quanto aos resultados obtidos acerca das conceções de Afaf Meleis, são várias as justificativas possíveis. Por um lado, o investimento formativo efetuado nos últimos anos relativamente ao referencial teórico de Afaf Meleis. Por outro, a confirmação pelas investigações realizadas em Portugal, de que as conceções de Afaf Meleis e a própria teoria das transições são amplamente aplicáveis, sendo um contributo essencial na fundamentação e orientação da prática de enfermagem. Nesta perspetiva, o contributo dos enfermeiros será significativo se estiver vinculado ao diagnóstico e tratamento das respostas humanas às transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, de que são exemplo as situações de doença (Silva, 2007).

Decorrente da importância atribuída pelos enfermeiros ao autocuidado e continuando a denotar-se a influência da “Escola das Necessidades” (Pepin, Kérouac e Ducharme, 2010), é de destacar que uma percentagem significativa de enfermeiros qualificaram as conceções de Dorothea Orem como totalmente de acordo com a sua prática.

Para além do referido, importa ainda relevar as diferentes orientações concetuais entre os enfermeiros de dois grupos de regiões, um constituído pelo Norte e Centro e, outro, constituído por Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Segundo alguns autores, tem sido escassa a produção científica sobre as teorias de enfermagem (Porto et al., 2013; Zarzyka et al., 2013; Dourado, Bezerra e Anjos, 2014) e, de facto, a inexistência de estudos no âmbito do realizado, dificultaram a discussão dos resultados. No entanto, espera-se que esta investigação motive a reflexão sobre esta temática.

Acreditamos que a prática dos enfermeiros e a sua capacidade para sustentar essa prática depende dos conhecimentos relevantes de enfermagem, ou seja, dos conhecimentos que advêm dos modelos e das teorias de enfermagem. Apesar da maior parte dos enfermeiros continuar a julgar pouco relevante o contributo dos referenciais teóricos para a prática, a procura de modelos que tragam empenho e fortalecimento aos enfermeiros deve continuar (Meehan, 2012), na expectativa de se fortalecer o carácter disciplinar da profissão (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). Neste sentido, a utilização de modelos teóricos, como referencial para estruturar o cuidado, pode constituir um excelente desafio (Lins et al., 2013).

Decorrente da análise apresentada anteriormente, relativamente ao conceito de enfermagem, no contexto nacional, um número significativo de enfermeiros considerou

que as concepções de Virginia Henderson, Afaf Meleis e Dorothea Orem estão totalmente de acordo com a sua prática, existindo atributos de caracterização que afetaram significativamente o grau de concordância. A Figura 10 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as referidas concepções de enfermagem.

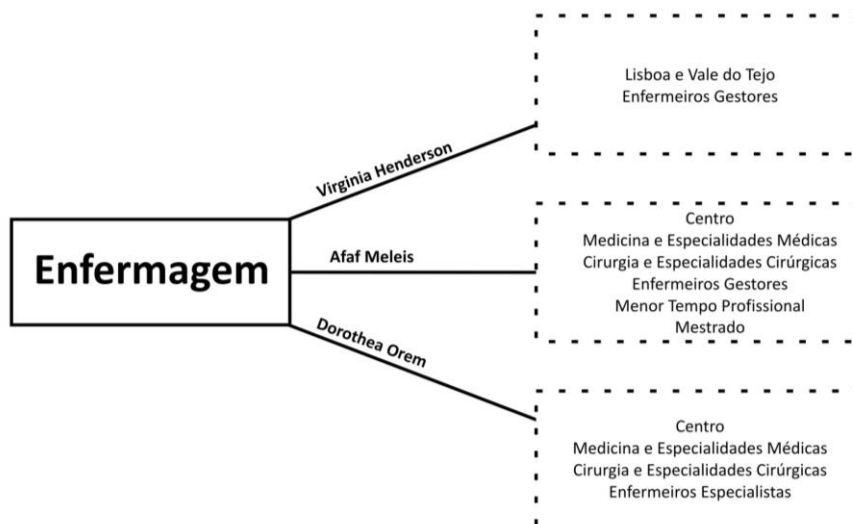


Figura 10 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de enfermagem que estão totalmente de acordo com a prática

Os resultados apresentados evidenciam que, para além de atuarem no sentido de assistir a pessoa na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais, os enfermeiros agem com o intuito de entender e facilitar as transições que as pessoas vivenciam, contribuindo para a criação de condições facilitadoras da satisfação das necessidades de autocuidado dos clientes (Brito, 2016).

O facto das principais propriedades das experiências de transição se centrarem na possibilidade dos clientes tomarem consciência da mudança e da diferença do que vivenciam (Meleis, 2005) justifica que o grau de concordância com a concepção de Afaf Meleis seja mais elevado nos enfermeiros que trabalham nos serviços de medicina e especialidades médicas e cirurgia e especialidades cirúrgicas, quando comparados com os que trabalham na medicina intensiva e urgência, contextos em que a condição dos clientes impede mais frequentemente a consciencialização da transição.

Em relação à concepção de Dorothea Orem, a concordância é também mais elevada nos enfermeiros que trabalham em serviços de medicina e especialidades médicas e cirurgia e especialidades cirúrgicas, e que exercem a profissão como enfermeiros especialistas/especializados. A ênfase de uma prática centrada no autocuidado, frequente nos serviços referidos, exige uma ajuda profissional sistematizada e muito

centrada nesse foco de enfermagem, que efetivamente tem vindo a ser concretizada pelos enfermeiros especialistas, o que pode justificar os resultados obtidos.

Relativamente ao conceito de pessoa, na sequência da análise apresentada anteriormente, no contexto nacional, um número significativo de enfermeiros considerou que as conceções de Virginia Henderson, Afaf Meleis e Florence Nightingale estão totalmente de acordo com a sua prática, existindo também atributos de caracterização que afetaram significativamente o grau de concordância. A Figura 11 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as referidas conceções de pessoa.

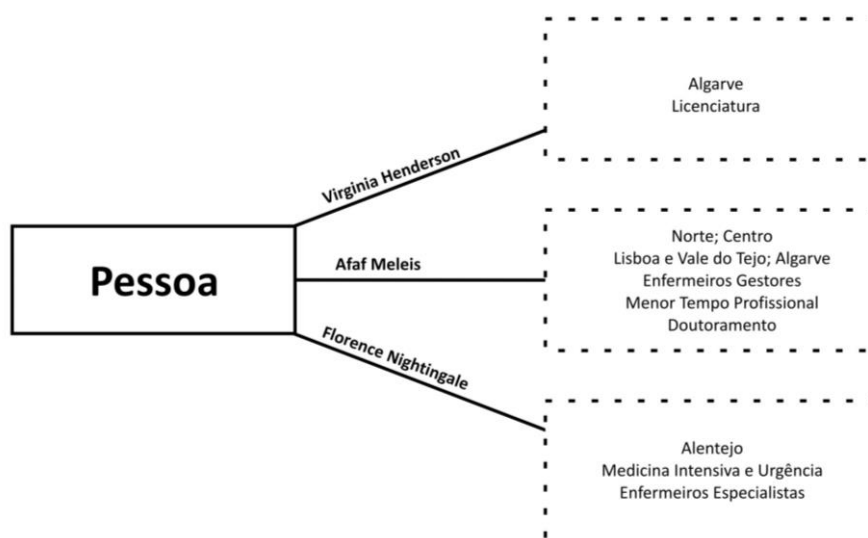


Figura 11 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as conceções de pessoa que estão totalmente de acordo com a prática

Os resultados inerentes ao conceito de pessoa, frequentemente utilizado como sinónimo de cliente (Pereira, 2009), tornam claro que de uma visão centrada na satisfação das necessidades fundamentais, o cliente começa a ser concetualizado como um agente intencional, com grande dinamismo, que é desafiado a lidar e se ajustar de forma eficaz às alterações que o meio envolvente lhe exige, o que implica modificações nos seus papéis ou comportamentos (Meleis, 2005; Pereira, 2009; Martins e Rocha, 2016).

A concordância com a conceção de pessoa de Florence Nightingale, numa visão centrada nos aspetos físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais, foi mais elevada nos enfermeiros que trabalham nos serviços de medicina intensiva e urgência, o que pode ser justificado pelo facto da condição clínica dos clientes nesses contextos inviabilizar a consideração da sua intencionalidade, bem como o entendimento da experiência de transição que vivenciam.

Decorrente da análise apresentada anteriormente, relativamente ao conceito de saúde, no contexto nacional, um número significativo de enfermeiros considera que as perspetivas de Afaf Meleis, Virginia Henderson e Dorothea Orem estão totalmente de acordo com a sua prática, existindo atributos de caracterização que afetaram significativamente o grau de concordância. A Figura 12 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as referidas conceções de saúde.

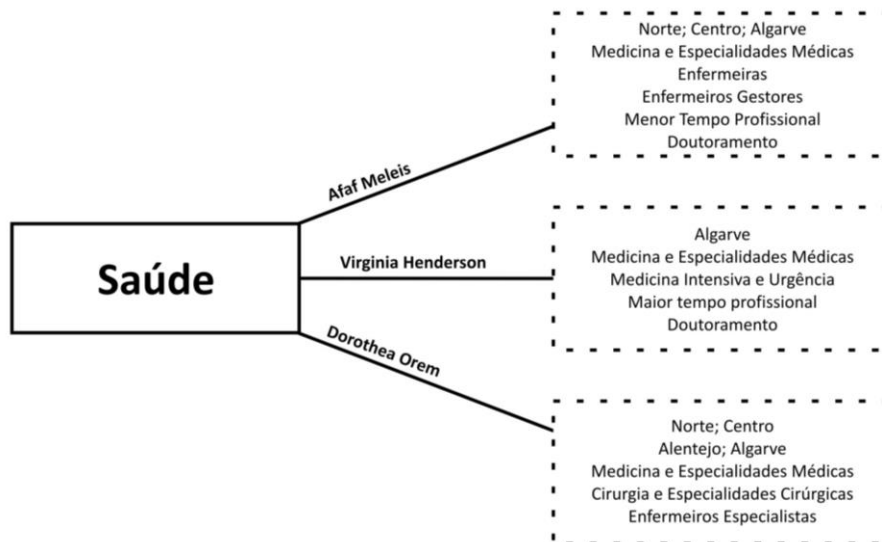


Figura 12 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as conceções de saúde que estão totalmente de acordo com a prática

Os resultados inerentes ao conceito de saúde evidenciam que os enfermeiros maioritariamente concetualizam a saúde numa perspetiva de bem-estar e conforto, com especial enfoque nas capacidades da pessoa satisfazer as necessidades fundamentais, evidenciando simultaneamente independência para o autocuidado. Este último aspeto justifica a maior concordância com a conceção de saúde de Dorothea Orem, nos enfermeiros especialistas/especializados e nos que trabalham nos serviços de medicina e especialidades médicas e cirurgia e especializadas cirúrgicas.

Perspetivando uma conceção de saúde, que vai para além da ausência de doença (Meleis, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2012a), o desafio para os enfermeiros será desenvolver processos capazes de ajudar os clientes a mobilizar os recursos internos e do meio envolvente, de forma a reconstruir a representação mental da sua condição de saúde (Meleis, 2005; Pereira, 2009).

Por fim, na sequência da análise apresentada anteriormente, relativamente ao conceito de ambiente, no contexto nacional, um número significativo de enfermeiros considera que as perspetivas de Afaf Meleis, Virginia Henderson e Dorothea Orem estão totalmente de

acordo com a sua prática, existindo atributos de caracterização que afetaram significativamente o grau de concordância. A Figura 13 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que determinaram maior concordância com as referidas concepções de ambiente.

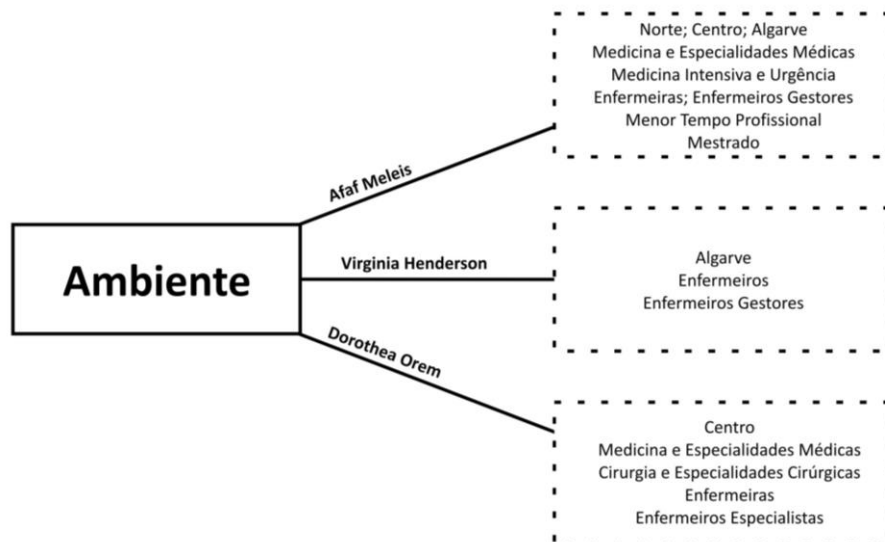


Figura 13 - As características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a concordância com as concepções de ambiente que estão totalmente de acordo com a prática

Os resultados descritos denotam uma concordância dos enfermeiros com um conceito de ambiente que envolve a família, os grupos e a comunidade com quem os clientes interagem, bem como as condições sob as quais vivem e se desenvolvem (Meleis, 2005). Importa, no entanto, relevar que prevalecem visões centradas nas condições e influências externas aos clientes, de que são exemplo os fatores que afetam as capacidades de autocuidado. A concordância com a concepção de ambiente centrada nos fatores externos que afetam as capacidades de autocuidado foi mais evidente nos enfermeiros especialistas/especializados e nos que trabalham em serviços de medicina e especialidades médicas e cirurgia e especialidades cirúrgicas, o que vai ao encontro de uma prática centrada no autocuidado.

Em síntese, dos contributos deste estudo, fica a tendência dos enfermeiros portugueses quanto às concepções teóricas que mais estão de acordo com a sua prática no contexto hospitalar, bem como a oportunidade para se refletir na potencialidade das mesmas passarem a subsidiar os modelos de exercício profissional de enfermagem em uso.

A aplicação da escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados (Martins et al., 2016a), construída com base nos padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2001a), permitiu-nos desvelar, com

objetividade, a concretização das atividades com contributo essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em Março de 2005, no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros deu início a um projeto de intervenção, cuja finalidade era contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, através da apropriação, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional.

Apesar de no âmbito dos programas de implementação dos padrões de qualidade terem sido realizadas em todo o país sessões de formação sobre os mesmos, constatámos que apenas 39,9% dos participantes do nosso estudo haviam tido formação relativa aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Em relação ao número de horas de formação, predominaram os tempos mais baixos; o tempo médio foi de 14 horas, o desvio de padrão de 21, contudo a mediana foi de apenas 8 horas.

Os resultados obtidos com a aplicação da escala de perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados permitiram evidenciar que, na sua maioria, os enfermeiros concretizam “às vezes” ou “sempre” as atividades inerentes a cada uma das dimensões. Decorrente da análise efetuada, as atividades inerentes às dimensões “promoção da saúde”, “bem-estar e autocuidado” e “readaptação funcional” foram aquelas que os enfermeiros percecionaram como menos executadas.

Em relação à dimensão “satisfação do cliente”, nas atividades *respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta e procura constantemente empatia nas interações com os clientes*, as respostas “às vezes” e “sempre” foram as maioritárias. No entanto, na atividade *envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*, 11,1% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”, o que denota a dificuldade de integrar as pessoas significativas no processo de cuidados. Na investigação realizada por Ferreira (2015), apenas 2,4% dos gestores consideraram que os enfermeiros da sua equipa concretizavam “poucas vezes” a referida atividade, o que de facto não é a perceção dos enfermeiros do nosso estudo.

Quanto à “promoção da saúde”, nenhuma das atividades incluídas nesta dimensão obteve maioritariamente a resposta “sempre”, o que está em consonância com os resultados do estudo realizado por Ferreira (2015). Embora “às vezes” tivesse sido a resposta maioritária, na atividade *aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis*, 15,6% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. Para além disso, na atividade *fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas*

capacidades pelo cliente, 13,4% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. Estes resultados evidenciam que, embora nos últimos anos tenha sido notório o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão, parece prevalecer a dificuldade em privilegiar na prática uma abordagem centrada na pessoa e no seu potencial (Sousa, Martins e Pereira, 2015).

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN) (2015), os enfermeiros são o alicerce do sucesso de mudanças de comportamento dos clientes, ao longo do ciclo de vida, por meio de abordagens centradas na promoção da saúde. No entanto, apesar da crescente sensibilização, os resultados deste estudo alertam para a possibilidade deste domínio não ser significativamente concretizado pelos enfermeiros no contexto hospitalar. Silva et al. (2011) consideram que os aspetos histórico-culturais que permeiam o hospital como um espaço para o tratamento e a cura dificultam a adoção de uma prática promotora da saúde. No entanto, e tal como evidenciado pelos autores, as orientações da Organização Mundial da Saúde e as necessidades atuais da população exigem que uma nova postura seja cultivada nos hospitais, tendo como objeto a saúde, ao invés da doença. O referido só será possível se as práticas forem reorientadas no sentido de motivar os clientes a reduzir os riscos, a prevenir as doenças, a maximizar o seu potencial, através de uma abordagem direcionada aos estilos de vida.

Em consonância com o mencionado, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, impôs aos serviços prestadores de cuidados, o desafio de incorporarem num quadro de melhoria contínua da qualidade, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos e de reabilitação (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Nas atividades inerentes à dimensão “prevenção de complicações”, *identifica os problemas potenciais do cliente; prescreve e implementa intervenções de enfermagem com vista à prevenção de complicações e avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os seus efeitos indesejáveis*, a resposta “sempre” foi a maioritária, tal como no estudo realizado por Ferreira (2015). Os resultados obtidos nesta dimensão traduzem a relevância do exercício profissional dos enfermeiros orientado para a prevenção de complicações (Pereira, 2009; Machado, 2013).

Em relação ao “bem-estar e autocuidado”, maioritariamente os enfermeiros identificam “sempre” os problemas do cliente, mas só “às vezes” prescrevem, implementam e avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. Importa referir que na atividade *avalia as intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*, 10,3% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. Para além disso, na atividade *referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-*

estar e realização das atividades de vida dos clientes, 10,1% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. Na investigação realizada por Ferreira (2015), os gestores consideraram que os enfermeiros da sua equipa concretizavam “às vezes” ou “sempre” as referidas atividades, o que de facto não é a perceção dos enfermeiros do nosso estudo.

Apesar da necessidade de avaliar os resultados das intervenções implementadas estar plasmada no perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril) e no perfil de competências do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro), os participantes reconhecem que nem sempre o concretizam.

No âmbito da “readaptação funcional”, na atividade *dá continuidade ao processo de prestação de cuidados*, os enfermeiros responderam maioritariamente “sempre”. Apesar de nas restantes atividades a resposta “às vezes” ter sido a maioritária, na atividade *planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade*, 10,9% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. Nas atividades *otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito e ensina, instrui e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional*, respetivamente 14,2% e 14,6% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. Na investigação realizada por Ferreira (2015), os gestores consideraram que os enfermeiros da sua equipa concretizavam maioritariamente “sempre” as atividades inerentes à dimensão readaptação funcional, o que de facto não é a perceção dos enfermeiros do nosso estudo. Machado (2013) referiu que o paradigma atual de enfermagem centra-se sobretudo nas capacidades da pessoa, no seu potencial para fazer frente aos eventos adversos, na capacidade para integrar novos conhecimentos e nas habilidades, com a intencionalidade de tornar a pessoa o mais autónoma possível, mesmo com algum grau de dependência de alguém ou alguma coisa. Todavia, os resultados obtidos nesta dimensão alertam para uma possível dicotomia entre o exposto e o evidenciado nas práticas.

Em relação à dimensão “organização dos cuidados de enfermagem”, na atividade *conhece as políticas do hospital*, apesar da resposta maioritária ter sido “às vezes”, verificámos que 14,6% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”, o que corrobora os resultados obtidos por Ferreira (2015).

No que concerne à dimensão “responsabilidade e rigor”, em todas as atividades, a resposta “sempre” foi a maioritária, no entanto, na atividade *supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega*, 9,3% dos enfermeiros responderam “poucas vezes”. É sabido que os enfermeiros, mesmo após a

delegação da tarefa certa, sob as circunstâncias certas e na pessoa certa (Ordem dos Enfermeiros, 2007a), têm o dever de supervisionar, o que efetivamente nem sempre acontece.

Para além do *sistema de registos de enfermagem* e das *políticas do hospital*, incluídos na dimensão “organização dos cuidados de enfermagem”, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012a), são também elementos importantes a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e de uma política de formação contínua dos enfermeiros, bem como a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

Neste sentido, importa referir que, quando questionados sobre a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem no hospital e/ou no serviço, a maioria dos enfermeiros respondeu “não sei”, o que potencialmente pode comprometer a sustentação das práticas.

Relativamente às metodologias de organização dos cuidados de enfermagem usadas nos serviços, 86,1% dos enfermeiros referiram que são promotoras da qualidade. A metodologia predominante foi o método individual, o que efetivamente constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2004; Parreira, 2005; Potra, 2015).

CAPÍTULO III – OLHARES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR

O primeiro estudo realizado neste percurso de investigação permitiu a identificação de um consenso, relativamente aos referenciais teóricos de enfermagem, uma vez que no contexto nacional, os enfermeiros identificaram como totalmente de acordo com a sua prática as conceções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente de Virginia Henderson, Afaf Meleis, Dorothea Orem, Madeleine Leininger e Callista Roy. Para além disso, os resultados apontaram para uma prática predominantemente congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Centrados na questão que orientou todo o percurso de investigação, tornava-se fundamental ampliar o conhecimento relativamente à sustentação da prática profissional dos enfermeiros no contexto hospitalar, em ambientes nem sempre facilitadores. A necessidade de compreender a perceção dos enfermeiros sobre modo como sustentam as suas práticas, bem como os fatores que promovem ou comprometem uma atuação congruente com a sustentação desejada, permitirá conhecer a influência de alguns atributos na qualidade dos cuidados de enfermagem. Importa referir que no contexto deste estudo, entendemos perceção como *“um processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam as próprias impressões sensoriais, com o intuito de dar sentido ao ambiente no qual estão inseridas”* (Yuri e Tronchin, 2010).

Partindo desses pressupostos, evoluímos para um segundo estudo, cuja questão de partida é: *Como expressam os enfermeiros a sua prática profissional no contexto hospitalar?*.

Procuramos, assim, sob o ponto de vista dos participantes, conhecer e compreender as práticas profissionais dos enfermeiros e o contributo das mesmas para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

1. DESENHO DO ESTUDO - OLHARES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

A concretização de estudos que melhorem a compreensão sobre as particularidades inerentes ao exercício profissional dos enfermeiros no contexto hospitalar é essencial para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada.

Assim, no âmbito da investigação que delineámos, com o intuito de analisar a percepção dos enfermeiros relativamente à sua prática profissional no contexto hospitalar e compreender o contributo da mesma, para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, projetámos a realização de um outro estudo.

Partindo do pressuposto de que a compreensão das práticas profissionais dos enfermeiros no contexto hospitalar e da qualidade dos cuidados de enfermagem é uma tarefa complexa, importa referir que neste estudo nos interessa perceber a realidade dos fenómenos, tal como percebida e experienciada pelos enfermeiros. Neste sentido, e tendo por referência os paradigmas de investigação abordados por Coutinho (2014), desenvolvemos um estudo inserido no paradigma qualitativo ou interpretativo. Corroborando a autora, o estudo será como que uma “*fusão de horizontes*” (p.19), já que, conscientes dos “seus horizontes”, os investigadores buscam incessantemente o conhecimento abrindo a “sua” a outras perspetivas, a outros horizontes, que com ele se completam e expandem.

Assim, decorrente da adesão ao paradigma qualitativo ou interpretativo, o conhecimento acerca da prática profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar, bem como a “*fusão de horizontes*” serão produzidos numa lógica indutiva/descritiva e interpretativa. Partindo do pressuposto de que a ação dos enfermeiros é intencional, procurar-se-á aceder à realidade, descobrindo, interpretando e compreendendo os significados num determinando contexto e por quem os experiencia, ou seja, pelos participantes.

Neste sentido, no âmbito do paradigma qualitativo ou interpretativo, a fenomenologia constituiu o referencial teórico adotado. Aderiu-se a este modelo metodológico, assumindo que o conhecimento sobre as práticas profissionais será produzido a partir da perspetiva dos participantes. A descrição das experiências vividas no mundo quotidiano, os dados que fornecem e os significados que lhe atribuem permitirão aceder à compreensão e clarificação do fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2013).

Efetivamente, a complexidade do exercício profissional, a natureza evolutiva da própria enfermagem, bem como a ambição de apreender os aspetos que sustentam a prática dos enfermeiros no contexto hospitalar, orientou-nos para uma abordagem fenomenológica, que, ao exigir a exploração do todo integrado, é um método conveniente e adequado ao estudo de fenómenos importantes para a disciplina e profissão de enfermagem (Ibidem).

Decorrente da revisão da literatura efetuada, optamos por delinear este estudo tendo por base as etapas sugeridas por Spiegelberg e descritas por Streubert e Carpenter (2013): fenomenologia descritiva, fenomenologia das essências, fenomenologia das aparências, fenomenologia constitutiva, fenomenologia redutiva e fenomenologia interpretativa.

Na perspetiva dos autores, a *fenomenologia descritiva* implica explorações diretas, análise e descrição do fenómeno, tão livre quanto possível de pressupostos, constituindo

um processo que inclui três etapas: intuição, análise e descrição. A intuição exige que o investigador evite a crítica, a avaliação ou a opinião pessoal, focando sim a sua atenção no fenómeno em estudo tal como descrito pelos participantes. A análise envolve a identificação da essência do fenómeno estudado de acordo com os dados obtidos, devendo o investigador descrever de forma pura e rigorosa os fenómenos, como estes se apresentam, distinguindo os elementos que os constituem, bem como explorando as relações e as conexões com os fenómenos adjacentes. A descrição, embora identificada em separado, faz parte da intuição e da análise, caracterizando-se pela comunicação e descrição dos elementos distintos e críticos do fenómeno em estudo.

A “*fenomenologia das essências implica procurar através dos dados, os temas ou essências comuns, bem como estabelecer padrões de relações partilhados por um determinado fenómeno*” (Streubert e Carpenter, 2013, p.83). Partindo do estudo dos exemplos concretos das experiências dos participantes, o investigador procura compreender as estruturas essenciais e as relações entre os fenómenos, atribuindo sentido ao que é essencial e ao que é accidental. Neste contexto, as essências são elementos relacionados com o ideal e com o verdadeiro significado de algo, ou seja, são conceitos que permitem a compreensão dos fenómenos investigados, emergindo tanto do isolamento, como da relação com os outros.

A *fenomenologia das aparências* pressupõe dar atenção ao modo como os fenómenos se apresentam, sendo descobertos à medida que o investigador se familiariza com os dados. Por outro lado, a *fenomenologia constitutiva* estuda o fenómeno tal como está estabelecido ou “construído” na consciência, significando o processo no qual o fenómeno investigado passa a estar consciencializado.

A *fenomenologia redutiva*, embora seja apresentada como um processo separado, ocorre ao longo de toda a investigação fenomenológica. Nesta etapa, numa tentativa de alcançar a descrição pura do fenómeno, o investigador deve realizar uma autorreflexão crítica das crenças pessoais e o reconhecimento das compreensões que tem dos fenómenos. Manter o que já é conhecido separado da experiência vivida e descrita pelos participantes, é um aspeto essencial da redução fenomenológica. Corroborando Streubert e Carpenter (2013, p.77), o “*único modo de ver nitidamente o mundo é permanecer tão livre quanto possível de ideias e noções pré-concebidas*”. O ato de isolar ou manter fora da consciência o que sabem ou acreditam do assunto em estudo, deve ser uma preocupação constante e continuada dos investigadores, para evitar que essa informação interfira com o estabelecimento de uma descrição pura do fenómeno.

A última etapa, a *fenomenologia interpretativa* centra-se na relação que o conhecimento e o contexto têm um com o outro, revelando significados que de outro modo permaneceriam ocultos.

Assim, tendo como referencial metodológico a fenomenologia, com o intuito de explorar o modo como os enfermeiros expressam a sua prática profissional no contexto hospitalar, definimos como objetivos:

- Compreender a perceção dos enfermeiros relativamente à prática profissional no contexto hospitalar;
- Compreender a perceção dos enfermeiros sobre o contributo da prática profissional para a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Compreender os atributos que promovem e comprometem a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Dada a abrangência da questão central anteriormente apresentada, para melhor orientar o estudo, delineámos as seguintes questões de investigação:

- Como percecionam os enfermeiros a sua prática profissional no contexto hospitalar?
- Qual o contributo da prática profissional dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados de enfermagem?
- Que atributos promovem a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem?
- Que atributos comprometem a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem?

Em síntese, trata-se de um estudo que pretende, através dos discursos dos participantes, descrever as práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar, o contributo das mesmas para a qualidade dos cuidados, bem como compreender os atributos que promovem ou comprometem a referida qualidade. Neste sentido, e numa perspetiva fenomenológica, pretendemos descrever a essência da perceção dos enfermeiros relativamente às experiências vividas pelos mesmos, tentando, simultaneamente, uma descrição pura dos fenómenos tal como conscientemente experimentados, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de preconceitos (Streubert e Carpenter, 2013).

1.1 Contexto e participantes do estudo

Apesar do elevado número de instituições hospitalares, considerando ter sido nossa pretensão a concretização de uma investigação em contexto nacional, este estudo foi apenas realizado nos Centros Hospitalares. À data da realização da investigação, existiam em Portugal continental 21 Centros Hospitalares, todos enquadrados no modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial. Atendendo a que duas dessas instituições hospitalares não aceitaram participar na investigação, a componente qualitativa foi realizada em 19 Centros Hospitalares EPE.

Para a identificação dos participantes, a técnica de amostragem usada foi intencional (Coutinho, 2014). Por forma a garantir um maior aprofundamento e compreensão dos

fenómenos em estudo, no grupo de participantes estavam elementos representantes de enfermeiros gestores, enfermeiros especialistas e enfermeiros. Na perspetiva de Streubert e Carpenter (2013), a utilização da triangulação de pessoas, ou seja, colher dados a mais do que um nível de pessoas, permite ao investigador validar os dados de um nível para outro e reconciliar a incongruência de alguns dados colhidos. Para além disso, o facto de os participantes pertencerem a diferentes contextos hospitalares, maximizou a possibilidade de descobrir as essências dos fenómenos.

Decorrente do referido, em cada uma das instituições hospitalares que aceitaram participar na investigação, foram informantes do estudo um enfermeiro gestor, um enfermeiro especialista e um enfermeiro, que, após terem sido informados, aceitaram participar no estudo e autorizaram a gravação da entrevista. Atendendo à intencionalidade da amostra, os três informantes de cada uma das instituições hospitalares foram referenciados pelo Enfermeiro Diretor da respetiva instituição, tendo em consideração a possibilidade de os mesmos fornecerem os achados mais relevantes para o estudo. Como critérios de inclusão, definimos: “exercer a sua atividade profissional na instituição hospitalar num período de tempo igual ou superior a seis meses, nos departamentos de medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas ou medicina intensiva e urgência” e “aceitar participar no estudo”.

Uma vez que numa das instituições hospitalares um enfermeiro gestor recusou participar na investigação, constituíram-se informantes do estudo um total de 56 enfermeiros (Vol. II - Anexo XV).

Relativamente à distribuição regional dos enfermeiros, segundo a região da Administração Regional de Saúde a que pertencem os Centros Hospitalares, predominou o Norte (41,1%), seguindo-se o Centro e Lisboa e Vale do Tejo (26,8% cada) e o Algarve (5,4%). No que concerne à distribuição dos enfermeiros pelos serviços, destacam-se a Medicina e Especialidades Médicas (48,2%), a Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas (41,1%) e, por fim, a Medicina Intensiva e Urgência (10,7%).

Relativamente às características dos participantes, constatamos que a maioria é do género feminino (73,2%). A distribuição das idades mostra o predomínio entre 30 e 35 anos e entre 50 e 55 anos. O estado civil maioritário é Casado/União de facto (73,2%), seguindo-se o de Solteiro (14,3%), o de Divorciado (8,9%) e o de Viúvo (3,6%). Em relação à condição em que exerce a profissão, atendendo à intencionalidade da amostra, a distribuição é quase uniforme, pois existem 19 enfermeiros (33,9%), 19 enfermeiros especialistas (33,9%) e 18 enfermeiros gestores/chefes (32,1%).

No que concerne ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros, predominam os tempos baixos e intermédios. Com efeito, o tempo médio é cerca de 12 anos, sendo o máximo de 26 anos e o mínimo de 3 anos. Em relação ao tempo de exercício profissional

dos enfermeiros especialistas também predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é cerca de 17 anos, sendo o máximo de 32 anos e o mínimo de 5 anos. Quanto ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros gestores/chefes, predominam os tempos intermédios e elevados. O tempo médio é de 31 anos, sendo o máximo de 36 anos e o mínimo de 22 anos.

Em relação ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros no atual serviço, predominam os tempos baixos e intermédios. Com efeito, o tempo médio é de 8 anos, sendo o máximo de 20 anos e o mínimo de 2 anos. Relativamente aos enfermeiros especialistas, também predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é de cerca de 10 anos, sendo o máximo de 32 anos e o mínimo de 1 ano. No que se refere ao tempo de exercício profissional no atual serviço dos enfermeiros gestores/chefes, predominam os tempos baixos e intermédios. O tempo médio é de 7 anos, sendo o máximo de 22 anos e o mínimo de 1 ano.

Relativamente aos enfermeiros especialistas, na distribuição do tempo de exercício profissional na área da especialidade, predominam os tempos baixos. Com efeito, o tempo médio é de 4,5 anos, sendo o máximo de 9 anos e o mínimo de 1 ano. No que concerne ao tempo de exercício profissional na área da gestão dos enfermeiros gestores/chefes, predominam os tempos elevados. O tempo médio é de cerca de 12 anos, sendo o máximo de 22 anos e o mínimo de 2 anos.

No que concerne à área da especialidade, nos enfermeiros especialistas, verifica-se que predomina fortemente a Enfermagem de Reabilitação (89,5%), seguindo-se a Enfermagem Médico-Cirúrgica (10,5%). Relativamente aos enfermeiros gestores/chefes, todos têm especialidade, predominando a Enfermagem Médico-Cirúrgica (50,0%), seguida da Enfermagem de Reabilitação (44,4%) e da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (5,6%). Observam-se, portanto, diferenças entre as áreas de especialidade dos enfermeiros especialistas e dos enfermeiros gestores/chefes.

Em relação ao grau académico, verifica-se que a licenciatura é largamente maioritária (76,8%), seguindo-se o mestrado (21,4%) e o doutoramento (1,8%). Na distribuição dos mestrados, registou-se a existência de 7 mestrados diferentes: Enfermagem (25,0%), Enfermagem de Reabilitação (16,7%) e Comportamento Organizacional, Comunicação em Saúde, Enfermagem Médico-Cirúrgica e *Health Management* (8,3% cada). Existe também um enfermeiro doutorado em Enfermagem Avançada.

1.2 Procedimentos éticos e de colheita de dados

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, aquando do pedido formulado às instituições hospitalares para a realização do estudo I, nos

Centros Hospitalares, foi, simultaneamente, solicitada a autorização para a realização do estudo II.

Uma vez que recorremos ao conhecimento que os Enfermeiros Diretores tinham dos seus enfermeiros, após termos a indicação dos potenciais informantes, foi validada junto dos mesmos a decisão de participar no estudo. Ficou claro que a sua participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso viessem a ser prejudicados.

Atendendo a que numa abordagem fenomenológica, o método primário de colheita de dados é a voz das pessoas que vivenciam um determinado fenómeno, a estratégia utilizada foi a entrevista (Streubert e Carpenter, 2013).

A todos os participantes foi solicitado que assinassem o consentimento informado (Anexo C), declarando que aceitavam participar no estudo e autorizavam a gravação da entrevista. No referido consentimento, para além da garantia de anonimato e confidencialidade de todos os dados, o investigador comprometeu-se a dar possibilidade ao participante para confirmar o teor da transcrição da entrevista. Um exemplar do consentimento informado, também assinado pelo investigador, era entregue ao participante no momento da realização da entrevista.

Tendo em consideração o desenho do estudo, a recolha de dados foi concretizada através de entrevista semiestruturada, realizada face a face. Para Streubert e Carpenter (2013), este tipo de entrevista permite ao entrevistado uma maior autonomia de resposta, ajudando-o não só a explicitar o seu universo, como a torná-lo mais compreensível, possibilitando, concomitantemente, ao investigador, a organização e a estruturação do pensamento. Acreditamos que o recurso à entrevista como método de recolha de dados permite alcançar a complexidade inerente às práticas profissionais, uma vez que existe a possibilidade do investigador eventualmente ajudar os participantes a explicarem as suas vivências mais detalhadamente.

Com o intuito de avaliar a clareza das questões, após a elaboração do guião (Anexo D), foi realizado um pré-teste do mesmo, junto de três enfermeiros, cuja condição em que exercem a profissão, seria igual à dos futuros entrevistados. Neste sentido, a clareza do instrumento foi validada junto de um enfermeiro gestor, um enfermeiro especialista e um enfermeiro de cuidados gerais.

De modo a garantir a fidedignidade dos dados recolhidos, o registo das entrevistas foi realizado através de gravação áudio, sempre após a autorização dos entrevistados.

O encontro com os participantes foi previamente marcado, através de contacto telefónico, tendo sempre em consideração as suas disponibilidades. As entrevistas foram realizadas de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, em espaços reservados em cada uma das instituições hospitalares e tiveram uma duração média de 60 minutos. Cabe salientar que

todas as entrevistas foram iniciadas com uma explicação, o mais detalhada possível, do trabalho de investigação que se estava a realizar. Assim, a primeira parte destinava-se à apresentação, ao esclarecimento e à obtenção do consentimento para a realização e gravação da entrevista; a segunda parte, à caracterização do entrevistado; a terceira parte ao desenvolvimento das questões e a quarta parte à finalização da entrevista.

Não sendo inteiramente aberta, nem comportando um conjunto rígido de questões, o recurso à entrevista semiestruturada possibilitou, através da interação do entrevistado/entrevistador, o emergir de novas questões e novos dados que, não tendo sido considerados previamente, contribuíram para o enriquecimento da informação recolhida. Importa referir que apesar das perguntas constantes no guião da entrevista, estas nem sempre foram formuladas pela ordem em que se encontravam.

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas e, posteriormente, a cada participante foi enviada por correio eletrónico a transcrição da respetiva entrevista, de modo a validar o conteúdo da mesma.

Para garantir o anonimato, todas as entrevistas foram codificadas, utilizando-se para tal a letra inicial da palavra entrevistado, seguida pelo número: E1, E2, E3... É de salientar que, de acordo com a codificação definida, de E1 a E19 foram entrevistas realizadas a enfermeiros, de E20 a E38 corresponde a entrevistas realizadas a enfermeiros especialistas e de E39 a E56 refere-se a entrevistas realizadas a enfermeiros gestores.

1.3 Procedimento de análise de dados

Nesta etapa, focamo-nos na análise dos documentos obtidos como resultado da transcrição integral das entrevistas realizadas. Assim, o *corpus* de dados foi construído pela informação obtida a partir da recolha de dados no total dos 56 participantes. Relativamente ao processo de análise, decorrente da adoção de uma perspetiva fenomenológica (Streubert e Carpenter, 2013), começámos por uma leitura simples, com o intuito de relembrar e incorporar o sentido das experiências relatadas pelos participantes. Posteriormente, seguindo as orientações de Bardin (2009) e com recurso ao *software* Atlas.ti.[®] versão 7.5.10, iniciámos uma análise pormenorizada dos documentos.

Neste contexto, a análise de conteúdo do discurso dos participantes dividiu-se em três fases: pré-análise, exploração do material, e por fim, inferência e interpretação (Bardin, 2009). Ao longo deste percurso, centrámos a nossa atenção nas declarações que abordavam a temática a investigar, interpretámos o significado das mesmas e o modo como poderiam ser um contributo para o fenómeno em estudo, identificando a partir daí os temas e as essências representadas. Na sequência da utilização do Atlas.ti.[®], às

unidades de registo (*quotations*, na linguagem do *software*), foram atribuídos códigos identificadores (*codes*), tendo sido posteriormente organizadas as categorias (*families*).

Para além da categorização relacionada com a forma como os enfermeiros sustentam a sua prática profissional no contexto hospitalar, de modo a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, foram enunciados pelos participantes fatores que facilitam ou comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e uma prática profissional congruente com a sustentação desejada, o que nos permitiu a identificação concomitante dessas temáticas. Importa referir que o nome atribuído às categorias e às subcategorias resultou das respostas dos participantes, tendo sido reformuladas e renomeadas de acordo com os dados que se obtinham.

Face à enorme quantidade de dados produzidos pelas transcrições das entrevistas, o processo de categorização apesar de longo e árduo, foi facilitando gradualmente a organização e compreensão dos achados, permitindo simultaneamente que os investigadores mergulhassem profundamente nos mesmos. Decorrente da intenção de participarem no estudo enfermeiros de todos os Centros Hospitalares de Portugal continental, apesar de ter ficado previamente definido o tamanho da amostra, importa referir que foi atingida a saturação dos dados. Efetivamente, embora se tenha procedido à análise de todos os dados obtidos, atingimos o ponto a partir do qual a referida análise não introduziu mudança na categorização realizada (Coutinho, 2014), uma vez que, para além de não surgirem novos temas, os dados repetiam-se.

Realça-se que no decorrer da apresentação dos resultados, no início da descrição de cada área temática, é apresentado um quadro que resume as categorias e as subcategorias que lhe dão forma. Uma vez que durante a análise de conteúdo foi privilegiada a vertente qualitativa e interpretativa, não foram quantificadas as unidades de registo. Ao longo do texto, para além das subcategorias se encontrarem a negrito e itálico, os segmentos que correspondem aos relatos dos participantes surgem em itálico, entre aspas e com a referência E1, E2, E3..., consoante o número atribuído ao entrevistado.

No Vol. II - Anexo XIV, apresentamos os quadros com a síntese das categorias e subcategorias, bem como as unidades de registo da análise de conteúdo às entrevistas.

2. OS ENFERMEIROS E OS ATRIBUTOS DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Atendendo a que da análise dos discursos dos participantes constatámos uma aproximação ao modelo de estrutura, processo e resultado proposto por Donabedian (1980, 2003), ao longo dos próximos subcapítulos são apresentados os dados obtidos e a

análise dos mesmos, integrados na lógica das componentes do referido modelo. Importa lembrar que não se procuraram as relações de causalidade, entre os elementos da tríade, que efetivamente já foram confirmadas em algumas investigações, mas sim a percepção e as vivências dos enfermeiros, relativamente aos fenómenos em estudo.

No decorrer da apresentação, na sequência das categorias e subcategorias identificadas, para além dos discursos dos participantes, serão enunciados alguns contributos teóricos, que permitem contextualizar a relevância do encontrado neste percurso da investigação, bem como colocar os resultados no contexto do que já se sabe sobre o assunto. De acordo com Streubert e Carpenter (2013), é importante que as experiências sejam relatadas segundo a perspetiva das pessoas que as vivenciam, daí que a inclusão de relatos fornece maior riqueza ao relatório e melhor oportunidade de compreensão das experiências e dos contextos em que ocorrem.

O desafio que agora se coloca é apresentar uma síntese dos elementos que, na perspetiva dos enfermeiros, caracterizam as suas práticas profissionais e/ou constituem fatores que promovam ou comprometam a qualidade dos cuidados de enfermagem, sem perder ou distorcer a riqueza dos dados. Importa referir que, apesar de frequentemente ser apresentado um único extrato, a existência de achados comuns a vários entrevistados determinou a utilização do termo “participantes”.

2.1 Os alicerces da estrutura

De acordo com Donabedian (2003), a estrutura refere-se às condições em que os cuidados são prestados, abrangendo os recursos materiais, os recursos humanos, nomeadamente o número, a variedade, as qualificações, bem como as características organizacionais, de que são exemplo, a organização das equipas médicas e de enfermagem e a presença de funções de ensino e pesquisa.

Tal como referido por Duffy e HosKins (2003), os elementos incluídos na componente estrutura influenciam o processo de cuidados e podem afetar direta ou indiretamente os resultados. É geralmente aceite que a estrutura tem uma influência importante na forma como as pessoas se comportam e, conseqüentemente, na qualidade da assistência oferecida e desfrutada. Na perspetiva de Donabedian (2003), em alguns aspetos, a estrutura pode ser o principal fator determinante da qualidade dos cuidados.

No nosso estudo, relativamente à componente estrutura, da análise de conteúdo efetuada, emergiram seis áreas temáticas: recursos organizacionais, recursos humanos, recursos materiais, organização dos serviços, sustentabilidade da prática de enfermagem e organização dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da área temática que denominamos por **recursos organizacionais**, emergiram como categorias: planeamento estratégico da instituição, informação institucional e políticas da instituição (Quadro 8).

Quadro 8 - Recursos organizacionais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Planeamento estratégico da instituição	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Visão, missão e valores da instituição</i> • <i>Objetivos da instituição</i> • <i>Procedimentos da instituição</i>
Informação institucional	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intranet</i> • <i>Boletim informativo</i> • <i>Correio eletrónico</i> • <i>Dossiers eletrónicos e/ou em papel</i> • <i>Pesquisa intencional</i>
Políticas da instituição	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desenvolvimento da formação</i> • <i>Desenvolvimento da investigação</i> • <i>Envolvimento na instituição</i> • <i>Melhoria contínua da qualidade</i>

Os enfermeiros representam o maior grupo profissional nas instituições hospitalares, assumindo um papel importante na concretização do planeamento estratégico das mesmas (Oliveira e Schilling, 2011). A maioria dos participantes considera que *“hoje em dia, (...) praticamente toda a gente sabe qual é a visão e a missão do hospital, porque estão muito divulgadas”* (E48). No entanto, o referido não é consensual, pois *“os enfermeiros nem sempre conhecem a missão, a visão e os valores (...) É divulgado (...) mas, muita gente não lê (...) e não conhece...”* (E44). De facto, a ausência de conhecimento relativamente à **visão, missão e valores da instituição**, foi identificada nos discursos, *“eu não conheço os valores e a missão do centro hospitalar. É vergonhoso dizer isto...”* (E20). Em consonância com o referido, Araújo et al. (2014) verificaram que os enfermeiros nem sempre têm a perceção da missão da organização.

Para além do (des)conhecimento que possa existir relativamente à visão, à missão e aos valores da instituição, em alguns contextos, a apropriação dos mesmos foi mencionada, *“eu penso que de uma maneira geral talvez sejamos uma das profissões em que há maior coincidência entre a missão do hospital e da própria profissão, porque talvez seja a classe que mais se empenha e mais contribui para que essa missão seja atingida”* (E48). Embora alguns enfermeiros reconheçam que *“são as pessoas que mais contribuem para que isso aconteça, (...) nem toda a gente tem a tomada de consciência que devia, sob o ponto de vista da sua importância. Talvez os enfermeiros ainda não se tenham apropriado bem da importância que têm”* (E48).

Já em 2001, Mezomo referia que não basta conhecer a visão, a missão e os valores da instituição, é necessário saber o que eles significam para os profissionais e até que ponto eles agem em conformidade com os mesmos. Uma atuação congruente com a visão, a

missão e os valores da instituição é, na perspectiva dos participantes, influenciada pelas condições e pelos recursos existentes nos contextos da prática, *“e então, a pessoa faz aquilo que pode em função dos recursos que dispõe. Muitas vezes fica aquém daquilo que deveria ser, prestar cuidados de excelência que é a visão, quer da enfermagem, quer da instituição... nós prestamos em função daquilo que temos”* (E52). O referido é clarificado num exemplo do participante, *“esta instituição tem por hábito, internar doentes no corredor, por muito que o enfermeiro se esforce para prestar cuidados de excelência, não pode. Não pode, porque não há cuidado que se preste, que se possa dizer que foi de excelência, de qualidade, quando a gente não tem o mínimo de privacidade...”* (E52).

Atualmente, em Portugal, a maioria das instituições hospitalares estão integradas no modelo de Entidades Públicas Empresariais, evidenciando claramente uma aproximação a princípios de gestão empresarial. O problema é que esse novo modelo de gestão está centrado *“em critérios de tomada de decisão orçamentais, racionais e quantitativos, que por vezes podem ser contrastantes com os valores dos profissionais de enfermagem, nomeadamente no que respeita a indicadores de trabalho qualitativos e relacionais assumidos no processo de cuidar”* (Frederico-Ferreira e Silva, 2012, p.86).

Outro fator dificultador *“tem a ver com os constrangimentos que temos vivido nos últimos anos em termos dos recursos humanos disponíveis, para conseguirmos que haja essa convergência de interesses”* (E53). Efetivamente, os enfermeiros consideram *“importante (...) aquilo que está definido superiormente, mas muitas das vezes, faltam-nos os recursos para concretizar esses ideais...”* (E53). A própria política de incentivos é reveladora da importância atribuída à criação de condições, *“há um incentivo para operar mais (...) mas, não há um incentivo para se criarem condições para eu (...) cuidar adequadamente de mais doentes. E, portanto é isso que eu vejo, que não há uma consonância entre os valores e a missão que estão anunciados...”* (E33).

Araújo et al. (2014) confirmaram que parece não existir convergência de esforços para se atingir determinado objetivo, para fazer corresponder as práticas à missão da instituição, o que também foi relatado no nosso estudo, *“às vezes parece que a instituição tem uns objetivos e nós na enfermagem temos outros, tornando-se difícil trabalhar para o mesmo fim”* (E4).

Para além da relevância da visão, da missão e dos valores da instituição, apesar de alguns participantes reconhecerem a importância dos **objetivos da instituição**, consideram que *“nem sempre é fácil (...) por existirem zonas cinzentas”* (E56). Acresce ainda que, *“perante as exigências, dificuldades e especificidades da instituição, colocam grande responsabilidade sobre os enfermeiros chefes para mobilizarem a equipa, o que não é fácil”* (E56). Isto porque, tal como clarificado pelo participante, *“apesar do esforço*

do chefe e da equipa, às vezes faltam-nos os recursos necessários a uma atuação em função dos objetivos da instituição” (E4).

A par das dificuldades em reunirem as condições à concretização dos objetivos, das narrativas emergiu a ausência de proximidade com os órgãos de gestão, “os objetivos gerais da instituição, acabam por ter implicações na nossa prática, porque acabam por ser coisas que nós queremos atingir no nosso dia-a-dia. Por outro lado, (...) eu sinto um distanciamento muito grande entre a parte de cima e a parte de baixo. Não há grande proximidade...” (E12). Neste sentido, “eles lançam os dados gerais (...) nós acabamos por operacionalizar aquilo que eles dizem, mas depois não vejo um contacto próximo para perceber aquilo que se sente na prática (...) mesmo que nós sintamos muita dificuldade cá em baixo... Acho que é muito unilateral... é de cima para baixo e muito pouco de baixo para cima” (E12). Corroborando Mezomo (2001, p.87), “é um contra-senso querer que a base da pirâmide produza serviços de excelência ao mesmo tempo que se vê marginalizada dos objetivos e desafios da organização”.

Apesar do Ministério da Saúde (2010), no âmbito da Reforma da Organização Interna dos Hospitais, reconhecer como essencial o distanciamento da perspetiva formalista, que tem a pretensão de ser possível a definição de objetivos “de cima para baixo” (p.7) para que sejam cumpridos pelas bases da organização, nos contextos da prática, a evolução tem sido escassa, e em alguns casos inexistente.

De facto, na perspetiva dos participantes, “não há nenhum tipo de ligação entre a parte de gestão do topo e administrativa e a parte operacional (...) acho que tínhamos benefício para as duas partes porque ao fim ao cabo fazemos parte da instituição e estamos a trabalhar para os mesmos objetivos” (E9). Neste sentido, “os administradores teriam se calhar uma perceção da realidade vivenciada em cada contexto diferente, como quem trabalha teria (...) uma motivação diferente porque do ponto de vista do reconhecimento sentia-se mais reconhecido e depois do ponto de vista de identidade com a instituição também” (E9). Atualmente, os enfermeiros consideram que têm “um corte entre a estrutura administrativa e estrutura operacional... a estrutura operacional não pode sentir que faz parte da estrutura administrativa. Não se podem identificar com pessoas que não conhecem (...) portanto acho que esse caminho ainda tem que ser feito...” (E9).

De modo a atingir uma concretização efetiva dos objetivos institucionais, a uniformização da atuação dos profissionais é fundamental. Para Erickson e Ditomassi (2011), as normas e os procedimentos existem para assegurar que a elevada qualidade dos cuidados seja mantida, independentemente dos profissionais que prestam cuidados, bem como do seu nível de experiência. O contributo dos **procedimentos da instituição** para a uniformização das práticas foi referido pelos participantes, “há mesmo necessidade de

termos linhas condutoras a nível da instituição (...) temos que trabalhar todos da mesma forma, até mesmo para que o doente também perceba um bocadinho aquilo que nós estamos a fazer” (E28). Isto porque, *“se cada um fizer à sua maneira, primeiro não temos os bons resultados e, depois, não estamos a usar o que é evidência... aquilo que são as boas práticas e, é realmente (...) seguindo aqueles procedimentos que conseguimos bons resultados”* (E28). No estudo realizado por Potra (2015), apesar dos enfermeiros com funções de gestão operacional não referirem nenhuma teoria ou modelo orientador dos cuidados de enfermagem, destacaram a importância das normas e procedimentos institucionais na sustentação das práticas dos enfermeiros.

Contudo, e tal como referido por Nunes (2007, p.38), qualquer *“procedimento ou norma, por melhor estruturados e validados que estejam, são referências de «bem fazer», que apoiam ou suportam a decisão”,* não podendo, em nenhuma situação, substituir o papel único do enfermeiro. Embora a autora reconheça a importância dos procedimentos e das normas, adverte para o risco de se estar agarrado a esses elementos.

Ainda que de forma pontual, o risco a que se refere Nunes (2007), foi relatado, *“agora, o que eu noto é que com a definição de normas, de procedimentos, é definido o objetivo e a forma de atuar (...) as pessoas estão quase a ser formatadas para fazer daquela forma, o que não estará mal em determinadas coisas, por exemplo, procedimentos técnicos”* (E33), não devendo ser generalizado para todas as situações, sob o risco de estar a perder-se *“a capacidade de reflexão, do porquê de se fazer assim, do porquê adaptar um passo do procedimento para responder a uma particularidade naquele doente”* (E33). Conforme clarificado pelo participante, embora não sejam todos assim, *“regra geral, os enfermeiros estão a perder a capacidade de criticar, de refletir, de modificar ou alterar alguma coisa...”* (E33).

Para além de promoverem a uniformização das práticas, os procedimentos institucionais são importantes no âmbito dos processos de integração, *“a existência de procedimentos atualizados é um contributo importante, uma vez que facilita a integração na instituição”* (E4).

Em consonância com o referido, a visão, a missão, os valores e os objetivos da instituição, bem como os procedimentos existentes na mesma, constituem um tipo de informação institucional fundamental para os enfermeiros. Por conseguinte, de modo a garantir a acessibilidade a essa informação, é frequente nas instituições hospitalares existirem vários recursos.

Neste sentido, e tal como reconhecido pelos participantes, a ***intranet*** é um dos recursos tecnológicos disponível em grande parte das organizações, *“nós temos intranet, portanto tudo o que é procedimento está na intranet... logo, qualquer um de nós tem acesso a*

essa *informação*” (E29), sendo que desta forma “*é tudo publicado com a maior transparência...*” (E47).

Reconhecido como um meio que veicula a informação institucional, o **boletim informativo** foi outro dos recursos mencionado, “*nós temos o boletim informativo, que sai sempre que é necessário, que nos informa acerca das principais alterações a nível hospitalar*” (E37). Assim, “*sempre que há alguma mensagem importante, alguma alteração, seja a nível de funcionamento, alguma coisa específica para alguma categoria profissional, por norma publicam tudo no boletim informativo*” (E15).

Em alguns contextos, o acesso à informação institucional, é garantido através do **correio eletrónico**, “*quando são documentos que exigem leitura, recebemos por correio eletrónico (...) para lermos, para tomarmos conhecimento...*” (E3). A rapidez do acesso à informação é uma vantagem deste recurso tecnológico, “*as informações são transmitidas na hora, via e-mail (...) e é possível consultá-las de imediato*” (E2).

Na investigação realizada por Ferreira (2015), a intranet, o boletim informativo e o correio eletrónico, constituíram os recursos mais frequentemente utilizados.

A informação institucional pode ainda estar acessível em **dossiers eletrónicos e/ou em papel**, “*tenho sempre pastas, em suporte de papel, com a documentação (...) para facilitar um bocadinho, às vezes uma consulta rápida dos enfermeiros... também está em suporte eletrónico, portanto qualquer enfermeiro, a qualquer momento pode consultar*” (E39).

Apesar de nas instituições existirem diversos recursos, a acessibilidade à informação institucional decorre, numa primeira instância, da **pesquisa intencional**, “*há pessoas mais interessadas do que outras, verifica-se que determinados enfermeiros têm por hábito consultar o portal, há outros que nunca lá vão*” (E52). Na perspetiva dos participantes, este é o problema da informação estática, uma vez que “*ela está sempre dependente da vontade do enfermeiro ir lá ver, e como tal ou o enfermeiro está algo vinculado com a instituição e quer perceber efetivamente ou então não vê*” (E14), o que se verifica em situações em que “*há desinteresse total relativamente ao que se passa na instituição*” (E14).

De facto, o problema não está na divulgação, mas sim no interesse do enfermeiro em procurar a informação, “*a política interna é eficiente, ou seja, a informação é divulgada nos veículos adequados, em tempo útil, pelos meios adequados. Mas, não é eficaz, porque as pessoas não têm aquela cultura de consultar, estão à espera que lhes digam que alguma coisa mudou*” (E33). Tal como mencionado pelo participante, os enfermeiros “*não têm esse hábito, de abrir o portal interno e ver se há alguma coisa de novo*” (E33).

Ainda no âmbito dos recursos organizacionais, foram visíveis nas narrativas referências às políticas da instituição. Corroborando Rocha et al. (2016), a existência de uma política

de formação e investigação que potencie o desenvolvimento do capital humano é uma estratégia fundamental para o sucesso da instituição, pois o investimento direcionado para este fim traz o diferencial necessário, para promover o desenvolvimento profissional e a qualidade da assistência prestada aos clientes e família.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a formação dos profissionais de saúde é um pilar essencial na dinâmica de funcionamento dos hospitais, sendo necessária e fundamental para garantir a qualidade dos cuidados, bem como para introduzir mudanças e atualizações nos contextos de trabalho. No âmbito do nosso estudo, relativamente ao **desenvolvimento da formação**, as experiências vão variando entre as diversas instituições, *“aqui temos possibilidade de fazer muita formação, nomeadamente sobre controlo de infeção, suporte básico de vida, suporte imediato e suporte avançado”* (E4). Por outro lado, noutras instituições, *“não temos assim muitas formações. Estão mais relacionadas com o controle de infeção (...) não temos tido outro tipo de formação cá...”* (E2). O referido evidencia uma política de formação, centrada na atualização de conhecimentos, e essencialmente focada em áreas de urgência/emergência e controlo de infeção.

A existência de formação de carácter obrigatório e facultativo foi outro aspeto referido pelos participantes. No âmbito das formações obrigatórias, *“mais ou menos transversais a todos os profissionais de enfermagem da instituição (...) por cada dois anos os profissionais (...) são escalados para estarem presentes nessa formação, muitas vezes para ouvir repetição da formação do passado, mas quase sempre para ouvir pequenos pormenores de atualização”* (E39). Em relação à formação facultativa, normalmente sobre temáticas mais específicas, *“se o profissional for, é contemplado em tempo de serviço, exatamente para motivar também o profissional a ir”* (E39). Independentemente de ter carácter facultativo ou obrigatório, na perspetiva de Rego et al. (2015) a formação é um processo que promove a aquisição de novos conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos com relevância para o desempenho da função.

Atualmente, nas instituições hospitalares, tendo em vista a evolução tecnológica e científica, o domínio de ações de formação focadas na reciclagem e atualização de conhecimentos técnicos, ainda constitui uma realidade (Sade e Peres, 2015). No entanto, atendendo ao contributo da formação para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, é premente a adoção de estratégias que garantam a reflexão sobre as práticas com repercussão na conceção e prestação de cuidados de enfermagem.

A possibilidade dos enfermeiros sugerirem temáticas no âmbito do plano de formação anual da instituição foi destacada pelos participantes, *“temos sempre também oportunidade anual de dar sugestões ao gabinete de formação do que achamos pertinente no âmbito global, institucional... e acaba por ser planeado”* (E19). O facto de

alguns profissionais de enfermagem não estarem ainda sensibilizados para a pertinência de temáticas relacionadas com a conceção e prestação de cuidados de enfermagem, impede a concretização do desígnio anteriormente referido.

Na perspetiva de Varandas e Lopes (2012), a formação constitui um fator facilitador da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo ser impulsionada. No entanto, para além de em alguns contextos ser pouco estimulada, a inexistência de incentivos e/ou apoios por parte da instituição para investir na formação foi um dos aspetos que emergiu dos relatos, *“acho que é uma sobrecarga enorme para um enfermeiro (...) que queira desenvolver-se profissionalmente, neste momento não serem dadas as garantias, o apoio ou qualquer tipo de suporte das instituições”* (E9).

A falta de apoio financeiro para a realização de formação foi relevada nos discursos, *“uma das coisas que nós notamos é que o sacrifício é muito maior agora para quem estuda, não há bolsas para estudar, enquanto antigamente existiam”* (E54); *“há dez anos atrás, não seria bem assim (...) eu lembro-me quando comecei a trabalhar que havia colegas que tinham financiamento dos hospitais para irem fazer formação e, neste momento, a formação que nós fazemos é toda à nossa conta”* (E20). Para além de não existirem bolsas, a indisponibilidade de tempo para investir foi lembrada pelos participantes, *“é com muito sacrifício, e a enfermagem faz 40 horas e são as 40 horas de trabalho intensivo, que não têm tempo para parar, para estudar, para prestar melhores cuidados. Acho que isso é a lacuna que se deve mudar, porque é necessário dar tempo a quem precisa”* (E54). De entre os fatores que comprometem o investimento na formação, Anacker e Viegas (2016), no estudo que realizaram, identificaram a falta de ajuda financeira, a ausência de dispensa, bem como a inexistência de profissionais para substituir outros no período da formação.

Benner (2001), no âmbito do modelo de desenvolvimento de competências, destacou a necessidade das organizações investirem na formação, no desenvolvimento e na carreira dos profissionais de enfermagem, de modo a motivá-los a um desempenho gradualmente mais elevado. Corroborando Mezomo (2001), os profissionais com elevados níveis de capacitação são capazes de alargar continuamente os resultados da instituição, contribuindo de forma notável para a melhoria da qualidade.

E, de facto, na profissão de enfermagem, *“temos uma população relativamente jovem em termos de carreira e muito desperta para a formação avançada e muitas vezes o que acontece é que as pessoas tem literalmente de sobrecarregar as suas vidas particulares e sobrecarregar-se (...) em carga de trabalho para conseguir fazer formação avançada”* (E9). O problema é que, na sequência da sobrecarga, acaba *“por prejudicar-se a mesma formação e até, eventualmente, o exercício profissional, porque é impossível uma pessoa conseguir manter durante meses, por mais que tente, uma qualidade ou exceder-se de*

uma qualidade de cuidados, quando faz 70 horas (...) por semana, que é o que acontece a quem faz estágio e quem trabalha...” (E9).

A par da inexistência de apoio, a ausência de reconhecimento pela formação efetuada foi relevada, *“no percurso que eu tenho feito e que eu tenho investido o que me motiva é a vontade de saber mais para poder fazer melhor (...) depois não sou reconhecida, não sou recompensada...” (E12).* Na área da saúde, numa procura pela excelência dos cuidados prestados, é notória a preocupação dos enfermeiros em manter-se atualizados (Ribeiro, 2013), no entanto, apesar de todo o investimento, há a percepção de que *“acabamos por não ter (...) retorno, porque nem sequer nos locais onde estamos a trabalhar temos visibilidade...” (E20).*

Para além da pertinência da formação, foi também evidenciada a necessidade do **desenvolvimento da investigação** nos contextos da prática, o que de facto tem sido dificultado, principalmente por duas razões. Por um lado, *“não temos tempo para fazer estudos para fundamentar cientificamente aquilo que nós temos a percepção na prática. Isto para mim é uma pena porque não dá para criar... para fundamentar práticas e se calhar para dar algum contributo para a teoria de enfermagem” (E12); “temos imensas coisas possíveis de publicar, possíveis de fazer e (...) não há tempo” (E46).* Por outro lado, *“não temos pessoas que possam só dedicar-se à investigação... há investigadores nas escolas... mas os investigadores nem sempre têm a consciência da prática. A investigação também seria muito importante noutros moldes, quase em simultâneo com a prática...” (E12).*

Neste sentido, o desafio seria, *“se acontecer um caso prático vamos investigar isto... dois ou três elementos dos serviços vão fazer um estudo e têm tempo para fazer isso, para investigar e se calhar até nos levaria a mudar a nossa prática ou a mantê-la...” (E12).* De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a atividade investigacional deve fazer parte do desempenho de qualquer profissional de saúde, uma vez que a progressão ao longo da carreira profissional está associada a um aumento da responsabilidade em relação à atividade científica e de investigação.

Atualmente, apesar de reconhecida a importância de existirem enfermeiros dedicados à produção de conhecimento específico, promovendo programas e projetos de investigação e participando em equipas de pesquisa (Ordem dos Enfermeiros, 2014a), os relatos dos participantes evidenciam muitas dificuldades à concretização desse desafio.

Atendendo a que *“há mais enfermeiros interessados na área científica” (E46),* seria importante que as instituições promovessem as condições ao desenvolvimento da investigação. E, de facto, ainda que não seja em todos os contextos, começam a surgir incentivos à realização da mesma, *“em enfermagem tem que haver produção do conhecimento (...) houve uns anos que o Centro Hospitalar esteve um bocado parado,*

em relação a isso, mas esta direção de enfermagem tem incentivado e, inclusivamente, premeia a questão da produção do conhecimento, através da realização da investigação” (E41).

Em relação ao **envolvimento na instituição**, emergiram aspetos relacionados com o reconhecimento profissional e com a motivação, “fruto do investimento pessoal que eu tenho feito (...) fui convidada para fazer parte do grupo (...) que coordena os sistemas de informação do hospital e, fiquei muito contente porque, no fundo, consegui ver que houve um reconhecimento do meu esforço pessoal (...) e isso também me agradou e motivou-me para fazer mais e melhor” (E20).

Para além do reconhecimento individual, foram também relatadas situações de reconhecimento coletivo, nomeadamente em relação ao contributo dos enfermeiros na concretização de projetos da instituição, “quando nós iniciamos o processo de acreditação (...) tivemos ali um período muito parado e depois (...) teve de avançar (...) e isto é frequentemente dito, avançou à custa dos enfermeiros (...) e, inclusivamente, houve um reconhecimento da parte da administração de que a primeira acreditação resultou muito da enfermagem” (E49). Também o atingimento dos objetivos foi congratulado, “em termos de referenciação de doentes para os cuidados continuados, nós tínhamos um objetivo a atingir (...) que era importante para administração do Centro Hospitalar (...) e que foi largamente atingido este ano e a administração já veio (...) felicitar os enfermeiros (...) por terem conseguido esse objetivo” (E35). O referido denota uma preocupação em reconhecer o esforço das pessoas, o que, já em 2001, Mezomo considerava fundamental. Na perspetiva do autor, as formas de reconhecimento são variadas, desde criar oportunidades de crescimento a premiar financeiramente, sendo que mais importante do que o tipo de reconhecimento, é a sua existência.

Efetivamente, para além das situações em que há reconhecimento, a ausência do mesmo também foi referida, “há muita coisa que eu tiro do meu tempo pessoal (...) E não recebemos nada em troca (...) um reconhecimento seria agradável” (E12). Tal como acontece em todas as profissões, há pessoas, grupos ou serviços que se destacam, no entanto, “não há diferenciação, ou seja, somos todos enfermeiros (...) e o serviço que tem uma melhor prestação ou os enfermeiros que dedicam mais horas ao seu trabalho são avaliados, tratados e remunerados exatamente da mesma maneira que um enfermeiro num outro serviço onde faz o essencial porque também não quer fazer mais” (E12).

O facto do reconhecimento dos profissionais ser descurado, está claramente expresso no relato, “nesta instituição onde eu trabalho, e desde sempre trabalhei, houve sempre muita preocupação, não tanto na qualidade, mas na quantidade dos cuidados (...) não há aquela valorização, não há o reconhecimento (...) É mesmo estatística... e nós somos

mais uns números” (E1). O problema é que, tal como enunciado no âmbito da Reforma da Organização Interna dos Hospitais (Ministério da Saúde, 2010), a preocupação excessiva com o aumento da produção, desguarnecida de igual preocupação com a qualidade, contribui para o desencanto e menor empenho dos profissionais.

Para além da questão do reconhecimento, da análise dos discursos, emergiram também aspetos relacionados com a importância da motivação, *“é sabido que uma pessoa motivada, trabalha melhor, produz mais (...) isto é gestão, gestão para toda a gente, está nos livros, na parte motivacional”* (E38) e, de facto, *“era preciso trabalhar a motivação das equipas. Acho que era muito importante, porque equipas motivadas trabalham com prazer e produzem melhores resultados”* (E42). Em consonância com os relatos, Cecagno, Cecagno e Siqueira (2005) referiram que quanto mais motivado estiver o profissional, maior será o seu envolvimento com a instituição. Tal como clarificado por um participante, importa lembrar que *“às vezes com poucos recursos podemos fazer mais do que seria esperado se a motivação (...) nos levar a que façamos esses cuidados. Atualmente é difícil”* (E12).

As instituições hospitalares são entidades cada vez mais complexas, sendo uma das principais missões prosseguir elevados níveis de qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2010), o que implica necessariamente a adoção de diversas estratégias. No âmbito da **melhoria contínua da qualidade** foram identificados alguns projetos de melhoria contínua, assim como a possibilidade dos mesmos serem planeados em função dos indicadores.

Na perspetiva de Cavalcante et al. (2015), a utilização de indicadores traz benefícios para as instituições de saúde, uma vez que permite a possibilidade de monitorizar a adequação dos serviços de enfermagem em diferentes áreas hospitalares, impulsionando os profissionais na procura da melhoria da qualidade dos serviços. Neste sentido, *“os indicadores de enfermagem que neste momento estão a nível institucional, são uma grande base de trabalho para nós melhorarmos as nossas práticas com a introdução de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem”* (E40).

Para além disso, e tal como referido pelos autores (Cavalcante et al., 2015), as avaliações periódicas por indicadores, permitem a compreensão da qualidade assistencial, o que também foi relevado nos discursos, *“fazemos análises transversais a todos os serviços (...) Procuramos perceber o que aconteceu ao mês anterior, ao trimestre anterior, ao semestre e no final do ano, para perceber se conseguimos ou não alcançar os objetivos (...) É com base sobretudo nestes dados que nós tentamos melhorar as nossas práticas”* (E40).

Em alguns contextos, os projetos de melhoria contínua têm sido desenvolvidos no âmbito dos padrões de qualidade, *“aqui na instituição, tem-se feito um esforço nisso, quer dizer,*

os projetos de melhoria têm que ser claramente definidos no âmbito dos padrões de qualidade” (E21), predominando os projetos relacionados com a prevenção de complicações, “no Centro Hospitalar temos vários projetos (...) os transversais que têm a ver com as úlceras de pressão, as quedas e a dor” (E29); “neste momento o hospital (...) vai entrar num projeto internacional para controlo de infeção hospitalar e portanto está a ser feito algum trabalho desse ponto de vista” (E9).

Para além da referência a alguns projetos, emergiram estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito da instituição, “fazemos também reuniões da direção de enfermagem... mensalmente, portanto todos os enfermeiros gestores, sejam chefes ou responsáveis de serviço, trazem as suas experiências para uma reunião em comum, para nós detetarmos lacunas ou situações de menos rigor e menos eficiência e eficácia na nossa organização” (E40). Neste sentido, de uma forma sistemática, “tentamos fazer readaptações (...) até porque há sempre uma planificação que é feita no princípio de cada ano para todos os serviços (...) temos alguns objetivos transversais que pretendemos cumprir. E vamos monitorizando essas situações ao longo dessas reuniões mensais que fazemos” (E40). Estes achados vão ao encontro da concetualização de melhoria contínua da qualidade, enquanto processo organizacional estruturado, que visa envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias, de modo a oferecer cuidados de qualidade (Mezomo, 2001; Silva, 2013).

No seguimento do referido e decorrente do trabalho desenvolvido em algumas instituições, é notada a existência de uma política de qualidade, “existe uma série de preocupações que estão presentes no nosso dia-a-dia e também no dia-a-dia das chefias e da organização dos serviços, no sentido de uma procura constante pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados” (E5).

Apesar da importância dos recursos organizacionais, na literatura tem vindo a ser cada vez mais salientado que o grande diferencial das organizações está nas pessoas (Mezomo, 2001; Manzo, Brito e Alves, 2013), sendo que a implicação dos recursos humanos na qualidade dos cuidados é uma questão irrefutável.

A dotação adequada de enfermeiros, assim como a qualificação e a competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para se atingir índices desejáveis de segurança e qualidade dos cuidados para a população alvo e para a própria organização (Ordem dos Enfermeiros, 2014a). Na perspetiva dos participantes, a dotação e a qualificação dos enfermeiros, são componentes estruturais significativos com potencial para afetar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Já em 2003, Donabedian referia que o número e as qualificações dos profissionais são atributos de estrutura essenciais à qualidade.

Assim, no âmbito da área temática que intitulamos de **recursos humanos**, emergiram como categorias: dotação de enfermeiros e qualificação dos enfermeiros (Quadro 9).

Quadro 9 - Recursos humanos

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Dotação de enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> · Défice de enfermeiros · Rácio enfermeiro/clientes · Rácio enfermeiro especialista/clientes · Mobilidade interna de enfermeiros · Rotatividade de enfermeiros · Garantia da segurança
Qualificação dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermeiros com formação avançada · Enfermeiros com especialidade · Distribuição de enfermeiros com qualificação

O **défice de enfermeiros** foi um aspeto que emergiu dos discursos, “*eu acho que a principal lacuna que existe mesmo é o défice em termos de recursos humanos*” (E20); “*temos uma equipa reduzida para esses cuidados que os nossos utentes necessitam, não estamos a conseguir dar todas as respostas*” (E28). Também de acordo com o ICN (2015), a escassez de enfermeiros constituiu um dos principais constrangimentos atuais.

O problema é que “*o número de enfermeiros por turno tem sido cada vez mais reduzido, mas a qualidade que nos pedem, cada vez é superior, mas não nos dão muitas vezes os recursos para tal*” (E1). De facto, tal como referido por Freitas e Parreira (2013), é necessário que as organizações estejam munidas dos recursos humanos adequados para que os enfermeiros cumpram a sua missão, prestando cuidados de qualidade.

Para além da ausência de contratação de profissionais de enfermagem, o absentismo numa profissão, cujo risco profissional é elevado, tem agravado o problema, “*com a falta de recursos humanos ou porque as pessoas estão cansadas, ou porque as pessoas estão lesionadas, porque temos muitos colegas de atestado e que estão no seguro porque foram (...) acidentes em serviço, é muito complicado prestar bons cuidados de enfermagem ou os cuidados adequados à situação de cada pessoa*” (E20).

O **rácio enfermeiro/clientes**, traduzido na prática pelo número de clientes atribuídos a cada enfermeiro durante um turno, é na opinião dos participantes um aspeto a rever, “*essa parte da gestão e desses rácios estipulados para as horas de cuidados, penso que deveria ser revista*” (E2). Na sequência de um rácio enfermeiro/clientes inadequado, “*sentimos na pele que quase não conseguimos dar resposta (...) aos processos corporais. E quando temos muitos doentes... é uma situação complicada*” (E3); “*basta acontecer alguma situação imprevista que já não conseguimos, sequer... gerir as restantes atividades prioritárias. Fica tudo atrasado, os doentes ficam mais apelativos... e os profissionais em si mais insatisfeitos, mais deprimidos, mais descontentes com a sua profissão*” (E2). Num estudo realizado em hospitais da Califórnia, Pensilvânia e New Jersey, Aiken et al. (2010) constataram que melhores rácios enfermeiro/clientes estavam associados a menor taxa de mortalidade dos clientes e, simultaneamente, níveis mais baixos de insatisfação e exaustão nos enfermeiros. A par da menor taxa de mortalidade,

numa investigação realizada em hospitais europeus (Aiken et al., 2016), foi também confirmada a melhoria da qualidade dos cuidados. Para além de estar associado à redução da mortalidade dos clientes, com um número adequado de enfermeiros também ocorrem menos eventos adversos (Aiken et al., 2014).

Na perspetiva dos participantes, *“o rácio de enfermeiro/clientes (...) é um aspeto fundamental! Porque, se estão dois a trabalhar, as coisas fazem-se com a qualidade possível. Se estão cinco (...) atinge-se outro nível de qualidade dos cuidados prestados, porque também ninguém é imenso”* (E5).

Atendendo às necessidades dos doentes em cuidados especializados, o **rácio enfermeiro especialista/clientes** também não tem sido adequado, *“para uma média de 25 a 30 doentes, com necessidade de reabilitação, um enfermeiro especialista é muito pouco... claro que não dá para os doentes todos”* (E4). Em consonância com as orientações internacionais e da própria Ordem dos Enfermeiros (2014a), nos contextos da prática, devem estar assegurados os números adequados de enfermeiros, em quantidade e qualidade, às necessidades dos clientes, o que nem sempre constitui uma realidade. O mencionado é dificultado pela inexistência de formas de cálculo e valores de referência para a dotação de enfermeiros especialistas.

Na tentativa de colmatar o défice de recursos humanos, a **mobilidade interna de enfermeiros** foi evidenciada nos discursos, *“por vezes há necessidade de (...) fazer mobilidade de enfermeiros de um serviço (...) para outro com maior sobrecarga de cuidados”* (E56). De forma a colmatar esses défices e, simultaneamente, diminuir a probabilidade de ocorrerem complicações, vão-se adotando algumas estratégias, *“tem sempre que se recorrer, às vezes, a pessoas que já passaram nesses serviços (...) Na verdade, apesar de não estarem lá há muito tempo, já conhecem o serviço, ou pelo menos alguma coisa há-de estar mais ou menos igual... e, pronto andamos com esta mobilidade que acaba por complicar toda a gente”* (E31).

A perceção de que a mobilidade interna de enfermeiros não é benéfica para ninguém foi manifestada pelos participantes, *“essa é uma das regras que eu não concordo (...) Uma substituição a longo termo, estamos a falar de um atestado de uma semana, dez dias, um mês, tudo bem (...) porque a pessoa (...) tem tempo para se adaptar e integrar e render. Agora, por um dia, por umas horas, não é por mais um banho que a gente dê (...) que o serviço ia piorar em termos de cuidados”* (E27). Segundo o Parecer CJ2/2008 (Ordem dos Enfermeiros, 2008), aquando da necessidade de mobilização de recursos de Enfermagem deverá estar sempre presente e assumido que a segurança é fundamental à boa prática de cuidados e à qualidade dos mesmos. Neste contexto, a implementação dessa segurança envolve um vasto conjunto de medidas e uma adequada integração dos

profissionais nos serviços onde irão prestar cuidados, de forma a poderem responder cabalmente às especificidades dos mesmos, o que na realidade, nem sempre acontece.

Para além do referido, a **rotatividade de enfermeiros** e as consequências da mesma na estabilidade das equipas também foi identificada nos discursos, *“muita gente nova, muita rotatividade (...) depois é muito difícil... é deveras complicado estabilizar as equipas”* (E47); *“sinto muita a falta de peritos aqui no serviço. Tenho uma equipa que se está a renovar de 2 em 2 anos. Há 3 ou 4 anos vieram 15 elementos da escola para a equipa e neste momento são os supostos peritos do serviço... entraram agora mais 8 e saíram uma catrefada deles”* (E37).

Conforme referido por Palmer (2014) e Ruiz, Perroca e Jericó (2016), a rotatividade é uma preocupação mundial pelo custo que representa para as organizações de saúde e por afetar o ambiente de trabalho, com repercussões na qualidade de assistência e na segurança do cliente. Decorrente da elevada rotatividade, nos serviços, *“há gente que ainda não tem os conhecimentos necessários para ser perito e é importante haver um grupo sólido em cada serviço que consiga servir de referência e de esclarecimento aos elementos que entram...”* (E37). De facto, tal como mencionado por Freitas e Parreira (2013), no âmbito das equipas, é essencial uma adequada combinação de enfermeiros com diferentes níveis de competências e diferentes necessidades de supervisão, uma vez que uma falha nesse sentido pode conduzir a erros clínicos que, por sua vez, podem resultar em danos para os clientes e para a organização.

Independentemente dos fatores que influenciam a dotação adequada de enfermeiros e do facto de esta problemática incluir variáveis que estão para além da quantidade de recursos de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014a), o problema é que *“as dotações não têm sido seguras... o que nos traz muita instabilidade”* (E49), além disso, *“as dotações são tão inadequadas, que algo tem de ficar a meio do caminho e muitas vezes é (...) a qualidade e a segurança...”* (E10).

Neste sentido, e atendendo a que a dotação de enfermeiros se encontra particularmente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2014a) e com a **garantia da segurança** nos ambientes da prática, assegurar *“as dotações seguras acho que seria o mais importante... porque nós tentamos fazer sempre o melhor para garantir a qualidade dos cuidados mas (...) às vezes não é muito fácil... nós temos turnos muito complicados”* (E8).

Na ótica dos participantes, nos contextos da prática hospitalar, as *“dotações seguras dos enfermeiros, é o aspeto mais fundamental. É termos efetivamente quantificadas as necessidades dos cuidados de enfermagem e efetivamente dispostos nos serviços o número de enfermeiros de cuidados gerais e número de enfermeiros especialistas”* (E9),

no sentido de uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garanta a segurança e a satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2014a).

Ao longo da última década, nomeadamente a partir do ano de 2006, marcado pelo slogan *“Dotações seguras, salvam vidas”* (ICN, 2006), a dotação de enfermeiros tem vindo a constituir uma preocupação, sem que na prática os enfermeiros constatem uma mudança positiva. Apesar de ser inegável a necessidade de dotações seguras, *“não se consegue... e já há fórmulas (...) cá continuamos a dizer que não há dinheiro, quer dizer há outras coisas... não é possível prestar-se cuidados de qualidade se não houver dotações seguras e no mundo inteiro (...) este cliché da dotação segura acho que vai continuar... porque os doentes têm de ter cuidados seguros”* (E46).

Para além disso, as dotações estão relacionadas com o desempenho dos enfermeiros, *“se a equipa estiver bem-dotada, o trabalho consegue ser distribuído de forma equilibrada, de acordo com as capacidades individuais de cada um, o que satisfaz muito mais as pessoas, e ter uma equipa satisfeita a trabalhar, não há melhor do que isso...”* (E39). No estudo que realizaram, Aiken et al. (2010) confirmaram que a sobrecarga de trabalho é um dos fatores que influencia significativamente a satisfação dos enfermeiros no desempenho da profissão.

Efetivamente, e até numa perspetiva de desenvolvimento da profissão, *“devia de haver uma preocupação por (...) dotar as equipas com pessoal suficiente para se pensar, para se discutir enfermagem, que é um aspeto também importante (...) Porque os enfermeiros mais enfermeiros, enfermeiros melhores profissionais também se cansam”* (E21). E, portanto, da parte das instituições, e *“quem diz instituições diz mais acima, em termos políticos, as equipas deviam ser dotadas de forma a que houvesse tempo para se ser verdadeiramente enfermeiro, porque é difícil hoje...”* (E21).

Para além do número, é inegável que a qualificação dos enfermeiros, entendida como a capacitação e o desempenho dos mesmos no âmbito dos conhecimentos técnico-científicos (Kurcogant, 2011), se reflete numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Varandas e Lopes, 2012; Freitas e Parreira, 2013). Os **enfermeiros com formação avançada** e a repercussão dessa formação na prática foram aspetos abordados pelos participantes, *“quase todos os elementos da equipa têm uma especialidade, uma pós-graduação e é óbvio que (...) isso se reflete nos cuidados que prestamos”* (E22); *“nesse aspeto houve uma grande evolução e em termos (...) de conhecimento cientificamente comprovado, houve uma grande preocupação ultimamente em os enfermeiros cada vez mais investirem na sua formação (...) e acho que isso repercutiu-se na prestação dos cuidados”* (E23). Amaral (2014a) na investigação que realizou, confirmou que a existência de enfermeiros com níveis avançados de formação tornam o ambiente da prática mais favorável à obtenção de melhores resultados.

No âmbito da formação realizada, foi evidenciada a situação dos **enfermeiros com especialidade** e sem possibilidade de a exercer, *“atualmente vai havendo muita gente com especialidade embora não estejam a exercer a especialidade”* (E40); *“temos o maior rácio de enfermeiros especialistas que este serviço alguma vez teve, mas não temos possibilidade das pessoas se focarem só na reabilitação”* (E9).

Pelo facto dos conhecimentos específicos estarem presentes, os enfermeiros *“acabam nos seus cuidados por (...) prestar cuidados de reabilitação, mas é completamente diferente de ter um foco única e exclusivamente direccionado para a estimulação do autocuidado”* (E9). Embora, no âmbito dos cuidados gerais, acabem por prestar *“alguns cuidados de reabilitação (...) como é óbvio não se pode pedir a um enfermeiro que tem de prestar cuidados gerais e que tem os seus ritmos de trabalho e (...) não são tão facilitados quanto isso... de estar também a prestar cuidados de reabilitação”* (E40).

Ainda que considerem urgente garantir que os enfermeiros especialistas tenham oportunidade de prestar cuidados especializados, *“é algo que em termos de operacionalizar neste momento sentimos muitas barreiras (...) mais pelas condicionantes de estrutura e de recursos existentes do que propriamente por não haver um modelo teórico que sustente ou até objetivos que sustentem isto”* (E9).

Apesar de tudo, ficou clara nas narrativas a mais-valia da formação especializada, *“é óbvio que numa equipa (...) em que 20 a 30% dos enfermeiros têm especialidade, por exemplo, de reabilitação ou médico-cirúrgica ou psiquiatria, tudo isso faz de nós melhores profissionais (...) Estamos muito mais atentos a determinadas alterações... não é que o enfermeiro sem especialidade não esteja, mas a formação, claro que sim, que ajuda imenso na prestação dos cuidados”* (E22).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015a), a Enfermagem de Reabilitação constitui a área de especialidade com maior número de enfermeiros, o que de alguma forma justifica o facto de ter sido a especialização mais frequente nos participantes do estudo. Para além da sua intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação, a necessidade destes enfermeiros estarem frequentemente no apoio à gestão também foi identificada nos discursos, *“quando escolhi a especialidade de reabilitação era para trabalhar muito nesta área... trabalhar com o doente e com a família e, eu não consigo muitas vezes, porque eu estou um bocado na área da gestão”* (E34). O envolvimento dos enfermeiros nesta área de especialidade é de tal forma significativo, que não a exercendo continuamente, manifestam alguma frustração, *“não tenho tempo para tudo e, às vezes, sinto-me muito frustrada (...) Quando não estou com os doentes, a trabalhar os doentes, parece que não fiz nada...”* (E34). Importa referir que o reduzido número de participantes com especialidade em outras áreas, não nos permitiu perceber se esta é uma realidade transversal.

Relativamente à **distribuição de enfermeiros com qualificação**, emergiu dos discursos a pertinência de dotar os serviços, tendo em consideração as suas especificidades, *“para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem precisa-se acima de tudo, de ter uma equipa de enfermagem dotada com a quantidade, mas também com a qualidade e a especificidade de profissionais necessários àquilo que o doente precisa”* (E39). Neste sentido, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, é necessário *“que eu tenha as enfermeiras de reabilitação em todas as equipas, enfermeiros especialistas em ventilação não invasiva, reconhecidos naquela atividade (...) eu acho que só assim melhoramos os cuidados”* (E46).

No âmbito do referido, Aued et al. (2016) reforçaram a necessidade dos enfermeiros serem alocados nos serviços conforme as suas competências, de modo a que se obtenha maior resolução dos problemas clínicos em benefício dos clientes. Citando um exemplo dos participantes, *“quando é possível haver enfermeiros de reabilitação, os resultados são notórios... penso que são de essencial importância (...) todos os serviços deveriam ter um enfermeiro com a especialidade de reabilitação”* (E2), o que também foi referido pelos enfermeiros que participaram no estudo realizado por Gomes (2011). E, efetivamente, tem vindo a ser feito um esforço nesse sentido, *“nós, neste momento, já vamos tendo alguns enfermeiros com a especialidade de reabilitação em todos os serviços, com a exceção de um... mas é uma aposta do Centro Hospitalar e é uma aposta nomeadamente da direção de enfermagem, dotar todos os serviços com enfermeiros de reabilitação”* (E47).

Apesar de ser importante dotar os serviços com enfermeiros qualificados, a ausência de equidade na distribuição desses enfermeiros foi mencionada, *“outro aspeto que depois me deixa muito triste é a diferença entre unidades, por exemplo, eu sei que as medicinas de lá têm enfermagem de reabilitação, e nós aqui não temos (...) Acho que os doentes não estão a ter as mesmas oportunidades”* (E25).

Para além da importância dos recursos humanos, Donabedian (2003) considerou que o material e o equipamento disponível, bem como o ambiente físico, constituem elementos estruturais que podem influenciar o processo e os resultados. Na sequência dos achados relativamente a esses atributos, na área temática relativa aos **recursos materiais**, emergiram como categorias: equipamento básico, material de consumo e instalações (Quadro 10).

Quadro 10 - Recursos materiais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Equipamento básico	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualidade dos equipamentos</i> • <i>Funcionalidade dos equipamentos</i> • <i>Disponibilidade dos equipamentos</i> • <i>Improviso de equipamentos</i> • <i>Distribuição de equipamentos</i>
Material de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Disponibilidade de materiais</i> • <i>Gestão de materiais</i>
Instalações	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conservação das infraestruturas</i> • <i>Relação espaço/função das infraestruturas</i> • <i>Humanização do ambiente físico</i>

Carpinteira et al. (2014) referem que os enfermeiros devem estar atentos à qualidade e quantidade do material utilizado, com o objetivo de melhorar a assistência aos clientes e proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais.

No âmbito do equipamento básico, ou seja, imprescindível à prestação de cuidados, no nosso estudo, a **qualidade dos equipamentos** foi uma preocupação manifestada pelos participantes, *“por vezes apresentam coisas com má qualidade e que têm que ser substituídas... porque não têm qualidade para ser usadas. Nessas tentativas de administração financeira... as instituições exageram...”* (E2), o que é visível no exemplo apresentado, *“estas cânulas que vieram e que supostamente eram mais baratas... parece muito bom (...) o problema é que a cânula vai a lavar e vem toda torta...”* (E46).

A **funcionalidade dos equipamentos** clínicos e/ou eletrónicos, que, sendo básicos, são essenciais, foi também referida pelos enfermeiros, *“às vezes a qualidade também passa por termos melhores condições estruturais (...) como termos equipamentos em condições, 100% funcionais...”* (E53). Os recursos eletrónicos supostamente viriam facilitar o profissional, o que nem sempre se verifica, *“não temos capacidade a nível de servidor (...) os computadores bloqueiam e não se consegue e estamos ali algum tempo a olhar para um computador”* (E29).

A par da qualidade e funcionalidade, a **disponibilidade dos equipamentos** clínicos e/ou eletrónicos foi valorizada, *“acho que o serviço está bem dotado... Nós temos equipamento novo que foi adquirido, desde cadeiras-sanitárias, cadeiras de rodas novas, elevador para fazer a transferência de doentes mais pesados, temos calcanheiras para todos os doentes, colchões anti-escaras para quase todos os doentes...”* (E35). Por outro lado, a referência à escassez de equipamentos também foi mencionada, *“os colchões anti-escaras, às vezes, não chegam para todos, mas tentamos sempre ter (...) Apesar de estarmos em crise, com falta de algum material, ainda conseguimos prevenir algumas complicações”* (E34). Para além do equipamento clínico, a escassez de recursos eletrónicos foi referida pelos participantes, *“só temos um computador... Num serviço em*

que temos que fazer registos horários, às vezes, de quatro em quatro, de hora a hora, não se consegue fazer, torna-se difícil...” (E29).

Tal como constatado por Gomes (2011), perante a inexistência de equipamentos que são imprescindíveis, torna-se necessário o **improviso de equipamentos**, exigindo que os enfermeiros, perante as dificuldades, façam uso da criatividade, *“às vezes, faltam coisas básicas, mas acaba por também depender quase da nossa criatividade (...) Do ponto de vista da reabilitação, nós adaptamos tanto material... Mas, muitas vezes, há material que era fundamental para assegurar os cuidados de qualidade”* (E36). De facto, *“era importante ter os recursos materiais, porque às vezes temos que fazer grandes adaptações (...) àquilo que nós aprendemos e que seria mais correto fazer...”* (E7). Corroborando a literatura, os achados evidenciam que a falta de recursos nos serviços tem consequências na qualidade dos cuidados e no ambiente da prática dos enfermeiros (ICN, 2015).

Relativamente à **distribuição de equipamentos** entre as diferentes unidades da instituição hospitalar, foi referida a existência de alguma disparidade, *“os aparelhos para avaliar a tensão arterial e a saturação, as balanças, assim como o material para a reabilitação dos doentes, não existem em todos os serviços”* (E4), o que denota alguma desigualdade na criação de condições materiais essenciais à prestação de cuidados.

Para além do equipamento básico, no âmbito do material de consumo e mais especificamente em relação à **disponibilidade de materiais**, a escassez dos mesmos foi encontrada nos discursos, *“os padrões de qualidade dizem que nós na preparação de terapêutica, devemos mudar de seringa, de agulha, na preparação de cada frasco. Mesmo que se trate da mesma substância e o frasco ainda não tenha chegado perto do doente”* (E12). O problema é que *“pede-se material para podermos trabalhar como a qualidade manda... chega ao fim de uma semana e o material acabou e está esgotado em armazém”* (E12). A verdade é que *“as restrições de materiais (...) põem muito em causa a nossa prestação de cuidados”* (E36).

Conscientes de que os recursos são escassos, a preocupação dos enfermeiros com a **gestão de materiais** também foi salientada, *“nós temos que utilizar recursos e gerir os recursos da melhor maneira, de forma a chegar a todos. E, portanto, acho que (...) gerindo o melhor possível os nossos recursos que são escassos (...) já eram e, em tempos de crise ainda faz mais sentido fazer uma gestão adequada e (...) cada um de nós tem que ter essa preocupação”* (E26).

Tal como no estudo realizado por Cecagno, Cecagno e Siqueira (2005), os enfermeiros embora trabalhando com dificuldades preocupam-se com a diminuição dos gastos, sem prejudicar a qualidade dos cuidados prestados, *“por vezes estraga-se muito material (...) acho que também temos que contribuir, porque isto sai do bolso de todos...”* (E8); *“há*

gastos de materiais que seriam evitáveis” (E4). Efetivamente, de acordo com o ICN (2015), os enfermeiros devem usar o material de forma criteriosa e eficaz, devendo simultaneamente estar cientes do modo como ocorre o desperdício.

Ainda no âmbito dos recursos materiais, os participantes valorizaram as particularidades inerentes às instalações. De facto, na perspetiva de alguns autores (Hesbeen, 2001; Donabedian, 2003; Paneque, 2004; Gomes, 2011), as instalações constituem um elemento da componente estrutura com relevância para a qualidade dos cuidados.

Associada a esta categoria, a **conservação das infraestruturas** foi um aspeto referido pelos participantes, *“o meu serviço é um serviço fisicamente muito antigo, com uma estrutura física muito desadequada à realidade e às necessidades...”* (E16). Apesar de reconhecerem a mais-valia das instalações, os participantes afirmam que esse é um fator contornável, *“se falarmos em recursos físicos, também era uma mais-valia termos outros tipos de instalações, mas os recursos físicos dá sempre para contornar...”* (E20); *“apesar de ser um aspeto importante, as instalações não são sempre determinantes para a qualidade dos cuidados prestados”* (E4).

Para além do estado de conservação, a **relação espaço/função das infraestruturas** também foi abordada, *“a enfermaria, em termos de espaço físico não é o ideal, são enfermarias com seis camas, o espaço é diminuto para quando a gente quer fazer levantes a todos os doentes, a estrutura é antiga, as camas também precisavam de mais espaço”* (E35); *“quase não se consegue espaço para os cadeirões”* (E4). Relativamente a este aspeto, já em 2001, Hesbeen salientou que a arquitetura dos serviços deveria ser concebida de modo a garantir a fácil circulação das pessoas e dos materiais, o que, de facto, não se verifica em muitos dos contextos da prática hospitalar. A existência de pouco espaço para colocar cadeirões e fazer levante aos doentes, também foi referida pelos participantes do estudo realizado por Gomes (2011).

A **humanização do ambiente físico** foi outro aspeto salientado, *“os nossos quartos também são só de uma ou duas camas, o que facilita este bem-estar, mesmo em relação às famílias. Muitas vezes eles pedem-nos, ou para estar com o doente, ou para estarem sozinhos e nós temos essa possibilidade. Realmente, a estrutura física facilita (...) isso é bom”* (E43). Conforme referido por Dias (2006), a humanização do ambiente hospitalar envolve diversos aspetos, que se referem não só ao cuidado de enfermagem prestado, como também à importância de proporcionar um ambiente que contribua para que os clientes se sintam confortáveis. Na perspetiva de Mezomo (2001), a humanização da arquitetura hospitalar implica a criação de um ambiente físico adequado às limitações e necessidades dos clientes, promovendo simultaneamente o conforto e a privacidade.

Martins (2004), partindo do pressuposto que a humanização do ambiente físico, ao mesmo tempo que promove o processo terapêutico do cliente, contribui para a qualidade

dos cuidados, enfatizou a relevância do controlo do ruído, da iluminação, da cor e da temperatura no contexto hospitalar. Em consonância com o explicitado, um participante referiu que *“o ruído (...) é uma área crítica que temos de melhorar...”* (E56), o que corrobora os resultados obtidos por Gomes (2011) e Potra (2015).

Ainda no âmbito da humanização do ambiente físico, a importância de uma sala de acolhimento foi relevada, *“a sala de acolhimento é o sítio certo para estarmos ali a falar com as pessoas...”* (E46). Nos casos em que não existia um espaço para comunicar com o cliente e/ou família, foi destacada a necessidade de o mesmo existir, *“não há uma sala, por exemplo, quando um enfermeiro quer transmitir uma má notícia, acho que o ambiente é extremamente importante, tem de haver uma sala, um espaço físico que permita esse respeito...”* (E10), isto porque, efetivamente, *“não é nada correto falar com a família nos corredores, deveria existir um espaço apropriado”* (E4).

Dando continuidade às questões de estrutura, ao longo dos discursos dos participantes, foram encontradas referências a particularidades dos serviços. Assim, na área temática que intitulamos de **organização dos serviços**, emergiram como categorias: procedimentos do serviço, organização da equipa de enfermagem, desenvolvimento da qualidade no serviço e formação em serviço (Quadro 11).

Quadro 11 - Organização dos serviços

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Procedimentos do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Guias orientadores • Garantia da uniformização das práticas • Processos de integração de enfermeiros
Organização da equipa de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável de turno • Gestor de risco • Gestor da formação • Gestor de cuidados • Elementos de apoio à gestão • Equipas assistenciais • Grupos de trabalho
Desenvolvimento da qualidade no serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Política de qualidade no serviço • Necessidades de melhoria • Projetos de melhoria • Implementação dos projetos de melhoria
Formação em serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico das necessidades de formação • Planeamento da formação • Finalidade da formação • Estratégias de formação

Os procedimentos do serviço são, na perspetiva dos participantes, **guias orientadores**, *“é óbvio que, por muito que nós tentemos estudar um bocadinho mais numa área, um bocadinho mais de outra, há sempre algumas alterações... não conhecemos tudo e haver normas de procedimento, com algumas indicações específicas, ajuda-nos na nossa prática de cuidados”* (E28). De facto, *“os procedimentos do serviço e as instruções de trabalho são a base (...) para eles orientarem o seu trabalho...”* (E51).

Além de constituírem guias orientadores, o contributo dos procedimentos para a **garantia da uniformização das práticas** foi referida como um aspeto importante, *“um faz, porque acha assim... o outro faz, porque (...) no hospital onde eu estava, fazia-se assim... É para isso que as instruções de trabalho são importantes...”* (E12), permitindo *“fundamentar científica ou teoricamente as nossas atuações”* (E12), sendo, na perspetiva dos enfermeiros, fundamentais para a promoção de práticas de qualidade.

Tal como referido por Dias (2012), a existência de procedimentos facilita os **processos de integração de enfermeiros** no serviço, *“tivemos entrada de colegas novos, alguns vindo mesmo da escola e pronto... na escola não se consegue interiorizar tudo (...) e é óbvio que se nós tivermos esses procedimentos, essa forma de atuação... fica mais fácil atuar no nosso dia-a-dia”* (E28); *“é uma forma deles também (...) se integrarem no serviço e de terem uma qualidade de prestação de cuidados melhor... utilizarem as melhores práticas possíveis para que realmente tenhamos bons resultados com os nossos utentes e famílias”* (E28).

Nos discursos dos participantes, foi ainda frequente a referência a aspetos relacionados com a organização da equipa de enfermagem. O enfermeiro **responsável de turno** foi um elemento da equipa destacado pelos participantes, *“em cada turno há um responsável de turno, é mais ou menos vulgar, e sinceramente as pessoas interiorizam perfeitamente o papel e sabem exatamente quais são os limites, quais são as responsabilidades que têm...”* (E40).

Pela relevância da área de gestão de risco nos contextos hospitalares (Oliveira, 2005; Ministério da Saúde, 2010), o enfermeiro **gestor de risco** foi também mencionado, *“quando eu digo que há uma pessoa gestora de risco (...) não é só para dizerem que têm, é para fazerem, com a minha ajuda...”* (E41). Neste sentido, nas equipas de enfermagem onde existe, o enfermeiro gestor de risco desempenha um papel fundamental na identificação e análise dos riscos, bem como na definição de propostas de medidas preventivas e corretivas adequadas.

Considerando a pertinência da formação em serviço para o cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual (Ordem dos Enfermeiros, 2014a), a existência de um enfermeiro **gestor da formação** foi identificado nos discursos, *“o planeamento da formação em serviço é da responsabilidade do enfermeiro gestor da formação”* (E4). Embora enunciado de forma diferente, a figura de enfermeiro responsável pela formação, selecionado pelo enfermeiro chefe e pelo enfermeiro supervisor, já estava expressa no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro. Mais recentemente, no Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, também é possível ler-se que o enfermeiro principal deve *“assumir a responsabilidade pelas actividades de formação (...) da organização em que exerce actividade”* (p.6763).

Decorrente do legislado, nos contextos da prática hospitalar, o elemento da equipa responsável pela formação tem sido preferencialmente um enfermeiro especialista.

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, a gestão de cuidados constitui um dos domínios das competências do enfermeiro especialista. Em consonância com o mencionado, a existência de um enfermeiro **gestor de cuidados** é uma realidade em alguns contextos, *“tenho um gestor de cuidados em cada grupo (...) uma enfermeira de reabilitação (...) e uma de médico-cirúrgica...”* (E54). De acordo com o relato, o enfermeiro gestor de cuidados tem como principais funções *“identificar áreas problemáticas da prestação de cuidados, áreas que não estão a ser bem feitas (...) E tentar ir avaliando qual é a melhor evidência que existe para incorporação...”* (E14).

Os **elementos de apoio à gestão** são frequentes nos contextos da prática hospitalar, diferindo no número e na possibilidade de irem, em caso de necessidade, para a prestação de cuidados, *“tenho três elementos de apoio à gestão... têm funções determinadas, mas quando faltam, eles saltam... salta logo um para chefe de equipa, ou vão para uma sala, para os cuidados... depois isso logo se vê”* (E46). Por outro lado, noutros contextos, *“os colegas (...) de apoio à gestão, nunca vão para os cuidados”* (E4). Embora sem existir obrigatoriedade, em alguns serviços, os enfermeiros estão organizados em **equipas assistenciais**, que frequentemente têm um chefe de equipa, *“nós funcionamos por equipas (...) o chefe de equipa em termos de dinâmica do serviço... é ele que agrega tudo”* (E46). Tal como constatado por Potra (2015), quando existem elementos que são chefes de equipa, as suas funções estão perfeitamente definidas.

A organização dos elementos da equipa em **grupos de trabalho** foi uma estratégia enunciada pelos participantes, *“temos (...) grupos de trabalho, uns para o controlo de infeção, outros direcionados para a lavagem das mãos (...) os enfermeiros estão todos envolvidos (...) Temos grupos que estão direcionados para alguns indicadores, mas temos outros grupos de trabalho que só estão direcionados para fazer propostas para o serviço”* (E45). Conforme evidenciado pelos participantes, estes grupos têm uma *“intervenção muito direta dentro do próprio serviço no sentido de (...) que estas coisas não caiam numa rotina”* (E27). Importa referir que, nestes casos todos os elementos da equipa integravam um grupo de trabalho, o que contribui, não só para a valorização do contributo de todos, mas também para a criação de um espírito de grupo, muitas vezes imprescindível a uma cultura de qualidade no serviço.

No seguimento do referido, na perspetiva dos enfermeiros, a existência ou não de uma **política de qualidade no serviço** é determinada pela gestão intermédia, *“estamos a falar numa instituição, onde era suposto de alguma forma, haver aspetos transversais e eles não existem, porque as chefias intermédias têm aqui um papel muito importante”*

(E21). Como clarificado pelo participante, deve existir *“uma preocupação com a qualidade, uma preocupação com o rigor (...) por parte das chefias das instituições”* (E21), sendo que quando *“não é percebido nos enfermeiros a exigência de um cuidado de qualidade (...) a diferença está na gestão intermédia”* (E21). Em causa parece estar a percepção de que os enfermeiros gestores são cruciais no estabelecimento de uma política de qualidade nos serviços. Em virtude do exposto, Potra (2015), na investigação que realizou, constatou que os enfermeiros gestores são fundamentais para a qualidade dos ambientes, das práticas dos enfermeiros e do processo de cuidados. Na perspetiva de McSherry et al. (2012) o enfermeiro gestor tem um papel central na criação de um ambiente promotor da excelência dos cuidados de enfermagem.

Aquando da existência de uma política de qualidade no serviço, as **necessidades de melhoria** são frequentemente identificadas pelos enfermeiros, *“o ano passado demos liberdade aos enfermeiros dentro do leque de áreas que o serviço precisava de melhorar (...) e outras que as próprias pessoas propuseram”* (E42).

Apesar da utilização dos indicadores como estratégia para a identificação das necessidades e das oportunidades de melhoria nos serviços (D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006) ainda não ser possível em todos os contextos, alguns participantes valorizaram o uso desta ferramenta, *“os indicadores servem exatamente para isso... indicam-nos, balizam o nosso caminho (...) são uma grande base de trabalho para (...) a introdução de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem”* (E40).

Corroborando Ribeiro et al. (2008, p.11) *“num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, com conseqüente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, quando todas as atenções se centram nos resultados e no uso adequado dos recursos disponíveis”*, os projetos de melhoria contínua de qualidade, constituindo uma importante estratégia de *benchmarking* das boas práticas desenvolvidas por enfermeiros, apresentam-se como um verdadeiro desafio, nem sempre facilmente concretizável. De facto, relativamente aos **projetos de melhoria** com alguma dificuldade de implementação nos serviços, são de destacar os relacionados com a área da enfermagem de reabilitação, *“acabei a minha especialidade em reabilitação, fiz um projeto aqui para o serviço, entretanto no ano seguinte formaram-se mais 2 colegas de reabilitação. Neste momento somos quatro e temos um projeto elaborado para avançar com a área da reabilitação... e não podemos implementar porque não temos pessoal”* (E12).

Por outro lado, no âmbito da **implementação dos projetos de melhoria** no serviço, a participação de todos os elementos da equipa contribui para o envolvimento dos mesmos em prol da qualidade dos cuidados, *“nós temos uma equipa de enfermagem que está*

dividida consoante os objetivos e os projetos (...) independentemente de ser um projeto de duas ou três pessoas que trabalham nesse serviço, conseguimos depois que toda a equipa consiga aderir, porque todos têm os seus projetos e todos precisam que depois a equipa também trabalhe um bocadinho nisso” (E28). Decorrente desta estratégia, desenvolve-se o espírito de grupo “e, de alguma forma, não são os projetos dos outros, são os nossos projetos do serviço, em que todos temos que trabalhar em comum para conseguirmos atingir aqueles objetivos (...) e dá-nos ânimo e vontade para continuarmos a querer fazer alguma coisa” (E28).

Quanto aos projetos de melhoria já implementados nos serviços, é de destacar os relacionados com o controlo de infeção, *“temos agora um projeto que é o “Stop infeção”, vamos ver se conseguimos reduzir em 50% a taxa de infeções urinárias no serviço” (E45); com o tratamento de feridas, “temos um projeto de tratamento de feridas muito bem implementado, que foi desenvolvido e que tem sido muito bem atualizado, com formação obrigatória a cada dois anos, porque entretanto vão surgindo novos produtos” (E39); com a prevenção de quedas, “outro projeto que é mais recente que tem a ver com a prevenção de quedas” (E53); com a prevenção de úlceras de pressão, “um projeto que estamos a implementar tem a ver com a prevenção de úlceras de pressão” (E4); e com a prevenção de flebites, “a nível da segurança estamos com dois projetos em mãos, que têm a ver com as flebites” (E41).*

Para além dos projetos de melhoria no âmbito da prevenção de complicações, foram também mencionados projetos relacionados com o *follow-up* a todos os doentes que tiveram ensino por parte do enfermeiro, *“temos outro projeto em curso que é (...) monitorizar como é que correu o ensino, se depois em casa as pessoas conseguem realmente pôr em prática aquilo que lhes foi ensinado no hospital e quais são as dificuldades que tiveram ou que estão a ter para a gente poder depois esclarecer mais alguma situação” (E35); com o envolvimento da pessoa significativa, que “é uma forma deles começarem a lidar com a situação, a lidar com o utente na situação de doença em que está e de alguma forma, eles depois, quando chegarem a casa não terem tantas dificuldades” (E28) e, por fim, projetos que envolvem a realização de sessões de formação “para os nossos utentes que vêm ser sujeitos a próteses totais da anca e próteses totais do joelho” (E26).*

Para concluir, e ainda no âmbito da organização dos serviços, surgiram referências à formação em serviço, que na perspetiva de Dias (2004) constitui uma oportunidade dos enfermeiros refletirem sobre a prática e melhorarem o seu desempenho. Menoita (2011) acrescenta que a formação em serviço, ao promover o desenvolvimento de competências, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Tal como enunciado no artigo 109.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o enfermeiro procura,

em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo para tal o dever de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos”* (p.8080). Atendendo a tal desígnio, a formação em serviço pode ser uma forma de garantir essa atualização do conhecimento, preferencialmente em função das necessidades identificadas nos contextos, *“nós aqui, temos um modelo de formação muito direcionado para as necessidades do serviço... com o plano de ação, com o tempo, com as formações obrigatórias”* (E45). Para além das necessidades surgirem dos contextos, são frequentemente identificadas pelos enfermeiros, *“os temas para as sessões de formação anuais são referidos por nós, normalmente na primeira reunião de enfermagem desse ano”* (E4).

Os relatos dos participantes evidenciam uma coerência com o já enunciado no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, que no âmbito da regulamentação da carreira de enfermagem deixou clara a necessidade de, em cada unidade prestadora de cuidados, existir formação em serviço com o intuito de satisfazer as necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, bem como as necessidades individuais de cada membro do grupo.

Embora as necessidades dos contextos e dos profissionais sejam consideradas, aquando da identificação das temáticas para a formação, o **diagnóstico das necessidades de formação** através de uma metodologia mais dinâmica, baseada nos indicadores, foi um aspeto valorizado, embora com carácter de exceção, *“nos hospitais que já têm indicadores é uma ótima forma de definir quais são as áreas prioritárias, porque conseguimos perceber quando é que um indicador está mal ou não”* (E14). Num estudo realizado por Cavalcante et al. (2015), os enfermeiros consideraram que a identificação de necessidades de educação continuada constitui o maior benefício do uso dos indicadores. O problema é que em Portugal, para além da implementação dos indicadores não estar ao mesmo nível nas diferentes instituições hospitalares, a necessidade de planear e organizar a formação numa perspetiva diferente da tradicional ainda não está incorporada.

No âmbito do referido, no documento relativo à Reforma da Organização Interna dos Hospitais (Ministério da Saúde, 2010), é mencionado que a formação dos profissionais de saúde, sendo crucial, exige novos paradigmas na seleção dos conteúdos, nas metodologias, bem como na própria avaliação do seu impacto. De acordo com o enunciado, *“a formação não poderá continuar a assentar nos modelos estáticos e clássicos (...), baseados apenas na divulgação dos conhecimentos técnicos e científicos e na sua actualização, pouco adequados às realidades e necessidades formativas susceptíveis de gerarem mudanças nas práticas, ao nível individual e organizacional”* (p.33).

Efetivamente, um dos aspetos que tem contribuído para a dificuldade em integrar conteúdos específicos da enfermagem, nos contextos da prática hospitalar, está relacionado com a seleção das temáticas para a formação em serviço. Como clarificado por um participante, *“os conteúdos que são definidos deviam estar centrados nas áreas que são menos desenvolvidas, que são sempre as áreas autónomas de enfermagem, porque nas outras áreas (...) o conhecimento científico está mais acessível aos enfermeiros”* (E14), no entanto, ainda continua a verificar-se o contrário. Em alguns contextos, foi referido que a seleção das temáticas *“é de acordo com as dificuldades dos enfermeiros, portanto, nós apanhamos sempre aqui enfermeiros novos e temos sempre que nos debruçar nos temas principais, no conhecimento sobre as diversas patologias que temos no serviço”* (E54).

Relativamente ao **planeamento da formação** para além da existência de *“planos de formação anuais”* (E22), foi referida a realização do planeamento para pequenos grupos, em detrimento daquela formação tradicional, em que, num dia previamente definido, os enfermeiros se teriam de deslocar ao serviço. Atualmente, com as 40 horas de trabalho semanais, as estratégias de formação tradicionais conduziriam a uma adesão pouco significativa, *“desde que a instituição aderiu aos padrões de qualidade (...) era uma exigência que houvesse x horas de formação (...) e os enfermeiros chefes tiveram que planejar esses dias, e começaram a ver que em pequenos grupos rentabilizavam mais o tempo”* (E41). O mencionado denuncia a necessidade do planeamento da formação estar adaptado às particularidades dos serviços, o que já havia sido previsto no âmbito da Reforma da Organização Interna dos Hospitais (Ministério da Saúde, 2010).

No que concerne à **finalidade da formação** em serviço, *“refletir sobre a enfermagem”* (E45) e *“sobre os cuidados que se prestam”* (E45), apesar de não ser frequente em todos os contextos, evidencia alguma preocupação em implementar uma mudança, na nossa perspetiva necessária e urgente.

Na sequência do desenvolvimento da enfermagem, nos últimos anos, os enfermeiros têm vindo a evidenciar uma apropriação pouco consistente, de facto, *“a evolução foi muito grande, foi muito rápida, e eles não se apropriaram”* (E41). Perante a dificuldade de no dia-a-dia existirem momentos de reflexão potenciadores dessa apropriação, os enfermeiros gestores assumem um papel fundamental, *“tenho de lhes proporcionar os tais momentos de horário, para parar, para fazermos formação, mas não é formação da pessoa chegar ali, debitar e acabou, comigo isso não funciona, tem que haver troca. Tem que haver referência sobre as práticas”* (E41), uma vez que estas estimulam a reflexão sobre o fazer e constituem uma oportunidade de ressignificar o cuidado de enfermagem (Flores, Oliveira e Zocche, 2016), proporcionando, simultaneamente, a integração do pensar, sentir e agir (Aued et al., 2016). Em consonância com o exposto,

Anacker e Viegas (2016) incentivaram a criação de espaços no ambiente de trabalho, para que os profissionais possam refletir sobre as práticas.

Embora em alguns contextos a formação em serviço mantenha uma tendência mais clássica, o relato dos participantes sugere empenho em romper com o paradigma tradicional, *“ao longo do tempo, os serviços têm que pegar em um ou outro foco e (...) refletir sobre aquela área que se calhar é mais sensível aos cuidados de enfermagem”* (E45). Neste sentido, *“o autocuidado, é uma área que esteve na nossa formação (...) tem que ser trabalhado e este ano (...) temos de voltar a falar nisso”* (E41).

A uniformização das práticas foi outra das finalidades da formação em serviço enunciada pelos participantes, *“tínhamos colegas que tinham algum receio, porque manipular cateteres venosos centrais não é uma coisa muito comum no nosso serviço (...) mas essa formação foi importante... depois a seguir, tivemos bastantes situações de cateteres venosos centrais e ninguém tinha dúvidas”* (E6). O contributo da formação para a uniformização das práticas e para o esclarecimento de dúvidas, também foi mencionado pelos participantes do estudo efetuado por Gomes (2011).

A realização de formações sobre temáticas que requerem atualização periódica foi outro aspeto identificado, *“faço reciclagens de como é que se mobiliza, como é que mexe, como é que se levanta (...) até para os novos elementos (...) e também para a equipa toda (...) para não haver um enfermeiro que faz de uma maneira e outro por trás que faz de outra, para haver uma uniformização dos cuidados”* (E27).

À semelhança do citado, no estudo realizado por Tojal (2011), os enfermeiros consideraram que a formação em serviço contribui para a atualização de conhecimentos, gerando consensos que conduzem à uniformização dos cuidados.

Quanto às **estratégias de formação**, dos discursos dos participantes emergiram possibilidades de formação em equipa, em pequenos grupos e com pessoas externas ao serviço. Na sequência da rotatividade, da escassez de recursos humanos e do rácio enfermeiro/clientes inadequado, *“os tempos para a formação não podem ser como anteriormente... ou temos formação individual ou então temos que nos juntar duas ou três pessoas para se fazer a formação”* (E45). De facto, como clarificado por um participante, *“pego em dois ou três enfermeiros, e refletimos naquilo que surge das auditorias, naquilo que não estamos tão bem... mas tem que haver momentos de sossego fora do contexto e fazer formação a pensar sobre as práticas”* (E41).

O facto de a formação aparecer contemplada no horário, pode constituir um incentivo, *“tenho feito à medida da disponibilidade deles (...) tenho que dividir o grupo em três, e depois sai mesmo no horário”* (E41). No estudo realizado por Tojal (2011), a compensação das horas de formação foi considerada pelos enfermeiros uma estratégia prioritária para melhorar a eficácia da formação em serviço.

A possibilidade da formação ser realizada por profissionais externos ao serviço, nomeadamente em áreas específicas, foi também explicitada, *“já aconteceu também virem colegas de fora, por exemplo, formação sobre os cuidados paliativos... tínhamos aqui (...) muitos doentes que necessitavam de cuidados paliativos e havia uma má informação sobre que tipo de apoio poderíamos dar aqui no internamento”* (E18).

A preocupação dos enfermeiros em tornar mais significativos os momentos de formação em serviço tem impulsionado a adoção de diferentes estratégias, das quais se destacaram a utilização da documentação, *“vamos levar documentação de processos de doentes que eles conhecem, sabem que aquilo reflete a realidade”* (E41); da fotografia, *“uma situação interessante refere-se à monitorização de feridas com alguma complexidade de tratamento (...) através de fotografia (...) depois esses resultados são conhecidos em formação interna do serviço”* (E55) e dos estudos de casos, *“cada enfermeiro, (...) tem o seu doente de referência e vai apresentar-me aquele doente... estou a pensar fazer estudos de caso. Acho que o serviço e os enfermeiros também só podem evoluir nesse sentido”* (E45). Erickson e Ditomassi (2011) referiram as narrativas clínicas como forma de refletir sobre as práticas, constituindo um trampolim para o diálogo com os pares.

Decorrente da análise realizada aos discursos, é de salientar que as dúvidas de alguns participantes relativamente ao contributo da formação em serviço para o desenvolvimento de competências, poderão estar relacionadas com a importância atribuída à mesma nos diferentes contextos da prática hospitalar. Importa, no entanto salientar a unanimidade existente quanto ao contributo da formação em serviço para a sustentação e melhoria das práticas, congruentes com os resultados obtidos por Tojal (2011).

A **sustentabilidade da prática de enfermagem**, quando definida a nível institucional, apresenta-se como um atributo de estrutura, crucial à qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta área temática retrata elementos identificados nos discursos, que numa perspetiva estrutural, sustentam a prática profissional dos enfermeiros. Neste sentido, emergiram como categorias: quadro de referências teóricas para o exercício profissional de enfermagem; instrumentos reguladores do exercício profissional de enfermagem; conceitos metaparadigmáticos; conceitos inerentes aos referenciais teóricos de enfermagem; conceitos inerentes à regulação do exercício profissional de enfermagem e princípios e valores inerentes ao exercício profissional de enfermagem (Quadro 12).

Quadro 12 - Sustentabilidade da prática de enfermagem

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Quadro de referências teóricas para o exercício profissional de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Orientação concetual para a prática</i> • <i>Referenciais teóricos na instituição</i> • <i>Integração dos referenciais teóricos</i>
Instrumentos reguladores do exercício profissional de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conhecimento dos instrumentos reguladores</i> • <i>Valorização dos instrumentos reguladores</i> • <i>Integração dos instrumentos reguladores</i>
Conceitos metaparadigmáticos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermagem</i> • <i>Pessoa</i> • <i>Saúde</i> • <i>Ambiente</i>
Conceitos inerentes aos referenciais teóricos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autocuidado</i> • <i>Transição</i> • <i>Adaptação</i> • <i>Cuidar</i> • <i>Família</i> • <i>Prestador de cuidados</i> • <i>Empatia</i> • <i>Qualidade de vida</i>
Conceitos inerentes à regulação do exercício profissional de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfação do cliente</i> • <i>Promoção da saúde</i> • <i>Bem-estar</i> • <i>Cuidados de excelência</i> • <i>Qualidade</i> • <i>Competência</i>
Princípios e valores inerentes ao exercício profissional de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Para com o outro</i> • <i>Para com a profissão</i>

A existência de uma **orientação concetual para a prática** foi considerada essencial à melhoria da qualidade, “*eu acho que era importante haver um referencial teórico, que todos soubessem claramente em que assenta, quais são os pressupostos... enfim, algo que fundamentasse a prática... isso era muito importante a nível da qualidade...*” (E18). De facto, “*se nós nos basearmos naquilo que são as teorias nós conseguimos no contexto da prática perceber como é que as coisas acontecem e, se calhar, isso também acaba por facilitar (...) a evolução do doente ou a melhoria do doente*” (E20).

A possibilidade de mudança, viabilizada pela aproximação aos referenciais teóricos, representa na perspetiva de alguns enfermeiros a possibilidade de (re)orientar a conceção e prestação de cuidados, “*as teorias de enfermagem permitem ser (...) um fio condutor que orienta a nossa prática, se calhar até a nossa maneira de pensar e isso claro que é importante para a prestação dos cuidados de enfermagem com qualidade (...) Por isso, considero importante existir na instituição*” (E23).

A importância de ser a instituição a definir a orientação concetual para a prática de enfermagem foi referenciada pelos participantes, “*eu acho que é a instituição que deve assumir quais são os modelos, porque não é um modelo... porque se for um modelo, vai ser abstrato, porque os contextos efetivamente são diferentes*” (E14). Neste sentido, “*nos cuidados intensivos não estou muito preocupado que os enfermeiros saibam teoria das*

transições, mas quero que os enfermeiros na medicina saibam, portanto obviamente os contextos diferem” (E14). Na perspectiva de Oliveira et al. (2015), escolher um referencial teórico pressupõe analisar as teorias que dão suporte à prática de enfermagem, refletindo sobre os conceitos, os pressupostos e as proposições, bem como avaliar a viabilidade de aplicação nos contextos da prática, considerando a estrutura da instituição.

Nos últimos anos, algumas instituições hospitalares têm vindo a preocupar-se em definir uma orientação concetual para a prática de enfermagem, o que foi evidenciado nos discursos, *“de há três anos para cá (...) tem sido feito um percurso na instituição, por quem decide (...) de aproximação às teorias e aos modelos de enfermagem (...) é um caminho! Não se muda de um dia para o outro (...) mas vai-se mudando uma coisa de cada vez e a construção está a ser feita”* (E3).

Embora se considere que no contexto hospitalar o modelo preferencial, ou seja, aquele a que é preciso dar relevância, deveria ser definido no âmbito da gestão de topo, conforme explicitado na expressão *“alguém em cima tem que assumir e dizer: é excelente, é para todos”* (E14), neste momento, em algumas instituições, tem acontecido o contrário. Na verdade, *“é no contexto que nasce (...) e não acho que seja a melhor forma (...) isto tem que ser de cima para baixo, o que significa que quem está lá em cima tem de ter uma visão estratégica (...) aqui até acho que as coisas têm evoluído (...) o modelo das transições tem vindo a ter muito impacto”* (E14).

De facto, a existência de alguns **referenciais teóricos** de enfermagem nas respetivas instituições, foi expresso pelos participantes. Ainda que seja notória a influência da escola das necessidades, caracterizada por uma prática baseada na perspectiva de *“Virgínia Henderson que foi sempre o que usamos aqui”* (E19), começam a destacar-se outros referenciais teóricos, *“um enfermeiro tem de ter um modelo de conceção de cuidados, pode não ser um só, como na nossa instituição, (...) a Virgínia Henderson está a ficar um bocadinho de lado, e estamos a focar três teóricas, o autocuidado da Orem, o modelo de transição de Meleis e o modelo de Calgary”* (E41). Tal como referido, e até defendido, por alguns autores (Morais, 2012; Rocha et al., 2016), é possível o recurso a mais do que um referencial, desde que adaptados aos contextos, o que efetivamente tem vindo a acontecer, *“são três modelos, mas três modelos que se encaixam perfeitamente nas situações das práticas que nós temos, por isso (...) nem tudo tem que ser puro”* (E41).

McEwen e Wills (2016) revelaram a importância da aplicabilidade das teorias, no entanto, a facilidade com que as integramos na prática depende do tipo de teoria, o que começa a ser claro entre os enfermeiros, *“o problema das grandes teorias, daquelas que são muito abstratas e como tal a operacionalização delas é mais difícil, mas quando temos teorias de médio alcance, por exemplo a teoria de Meleis que é a que utilizamos aqui, consegue-*

se operacionalizar... consegue-se entender muito bem na prática e os enfermeiros utilizam-na...” (E14).

Apesar da importância atribuída à **integração dos referenciais teóricos** de enfermagem nos contextos da prática hospitalar, há claramente alguns constrangimentos, *“é difícil, até porque se nós pensarmos naquilo que é o nosso plano de cuidados, a maior parte dos enfermeiros não estão formatados para pensar em alguns aspetos” (E20)*, que efetivamente estão relacionados com os referenciais teóricos. Esta constatação é clarificada pelo participante quando se refere ao processo de integração da teoria das transições, *“nós focamo-nos muito nas dependências, nas complicações, mas depois se formos falar no que é a consciência do problema, no que é o envolvimento no problema, no que é a força de vontade (...) se calhar, poucos enfermeiros também pensam nisso!” (E20).*

Num contexto em que estava a decorrer a integração da teoria do autocuidado e da teoria das transições, foi possível constatar a necessidade de tempo para a concretização destes processos, *“foi no ano passado que adotamos essas teorias, portanto já tem um ano, mas acho que a sua implementação ainda não foi bem concretizada...” (E52).*

Apesar dos enfermeiros deixarem transparecer a intenção de *“ajudar a pessoa a ter uma transição saudável para atingir novamente um ponto de equilíbrio” (E20)*, afirmam que no contexto hospitalar *“é muito complicado...” (E20)*. Perante as dificuldades de integração dos referenciais teóricos na instituição, emergiram possíveis estratégias, *“as pessoas têm que perceber como é que aquela teoria os pode ajudar (...) É uma ferramenta (...) Porque ter um modelo a orientar a nossa conceção de cuidados é, sem dúvida, ter uma ferramenta que ajuda a sistematizar...” (E21).*

De modo a promover a compreensão dos enfermeiros sobre o referencial teórico, a formação surge como uma possibilidade, *“eu acho que aquilo que está a ajudar nas práticas para essa evolução, tem sido mesmo, esta formação que nós fazemos na própria instituição, aos próprios enfermeiros, não é aquilo que eles trazem da escola” (E41).*

Independentemente da estratégia adotada, em consonância com o referido anteriormente, *“tem que haver quem decida e (...) sustente as suas decisões, e depois que partilhe: (...) a partir de hoje, deixamos de falar da Virgínia e passamos a falar de outras pessoas! (...) Não é porque está na moda! É porque vai melhorar os nossos cuidados” (E3).* De modo a garantir uma integração plena, é esse o esforço que tem de ser feito.

A par dos referenciais teóricos da disciplina, os instrumentos reguladores do exercício profissional de enfermagem foram destacados pelos participantes. Importa, no entanto, referir que, apesar do valor atribuído aos diversos instrumentos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, numa perspetiva de estrutura, nos discursos dos

participantes, foi essencialmente relevada a importância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012a).

Relativamente ao **conhecimento dos instrumentos reguladores**, emergiu o facto dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem não serem suficientemente conhecidos pelos enfermeiros, *“os enfermeiros não têm por hábito ler e conhecer os instrumentos que regulam a profissão”* (E4); *“a maior parte não conhece os padrões (...) não ouvir falar... alguns têm uma ideia”* (E49).

Ainda que numa perspetiva de exceção, em alguns contextos hospitalares, tem existido uma *“preocupação muito grande, da parte da direção e da instituição, que a enfermagem seja praticada no sentido da procura da melhor qualidade dos cuidados prestados e no sentido do cumprimento daquilo que é emanado pela Ordem dos Enfermeiros...”* (E5).

Neste sentido, apesar de não ser uma realidade generalizável, existem contextos onde a **valorização dos instrumentos reguladores**, nomeadamente dos padrões de qualidade, têm vindo a ser evidenciada, *“nesta instituição (...) trabalhamos segundo os padrões de qualidade que são emanados pela Ordem (...) é um assunto amplamente divulgado, amplamente interiorizado, mesmo nos elementos que estão a começar”* (E5).

No que concerne à **integração dos instrumentos reguladores**, e neste caso específico à integração dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, os participantes referem que *“os enfermeiros têm que interiorizar aquilo que são os nossos padrões de qualidade”* (E4), e os mesmos *“têm que ser mais divulgados... também no local de trabalho”* (E26), uma vez que se constituem como um referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal (Dias, 2014).

Na perspetiva dos participantes, um dos problemas é que, na última década, *“a divulgação dos padrões de qualidade foi feita (...) de uma forma muito teórica... toda a gente fez formação, toda a gente devia estar apta... de qualquer maneira não foi interiorizado e precisa de ser trabalhado”* (E49), no sentido de *“serem entendidos como um pilar importante da nossa carreira, da nossa profissão, e, essencialmente da prática...”* (E49).

Ainda no âmbito do que consideram ser importante para a sustentação da prática, para além do quadro de referências teóricas e dos instrumentos reguladores do exercício profissional, dos discursos dos participantes, emergiram os conceitos fundamentais à prática de enfermagem. Na perspetiva de Queirós (2014, p.30), *“as disciplinas têm uma linguagem própria, uma estrutura de comunicação dos seus fenómenos de interesse e da sua interpretação do real que se expressa por termos e conceitos”*. No presente estudo, os conceitos valorizados pelos participantes inseriram-se em três categorias: conceitos metaparadigmáticos, conceitos inerentes aos referenciais teóricos de enfermagem e conceitos inerentes à regulação do exercício profissional de enfermagem.

Conforme descrito por McEwen (2016a), na década de 70, inúmeros estudiosos de enfermagem detetaram um consenso cada vez maior de que os fenômenos dominantes na enfermagem giravam em torno dos conceitos de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Na perspectiva de Moraes (2012), os referidos conceitos são a base de trabalho e o reflexo do enquadramento conceitual dos cuidados de enfermagem.

Em consonância com o referido, no nosso estudo, quando questionados relativamente aos conceitos centrais da prática de enfermagem, os participantes enunciaram a **enfermagem**, *“a forma como cada um vê a enfermagem é fundamental”* (E4); a **pessoa**, *“cada doente é uma pessoa e cada pessoa é única (...) Podem ter a mesma idade, o mesmo sexo, a mesma patologia e ter perspectivas e até percepções totalmente diferentes... e o enfermeiro tem que lidar com isto”* (E39); a **saúde**, *“o conceito de saúde é também importante”* (E46); e o **ambiente**, *“acho que o ambiente é extremamente importante”* (E10).

Relativamente aos quatro conceitos identificados pelos participantes, McEwen (2016a, p.43) referiu que *“Fawcett escreveu, pela primeira, sobre os conceitos centrais de enfermagem em 1978, formalizando-os como o metaparadigma de enfermagem em 1984”*. Embora atualmente não haja consenso relativamente aos conceitos integrados no metaparadigma, a verdade é que continua a notar-se uma ampla aceitação de que a enfermagem, a pessoa, a saúde e o ambiente constituem os conceitos centrais da disciplina. Para além disso, Pepin, Kérouac e Ducharme (2010) acreditam que a prática de enfermagem resulta da forma como os enfermeiros abordam a relação entre esses quatro conceitos.

No estudo realizado por Queirós (2014), os conceitos centrais da enfermagem foram por ordem decrescente o cuidar, a pessoa, a saúde, o bem-estar e a transição. Efetivamente, ao longo da última década, principalmente potenciado pelos processos formativos, para além dos conceitos metaparadigmáticos, os conceitos inerentes aos referenciais teóricos de enfermagem têm vindo a ser incorporados pelos enfermeiros, embora com menor expressão que os primeiros. Importa referir que, na perspectiva de alguns teóricos determinados conceitos poderiam ser integrados no metaparadigma de enfermagem (McEwen e Wills, 2016). Em consonância com o referido, Meleis (2012) defendeu que a enfermagem engloba sete conceitos centrais: transição, processo de enfermagem, cliente, ambiente, terapêutica de enfermagem, saúde e interação.

Decorrente da análise dos discursos dos participantes, o conceito **autocuidado** foi um dos mais valorizados, *“o autocuidado (...) é uma área que me dá particular satisfação (...) Não acredito muito naquele argumento que, somos licenciados, e que há determinadas áreas que devíamos deixar de estar a fazer, até porque há tomada de decisão autónoma*

nessas áreas e não noutras...” (E3). Zarzycka et al. (2013), no estudo que realizaram, constataram que o autocuidado é essencial na prática de enfermagem.

Para além do autocuidado, surgiram referências aos conceitos de **transição**: “conceitos que são uma mais-valia para a profissão (...) o de transição” (E41); **adaptação**: “o conceito de adaptação” (E38); **cuidar**: “eu acho que o cuidar, no seu todo (...) é fundamental” (E22); **família**: “o conceito de família” (E24); **prestador de cuidados**: “o prestador de cuidados que vai tomar conta do doente em casa” (E4); **empatia**: “a empatia é muito importante (...) sem ela é difícil chegarmos a algum lado” (E23) e **qualidade de vida**: “na perspetiva de que pode ser resultado da nossa intervenção, o conceito de qualidade de vida é fundamental” (E4).

À semelhança dos resultados obtidos no nosso estudo, Queirós (2014), na sua investigação, constatou que os enfermeiros afastados do ensino formal há mais tempo, apresentaram menor apropriação de conceitos disciplinares propostos pela teoria de enfermagem.

A par dos conceitos metaparadigmáticos e dos conceitos inerentes aos referenciais teóricos de enfermagem, nos discursos dos participantes, foi evidente a integração de conceitos inerentes à regulação do exercício profissional de enfermagem, dos quais se destacaram a **satisfação do cliente**: “é a satisfação do utente, é fazê-lo sentir-se bem” (E37); a **promoção da saúde**: “para mim a promoção da saúde é muito importante” (E34); o **bem-estar**: “o bem-estar também é (...) importante” (E3); os **cuidados de excelência**: “sempre na tentativa de atingir os cuidados de excelência” (E48); a **qualidade**: “é muito importante (...) esta tal qualidade” (E13); e a **competência**: “a competência é crucial” (E39). Em consonância com o obtido relativamente aos instrumentos reguladores do exercício profissional, os conceitos que emergiram nesta subcategoria estão maioritariamente relacionados com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda no âmbito da temática sustentabilidade da prática de enfermagem, emergiu da análise dos discursos dos participantes a categoria princípios e valores inerentes ao exercício profissional de enfermagem. Inserido nos **princípios e valores para com o outro**, o primado no cliente foi defendido pelos participantes, “eu acredito que o doente está em primeiro de tudo (...) O doente frágil, vulnerável, que está naquela cama... está em primeiro lugar e então o que é que temos de fazer? Tudo...” (E46).

O respeito pela pessoa foi considerado como fundamental, “acima de tudo acho que é o respeito pelo utente (...) porque muitas vezes, colocamo-nos num patamar muito superior, nós somos o profissional, ele é o doente e, dessa forma, não há muito respeito pelo utente... eu acho que o respeito pelo ser humano e pela pessoa é fundamental” (E49). Na perspetiva de Fernandes (2010), o respeito pela pessoa constitui uma

manifestação da capacidade de tomar o cliente ao seu cuidado, não apenas na dimensão estrita da prestação de determinada intervenção, mas numa atitude cuidativa mais global de resposta às necessidades de cuidados apresentadas.

Outro dos aspetos enunciado pelos participantes foi o respeito pela dignidade, *“eu acho que em primeiro lugar é a dignidade (...) tem muito a ver depois com aquilo que se fala... em termos de organização, que é a centralidade dos cuidados, mas só há centralidade se esta preocupação, se este valor (...) estiver lá”* (E50). Para Fernandes (2010) e Simões (2014), o respeito pela dignidade humana é um princípio essencial ao exercício profissional dos enfermeiros. No estudo realizado por Potra (2015), a centralidade no doente era promovida através da atenção a valores como o respeito e a dignidade.

O respeito pela autodeterminação foi uma das preocupações mais abordada pelos participantes, isto porque *“ainda temos a prática de dizer: o doente faz isto porque nós achamos que é melhor para o doente... o doente pode não achar que é assim (...) e se tiver a ideia que realmente isto não é benéfico para ele, tem todo o direito de negar”* (E40). Apesar do respeito pelo direito à autodeterminação estar plasmado no artigo 105.º do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, p.8079), *“às vezes, há dificuldade dos próprios profissionais de entenderem este tipo de situações, (...) mas o doente tem direito a ser autodeterminado, tem direito a escolher, a querer ou não querer e nós temos de respeitar isso”* (E40). Corroborando Simões (2014), quem cuida deverá ser capaz de assumir o projeto de vida de cada pessoa doente, tendo em conta o que sente, o que pensa e dando-lhe liberdade para o expressar, o que, efetivamente, nem sempre constitui uma realidade.

Por fim, o respeito pela individualidade foi também relevado pelos participantes, *“em primeiro lugar, atender à individualidade (...) saber as necessidades específicas daquele doente, até porque os doentes têm expectativas diferentes (...) acho que, infelizmente, nós estamos a caminhar para uma padronização dos cuidados, sem contemplar essa parte”* (E33).

No âmbito dos **princípios e valores para com a profissão**, emergiram dos discursos dos participantes os valores éticos e morais, *“eu penso que nós não nos podemos afastar muito daquilo que a própria ordem define... que tem muito a ver com os valores que são preconizados e que vão de encontro transversalmente ao respeito pelo código deontológico, respeito pela ética e pela moral”* (E40). Efetivamente, do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, o previsto no código deontológico deve enformar a boa prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012b).

A consciência de ser enfermeiro, apesar de difícil de operacionalizar, foi referida pelos participantes, *“ser enfermeiro é uma questão de consciência (...) se vocês estiverem*

numa enfermaria sozinhos, num sítio sozinhos, a realizar uma técnica a um doente, só fazem bem se essa vossa consciência vos indicar, porque não têm ninguém a vigiar” (E12).

No seguimento do referido, a responsabilidade foi mencionada como fundamental na prática de enfermagem, *“é o que se pede a cada enfermeiro no início de cada turno... que se responsabilize por seis, sete, oito, nove doentes (...) prestar os cuidados de enfermagem exige esta responsabilidade, não há dúvida, e, portanto, (...) ela é fulcral, fundamental, imprescindível, na prática de enfermagem”* (E39).

Acresce ainda que no âmbito do exercício profissional, *“eu tenho de ser honesta comigo e com os outros”* (E12). Esta expressão denuncia o valor atribuído à honestidade, no âmbito dos princípios e valores inerentes à prática profissional de enfermagem. De facto, *“se eu sou honesta, cultivo a melhor relação profissional com todos os pares e profissionais que me rodeiam no cuidado àquele doente”* (E39), e, para além disso, *“a honestidade na relação com o doente é fundamental”* (E4).

Por fim, a humanização, ou seja, *“a questão dos cuidados humanizados (...) acho que é o valor principal”* (E53). Tal como enunciado no artigo 110.º do Código Deontológico, *“o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”* (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, p. 8080).

Uma vez garantidas, em termos estruturais, as bases para a sustentação da prática de enfermagem, a organização dos cuidados a prestar aos clientes implica, na perspetiva de Potra (2015), a adoção de métodos que organizem os processos de prestação de cuidados e que sejam consistentes com a missão da organização e com a orientação de enfermagem adotada.

Neste sentido, nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática **organização dos cuidados de enfermagem**, emergiram como categorias: metodologias de trabalho e metodologias de distribuição dos clientes (Quadro 13).

Quadro 13 - Organização dos cuidados de enfermagem

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Metodologias de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Método individual • Método de enfermeiro de referência • Métodos de trabalho pouco clarificados
Metodologias de distribuição dos clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição por horas de cuidados necessárias • Distribuição por camas • Distribuição por espaços • Distribuição pouco clarificada

Na literatura é consensual que as metodologias de organização dos cuidados de enfermagem constituem um contributo importante para a prestação de cuidados com qualidade (Parreira, 2005; Machado, 2013). A Ordem dos Enfermeiros (2004), no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem preconizou a adoção de métodos de trabalho que assegurem a individualidade e a qualidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem. Evidenciando alguma preocupação em dar cumprimento a este desígnio, ao longo do desenvolvimento do estudo, ficou claro que o método individual e o método de enfermeiro de referência (responsável) são teoricamente os mais utilizados nos diferentes contextos hospitalares.

O **método individual** foi o mais frequentemente explicitado, *“relativamente à questão da organização temos o método de trabalho individual, no qual cada enfermeiro é responsável pelos seus doentes”* (E55); *“Portanto, um enfermeiro para “x” doentes e àqueles doentes, eu presto os cuidados na totalidade, e sei dizer na totalidade o que é que lhes aconteceu, (...) os fatores que interferem na sua situação de saúde no sentido de, também, melhor conseguir trabalhar com eles”* (E5).

A perceção de que o método individual é promotor da qualidade foi evidenciada, *“eu penso que esta organização de cuidados seja a mais adequada e a mais favorável à procura da melhor qualidade de cuidados”* (E5). Na perspetiva de Parreira (2005), este método promove a individualização dos cuidados, favorece a relação enfermeiro/cliente e aumenta a responsabilidade do enfermeiro, aspetos realmente essenciais à qualidade dos cuidados de enfermagem. Acresce ainda que a responsabilidade total pelos cuidados a prestar a cada doente evita a fragmentação dos cuidados (Potra, 2015).

Apesar da relevância atribuída ao método individual, há dificuldades relativamente à sua implementação nos contextos, *“nós infelizmente sabemos que, às vezes, na prática e por circunstâncias várias não é assim... no entanto, eu tenho alguns elementos da equipa que eu sei que funcionam dessa forma, que prestam cuidados àqueles doentes”* (E53). O facto de no turno da manhã ser mais frequentemente cumprida esta metodologia de trabalho, poderá estar relacionado com a presença do enfermeiro gestor, *“no turno da manhã eu posso-lhe assegurar que as coisas funcionam assim... o enfermeiro presta cuidados aqueles seis doentes, depois nos outros turnos... é mais difícil”* (E53), sendo que *“às vezes, na tarde e na noite depende das equipas que estão...”* (E35).

As particularidades inerentes a alguns contextos também influenciam a implementação da metodologia de trabalho, *“normalmente temos dificuldades em termos de método individual (...) temos dois enfermeiros no período da tarde e o que nos acontece é que um enfermeiro tem que se deslocar várias vezes ao bloco operatório e acaba por ser um pouco difícil ficar responsável pelos seus doentes (...) está muito tempo ausente”* (E44).

O **método de enfermeiro de referência** foi mencionado como sendo o usado em alguns contextos, *“nós trabalhamos com o método de enfermeiro de referência. Cada enfermeiro tem os seus doentes pelos quais é enfermeiro de referência e, desde o início do internamento até ao final está responsável pelo planeamento das intervenções e da alta, e de tudo”* (E20). Na ótica dos participantes há vantagens desta metodologia de trabalho, quer para o enfermeiro, quer para o cliente. Por um lado, *“há uma responsabilização do enfermeiro pelas decisões tomadas, pelos cuidados prestados (...) há também uma maior satisfação profissional. Conseguimos ver o nosso trabalho reconhecido. Se fizermos um bom trabalho, conseguimos obter melhores resultados, se não o fizermos os resultados não são tão bons”* (E17). Em contrapartida, *“o doente acaba por se sentir mais acompanhado tendo o enfermeiro de referência, apesar de nos três turnos, que é a nossa realidade, não ser sempre o mesmo enfermeiro, porque não pode estar 24 horas com o doente, ele percebe que quando aquele enfermeiro está cá, é ele que fica com o doente”* (E17).

Na perspetiva de Parreira (2005), o método de enfermeiro de referência (responsável) garante uma prestação de cuidados com maior nível de personalização e confere maior autonomia ao enfermeiro, no entanto, para além da dificuldade inerente ao horário de trabalho rotativo, existente nos contextos hospitalares, requer maior dotação de pessoal. De acordo com os participantes, a principal dificuldade à organização do trabalho segundo o método de enfermeiro de referência, está realmente relacionada com a gestão de recursos humanos, *“algumas unidades tentaram apostar (...) no método por enfermeiro de referência mas é muito difícil... não há recursos”* (E56), no entanto, existem contextos onde *“é passível de ser cumprido e (...) a divisão que é feita para que os recursos humanos consigam dar resposta aos seus doentes é perfeitamente compatível”* (E17).

Decorrente da perspetiva de que o método de enfermeiro de referência é potenciador da qualidade dos cuidados de enfermagem, nos discursos dos participantes ficou evidente a intenção de uma aproximação ao método de enfermeiro de referência, ainda que com algumas adaptações, *“aquilo que nós queremos (...) é mudar, não totalmente, não puro, não do individual para o de enfermeiro de referência. Aquilo que nós queremos é manter o método individual e em algumas situações, ter o enfermeiro de referência (...) não é que o método individual seja mau (...) também é de qualidade, mas queremos ir mais além”* (E41); *“cada doente ter o seu enfermeiro de referência, ainda não conseguimos aqui, embora seja uma ambição. Não vale a pena dizer que será muito próximo porque não me parece”* (E44).

Para além do método individual e do método de enfermeiro de referência, emergiram dos discursos **métodos de trabalho pouco clarificados**, *“aqui o auxiliar faz tudo com o*

enfermeiro a nível de hígienes e o outro colega enfermeiro vai administrando medicação ou vendo os parâmetros vitais e depois trocam” (E36).

Em algumas situações, apesar da distribuição dos doentes seguir a lógica do método individual, na prática não é o que se verifica, *“em termos de distribuição (...) o enfermeiro é responsável por planear, tomar decisões e executar intervenções àqueles utentes, mas em termos de trabalho não é o método individual, nem à tarefa... nós trabalhamos bem em grupo (...) É um mix...” (E38); “Em relação à distribuição dos doentes, é feita pelo método individual de trabalho. Nós fazemos os registos dos doentes (...) mas em relação à administração da medicação e aos cuidados de hígiene, não funcionamos com o método individual de trabalho... colaboramos uns com os outros” (E15).*

Embora o trabalho em equipa seja crucial, importa relevar a confusão entre o mesmo e as metodologias de trabalho, *“o nosso modelo é de enfermeiro responsável (...) em termos institucionais (...) há um método muito individualizado quanto à responsabilização dos cuidados, mas depois o método de trabalho é um método muito mais do que de equipa... é de partilha...” (E9); “nós temos os nossos doentes atribuídos, mas trabalhamos em equipa (...) preparamos a medicação em conjunto das duas enfermarias, vamos as duas dar a medicação, vamos ver os sinais vitais às duas enfermarias... Portanto, fazemos este trabalho em equipa” (E18).*

A preocupação de alguns enfermeiros relativamente às metodologias de trabalho ainda adotadas foi identificada nos discursos, *“acho que é importante realmente repensarmos a nossa prática, e o que está subjacente, porque muitas vezes (...) os métodos, que ainda vigoram, estão mais que ultrapassados” (E10).* Como clarificado pelo participante, *“existe o enfermeiro responsável pelos clientes, efetivamente, parece que a organização está nesse sentido, mas depois quando são efetuadas intervenções já não é bem assim (...) muitas vezes é isso, o começar a posicionar numa ponta e terminar na outra” (E10).*

Ainda que teoricamente o método funcional não seja a metodologia adotada, na prática ainda parece vigorar a tendência para organizar os cuidados em função das tarefas, como é o caso de começar a posicionar numa ponta e terminar na outra, na sequência da qual, *“não há uma correta observação, não há uma personalização do cuidado porque vou lá eu e depois o meu colega, que nem sequer conhece a pessoa, não sabe o que a pessoa tem, mas vai posicionar-la... Acho que aqui pecamos bastante, sobretudo porque já existe muita evidência que demonstra que realmente não é o caminho correto” (E10).*

De facto, algumas práticas estão consonantes com o método funcional, em que o doente é repartido por tarefas, efetuadas por enfermeiros diferentes, o que na perspetiva de Parreira (2005), para além de tornar o trabalho mais rotineiro, dificulta a identificação das reais necessidades dos doentes pelos enfermeiros, comprometendo conseqüentemente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda relativamente ao mencionado, *“parece que se os colegas não começarem todos a posicionar numa ponta e terminarem na outra, não estão a trabalhar em equipa”* (E10). E neste sentido, se o colega for sozinho posicionar os doentes por quem está responsável, *“esse colega não está a respeitar a equipa, porque começou primeiro, ou porque faz confusão depois o colega estar no computador a fazer registos... como se os registos (...) não fossem parte integrante dos cuidados de enfermagem, enquanto outro colega vai depois posicionar”* (E10).

Para além das metodologias de trabalho, nos discursos dos participantes, foram encontradas referências às metodologias de distribuição dos clientes. Na perspetiva de Caldana et al. (2011), para dimensionar a quantidade de profissionais necessários à assistência de enfermagem, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação de recursos humanos em termos quantitativos e qualitativos.

No presente estudo, a **distribuição dos clientes por horas de cuidados necessárias**, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes (SCD), foi frequentemente referido, *“temos o sistema de classificação de doentes... faço a distribuição dos doentes, sempre de acordo com as horas do sistema”* (E49); *“o enfermeiro faz a classificação daqueles doentes que lhe estão atribuídos no turno da manhã (...) se houver necessidade o enfermeiro pode ficar (...) com mais um ou dois doentes, se for mais equilibrado em termos de horas de cuidados”* (E53).

A par do número de horas de cuidados, em alguns contextos, na distribuição são tidas em consideração as características dos elementos da equipa, *“os doentes são distribuídos em função das horas de cuidados, mas a minha chefe faz mais além das horas.... faz em função do doente e das capacidades e das potencialidades que cada elemento tem dentro da equipa.”* (E11). A importância do enfermeiro gestor conciliar as competências dos enfermeiros e a sua capacidade de resposta às necessidades de cuidados dos clientes foi também constatada por Potra (2015).

O tempo para a documentação do SCD, bem como a sua adequação aos contextos, foram referidos pelos participantes, *“o aspeto mais negativo é obviamente a necessidade de duplicação de dados (...) e, por consequência, o tempo que é utilizado para a documentação do sistema de classificação de doentes”* (E14); no entanto, para além do tempo, *“há certas coisas que neste momento deviam ser revistas (...) se pegarmos na tabela da medicina e eu pego num doente dos nossos e classifico com a folha da medicina e com a nossa e tenho uma diferença de quase duas horas a mais numa medicina do que a nossa (...) porque as medições deles são mais (...) majoradas”* (E27). O referido tem conduzido há existência de disparidades entre os diferentes serviços, exigindo, na ótica dos participantes, uma reavaliação e/ou reajustamento do sistema de classificação.

Ainda que a distribuição por horas de cuidados necessárias nem sempre corresponda ao ideal, a **distribuição por camas** é vista como “mais injusta”, “*não é a feita a distribuição por horas de cuidados de enfermagem, cada enfermeiro fica... é rotineiro... um com cinco, um com seis, sete... pronto, é claramente injusto em algumas situações*” (E38); “*a distribuição deveria ser feita pela carga de trabalho e não pelo número, ou seja, nós normalmente somos duas enfermeiras e dividimos ao meio os doentes. A primeira metade fica com um enfermeiro, a segunda metade com outro enfermeiro*” (E12). O problema é que, se “*os 6 primeiros doentes são doentes dependentes, com banho na cama, com quimioterapia e os outros 6 doentes até são relativamente independentes (...)* o colega acaba por ajudar, mas quem está responsável sou eu” (E12).

Nestas situações, e tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2004), se fossem determinadas as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem e se a distribuição fosse realizada por horas de cuidados, a carga de trabalho ficaria distribuída de forma mais equitativa.

A **distribuição por espaços** foi outra das estratégias referidas, “*as chefes normalmente fazem a distribuição diária para os três turnos (...) e fazem geralmente por distribuição espacial das enfermarias*” (E8).

Em alguns casos, foi descrita uma metodologia de **distribuição pouco clarificada**, “*normalmente é a enfermeira chefe que distribui (...) tentando equitativamente distribuir os utentes pela equipa de recursos humanos que tem disponível. Neste serviço, nem sempre é tido em conta a dependência, não temos um sistema de classificação de doentes (...) fazemos mais de uma forma (...) equitativa*” (E19).

Uma vez que a distribuição dos clientes é, frequentemente, realizada antes da passagem de turno, decorrente da informação transmitida pelos colegas, pode existir necessidade de se fazer reajustes, “*se depois na passagem de turno, se deteta que por exemplo: há um enfermeiro que ficou com um elevado número de doentes totalmente dependentes e há outro enfermeiro que tem só um ou dois e o resto são independentes, faz-se um reajustamento do plano (...) no fundo é tentar redistribuir o encargo do trabalho*” (E39).

Nestas situações, a inexistência de adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados foi identificada nos discursos, “*a organização dos cuidados de enfermagem, basicamente responde a diretivas vindas superiormente e não às necessidades reais do serviço. O que se nota é que há uma diretiva que é transversal a todos os serviços, que é X doentes X enfermeiros e, não se verifica um reforço quando é preciso*” (E33). Conforme clarifica o participante, como “*não há um sistema de classificação de doentes que me diga que eu tenho X horas de cuidados necessários ou que tenho X doentes dependentes em determinado grau que exijam determinados enfermeiros*” (E33), torna-se ainda mais difícil a adequação às reais necessidades dos contextos. Efetivamente, o

facto de o SCD traduzir de uma forma quantificada as necessidades dos doentes, possibilita maior transparência na gestão dos recursos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2014a).

Decorrente da análise dos discursos, ficou evidente que, apesar das potenciais fragilidades do SCD, as metodologias de distribuição de acordo com as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem, traduzidas em horas de cuidados necessárias, constituem a estratégia atualmente mais adequada à distribuição equitativa da carga de trabalho pelos enfermeiros. Importa, no entanto, considerar a necessidade de melhorar o próprio SCD. O facto de em alguns contextos hospitalares se estar a trabalhar no sentido de integrar o SCD no sistema de informação em uso, é já uma evolução significativa.

Terminada a apresentação dos atributos da estrutura, que por um lado, sustentam a prática dos enfermeiros e, por outro, facilitam ou comprometem uma prática congruente com a sustentação desejada, sintetizamos na Figura 14 as unidades temáticas, bem como as categorias identificadas.



Figura 14 - Unidades temáticas e categorias da componente estrutura

Em síntese, no âmbito da componente estrutura, é de destacar a pertinência das categorias identificados para a articulação entre a instituição e os serviços, bem como para a própria sustentabilidade da prática de enfermagem, aspetos que efetivamente contribuem para a qualidade dos cuidados prestados nos contextos hospitalares.

2.2 O valor do processo na prática profissional

De acordo com Donabedian (2003), o processo corresponde à prestação de cuidados segundo padrões técnico-científicos estabelecidos. No modelo apresentado por Duffy e Hoskins (2003), as autoras referiram que o componente de maior importância para a enfermagem é o processo. Apesar da dificuldade inerente à sua avaliação, Donabedian (2003) considerou que as características do processo estão mais diretamente relacionadas com os resultados do que os elementos estruturais.

Neste sentido, no âmbito do processo, da análise de conteúdo efetuada, emergiram sete áreas temáticas: processo de tomada de decisão, modelos orientadores da prática profissional, metodologia científica de prestação de cuidados, processo de documentação dos cuidados de enfermagem, processo de comunicação, práticas colaborativas e processo de gestão.

Embora não seja nossa pretensão esgotar a complexa temática do processo de tomada de decisão, durante a análise aos discursos, e tal como evidenciado na literatura (Hammond, 1996), constatamos que a tomada de decisão dos enfermeiros oscila entre o raciocínio analítico e o intuitivo, sendo que na perspetiva de Dowding e Thompson (2003) o processo cognitivo do enfermeiro depende da complexidade da situação, da quantidade de informação, bem como do tempo disponível para decidir.

Para além disso, percebemos que é consensual, entre os participantes, que a tomada de decisão precisa de ser fundamentada, existindo simultaneamente fatores que condicionam a decisão dos enfermeiros. Neste sentido, no âmbito da área temática **processo de tomada de decisão**, dos discursos dos participantes, emergiram como categorias: fundamentos para a tomada de decisão e fatores que condicionam a tomada de decisão (Quadro 14).

Quadro 14 - Processo de tomada de decisão

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fundamentos para a tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciais teóricos de enfermagem • Instrumentos reguladores da profissão • Mandato social da profissão • Orientações dos órgãos de gestão • Protocolos/procedimentos • Evidência científica • Experiência • Reflexão sobre a prática
Fatores que condicionam a tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Formação efetuada pelos enfermeiros • Metodologia de prestação de cuidados • Informação transmitida na passagem de turno • Informação transmitida informalmente • Informação transmitida pela equipa multiprofissional • Necessidades expressas pelos clientes • Condição de saúde dos clientes • Crenças dos clientes • Significados atribuídos pelos clientes • Preferências dos clientes

McEwen (2016b) referiu que as teorias oferecem ao profissional uma base para tomar decisões informadas. No mesmo sentido, os participantes do nosso estudo relataram que os **referenciais teóricos de enfermagem**, “são relevantes porque dão-nos bases ou guias para a execução que nós pretendemos ter, ajudam-nos a tomar decisões sobre os nossos cuidados” (E27).

Os referenciais teóricos em que os enfermeiros baseiam a sua tomada de decisão, dependem da formação efetuada, “eu ainda tenho intrínseco em mim o modelo com o qual aprendi durante quatro anos que é o modelo das necessidades humanas básicas e ainda vejo o doente muito nesse sentido, na necessidade que está alterada” (E16); “para tomar decisões, eu identifico-me muito com a Virginia Henderson” (E25). Decorrente da perspetiva de Virginia Henderson, no âmbito do processo de tomada de decisão, “eu identifico as necessidades do doente e atuo em função delas (...) acabo por trabalhar muito em função da necessidade identificada, necessidade suprimida” (E16).

A par da influência da formação efetuada, foi referida pelos participantes a instituição onde exercem funções, “tem a ver com os modelos teóricos que a instituição definiu e, portanto claramente na minha cabeça está o autocuidado e as transições, como luzes orientadoras para os meus cuidados” (E21).

Os **instrumentos reguladores da profissão** constituem outro dos fundamentos para a tomada de decisão. Na perspetiva dos participantes, a “tomada de decisão é com base nesses referenciais porque quando nós dizemos que eles servem para qualquer contextualização, é verdade” (E41); “tenho em consideração o que é o meu papel enquanto enfermeiro à luz dos diferentes instrumentos que a Ordem produz (...) as minhas competências, os padrões de qualidade... são as minhas linhas orientadoras”

(E21). Embora as competências e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tivessem sido os mais referidos, *“o enfermeiro tem um código deontológico que tem princípios éticos bem definidos (...) e acho que todos os enfermeiros têm o dever de se reger por aquela dimensão”* (E14).

A tomada de decisão dos enfermeiros, no sentido do exercício profissional autónomo, implica que a mesma seja fundamentada no **mandato social da profissão**, facto ressaltado nos relatos, *“eu faço esforço de procurar o máximo de dados (...) os meus dados têm que ser verdadeiros para depois eu, de alguma forma, poder tomar decisões e participar em decisões no que é a minha disciplina”* (E21), sendo que o importante é que *“as decisões sejam tomadas em função do mandato social da profissão”* (E4).

Uma vez integrados em instituições de saúde, torna-se evidente que as **orientações dos órgãos de gestão** possam constituir fundamentos para a tomada de decisão, *“baseio-me também no que é de, alguma forma, orientado pelos órgãos de gestão, pelas pessoas que gerem o serviço e a instituição (...) pelos objetivos que são partilhados entre nós”* (E24).

No seguimento do referido, os **protocolos e os procedimentos** da instituição e/ou do serviço também fundamentam as tomadas de decisão, *“existem procedimentos que são a base para a tomada de decisão”* (E51), para além de que, *“na tomada de decisão, todos os protocolos do centro hospitalar, têm de estar sempre presentes”* (E8). No estudo realizado por Neves (2005), os protocolos constituíram uma das bases em que os enfermeiros se apoiavam para tomar decisões.

Os elementos que na perspetiva dos participantes mais frequentemente fundamentam a sua tomada de decisão referem-se à evidência científica e à experiência. Em consonância com o referido, vários autores têm vindo a relevar que os conhecimentos e a experiência estão diretamente relacionados com a forma como os enfermeiros tomam decisões (Benner, 2001; Neves, 2002, 2005). Para os participantes, *“sempre que os enfermeiros (...) tomam uma decisão, devem fazê-lo fundamentado”* (E46), *“nos conhecimentos científicos e nas últimas evidências que há, tentando adequar e adaptar ao doente que temos”* (E52).

A utilização da **evidência científica** é entendida como uma exigência, no sentido de um exercício profissional de qualidade, *“eu baseio-me na melhor evidência disponível. Essa melhor evidência disponível é encontrada de três formas: primeiro, aquela que aprendi na escola e que eu vou utilizando e que já está transformada em saber... e que já não questiono, o que é mau”* (E14); em segundo lugar, a evidência que decorre daquilo *“que eu vou lendo (...) ou que alguém viu um artigo que acha que é relevante e envia”* (E14) e em terceiro lugar a evidência que se infere daquilo que está *“incorporado nos sistemas de informação que supostamente deve refletir a melhor evidência”* (E14).

Na perspectiva de Pereira, Cardoso e Martins (2012), uma prática baseada na evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as outras áreas de conhecimento no contexto da saúde. À semelhança dos resultados da investigação realizada pelos autores, os participantes do nosso estudo, apesar de atribuírem importância à prática baseada na evidência, necessitam de orientação para fundamentar a sua tomada de decisão na melhor evidência científica. Também Ferrito (2007), no estudo que realizou, constatou que apesar do pouco conhecimento dos enfermeiros sobre a forma de aceder à evidência científica, os mesmos consideram importante uma cultura de tomada de decisões baseada na informação científica.

Para além da evidência científica, os participantes referem fundamentar a sua tomada de decisão na **experiência** que foram desenvolvendo ao longo dos anos, *“o que a experiência traz e que sei de antemão que é correto e que resulta”* (E53).

Neste sentido, pelo *“facto de ter nove anos de experiência (...) também acho que já consigo tomar decisões baseadas naquilo que são os meus juízos e que se baseiam naquilo que já foi a minha experiência anterior e, aquilo que eu penso que (...) se isto está a acontecer desta forma, o mais certo é que vai evoluir neste sentido”* (E20). Tal como confirmado por Benner (2001), os enfermeiros experientes identificam rapidamente os factos importantes, conseguindo fazer um julgamento adequado da situação, bem como antever a sua evolução. Na perspectiva da autora, o pensamento intuitivo é exclusivo dos enfermeiros peritos, permitindo-lhes o rápido reconhecimento de padrões baseados em inúmeras experiências anteriores.

A aprendizagem resultante das experiências vivenciadas aparece clarificada no relato, *“alguma coisa que eu faço hoje, que ache que não foi bem-feita por algum motivo, ou porque não produziu o resultado esperado ou porque não era esse o objetivo, no fundo vai influenciar a forma como eu, na próxima vez vou lidar com uma situação idêntica!”* (E5). Neste sentido, e tal como acrescentado pelo participante, *“as situações influenciam, em muito a qualidade e a maneira como presto os cuidados numa fase mais posterior!”* (E5).

Embora a experiência pessoal tenha sido valorizada, o contributo das situações que acontecem com os colegas também foi salientado, *“as situações que eu vivencio no meu contexto de trabalho, quer aconteçam diretamente comigo na prestação direta com algum doente, quer aconteçam com outros colegas, influenciam em muito, a minha prática”* (E5). Ainda no âmbito dos fundamentos para a tomada de decisão, foi evidenciado nos discursos dos participantes a importância da **reflexão sobre a prática**, *“eu penso muito sobre aquilo que decido, ou seja, as minhas decisões são fundamentadas. Eu faço um*

esforço de reflexão sobre as minhas decisões” (E21); “acho que só se aprende mesmo assim (...) ninguém nasce ensinado” (E5).

Como clarificado pelo participante, *“nós saímos do curso de licenciatura com uma base. Mas é (...) a reflexão sobre o que fazemos bem, o que fazemos mal e o que poderíamos ter feito melhor, que faz com que nos tornemos melhores enfermeiros, tomemos melhores decisões e prestemos melhores cuidados de enfermagem” (E5).*

A disponibilidade para refletir antes, durante e depois da ação foi identificada nos discursos, *“temos que refletir muito bem, não é só quando estamos nas formações, em que falamos sobre as nossas práticas, mas também durante as nossas práticas” (E41).*

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, *“nós enfermeiros devíamos estar sempre a questionar, isto é o melhor que eu posso dar (...) essa reflexão sobre a sua tomada de decisão, no contexto da prática, eu acho que é muito importante e que às vezes o enfermeiro não tem o hábito de fazer isso” (E41).*

Corroborando o referido pela Ordem dos Enfermeiros (2012a), a qualidade exige reflexão sobre a prática, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir sobre os cuidados prestados. O problema é que, embora a reflexão na, sobre e para a ação (Schön, 2000) seja influenciada por aspetos intrínsecos ao profissional, há fatores difíceis de contornar. No contexto atual, *“não temos tempo para pensar e isso é fundamental para as coisas terem qualidade, para se poder refletir naquilo que se vai fazendo e também para melhorar a qualidade dos cuidados” (E51); por vezes, “o pior inimigo do pensamento crítico é a falta de tempo! Se houver vários turnos seguidos, em que há mais sobrecarga de trabalho, eu consigo notar que as coisas não estão tão bem... falha muita coisa (...) porque não houve tempo sequer para pensar e refletir sobre aquilo” (E2).* Nestas situações, a reflexão ocorre, frequentemente, em casa, numa altura em que já é tarde para alterar a tomada de decisão.

Simultaneamente aos fundamentos para a tomada de decisão, dos discursos dos participantes, emergiram diversos fatores condicionadores. Conforme referido por Hagbaghery, Salsali e Ahmadi (2004), os fatores que condicionam o processo de tomada de decisão podem ser considerados facilitadores ou inibidores, razão pela qual importa refletir sobre os que foram identificados pelos participantes do nosso estudo.

Na visão de Neves (2005), a tomada de decisão é um processo complexo, relativamente ao qual os enfermeiros terão de mobilizar os seus conhecimentos para poderem realizar julgamentos adequados e decidir em conformidade. Considerando que a capacidade de mobilizar conhecimentos é fundamental, um dos participantes referiu que *“a nossa decisão (...) é influenciada por aquilo que aprendemos na teoria, por aquilo que foi a nossa formação, por aquilo que foi a nossa formação prática em contexto de teoria, ou seja como foram os nossos estágios e como é que nós aprendemos a desenvolver*

criticamente aquilo que vimos” (E9).

Tal como confirmado por Hagbaghery, Salsali e Ahmadi (2004), ficou evidente no nosso estudo que a **formação efetuada pelos enfermeiros** tem uma repercussão significativa na prática, *“eu não sou especialista mas, felizmente, contacto com muitos enfermeiros especialistas... e noto pelos meus colegas que (...) a prática deles muda, mas a visão crítica que eles têm dos cuidados que eles prestam e que a equipa presta também muda pelo facto de fazerem formação” (E9),* neste caso especializada.

Ainda que a formação tenha sido realizada em áreas em que, atendendo ao contexto atual, não estejam a exercer na plenitude, a influência da formação na tomada de decisão foi relevada pelos participantes, *“mesmo a prestar cuidados gerais não nos conseguimos dissociar das especialidades e mesmo não tendo tempo, é impossível (...) Eu lembro-me quando comecei a trabalhar, a nossa tendência é muito de substituição do utente e agora já não” (E28); “quando não tinha feito a reabilitação (...) se calhar, não questionava certas coisas, eu fazia e pronto” (E36).*

Após a especialização, neste caso na área da reabilitação, *“eu não consigo voltar atrás, até porque eu levo mais tempo a fazer uma higiene com um doente ou o doente leva mais tempo a fazer uma higiene quando está comigo, do que quando está a fazer com um colega meu que não esteja na área da especialidade de reabilitação, porque a minha tendência é sempre de promover o autocuidado” (E28); “parece que, com a especialidade, passamos a ter uma visão diferente (...) quase que há a obrigatoriedade (...) Eu, pessoalmente, acho que sempre tive brio na forma como trabalhava, mas agora parece que é quase um imperativo (...) e até parece que nem fica bem feito, se não fizermos assim” (E36).*

O processo de enfermagem, enquanto **metodologia de prestação de cuidados**, pode ser considerado como uma estratégia metodológica utilizada pelos enfermeiros para sistematizarem a tomada de decisão (Neves, 2002; Doenges e Moorhouse, 2010; Souza, Santos e Monteiro, 2013). Tal como abordado pelos autores, a utilização do processo de enfermagem para tomar decisões foi identificada nos discursos dos participantes, *“eu baseio-me principalmente no processo de enfermagem (...) porque eu já perdi essa estratégia de me guiar pelo que os outros dizem, porque infelizmente a gente sabe que, muitas vezes não corresponde ao real... de maneira nenhuma” (E33).* Neste sentido, *“o que eu tento é filtrar, aproveitar aquilo que, de facto, será útil e que corresponde à realidade, e depois fazer a minha própria avaliação (...), identificar os problemas e atuar sobre eles” (E33).*

O valor da **informação transmitida na passagem de turno** foi também destacado, *“efetivamente esta informação da passagem de turno facilita bastante a tomada de decisão (...) há sempre coisinhas que se passam na passagem de turno que não estão*

descritas (...), mas que são pequenos pormenores de cada doente, importantes para a personalização dos cuidados” (E8). Tal como referido por Duarte (2014), a informação veiculada na passagem de turno influencia as decisões do enfermeiro e orienta a ação para o tipo de cuidados a prestar, auxiliando-o a (re)definir as estratégias a implementar. Para além da informação transmitida no momento da passagem de turno, a **informação transmitida informalmente** influencia a tomada de decisão dos enfermeiros, *“se viermos de novo, ou de férias, o outro colega que já cá estava há bastante tempo, se calhar é a fonte de informação necessária, porque já esteve muitas vezes com os doentes, já os conhece”* (E2). Thompson et al. (2004) referiram que a maior fonte de informação são os colegas, uma vez que para além de clinicamente relevante, essa informação está facilmente acessível. Também Ferrito (2007), no estudo que desenvolveu em contexto hospitalar, constatou que 99% dos enfermeiros referiram em primeiro lugar a conversa com os colegas, o que na perspetiva da autora é uma forma simples e imediata de obter resposta.

A influência dos colegas de equipa na tomada de decisão foi claramente referida por um participante, *“não me apercebi, quando era o elemento mais novo da minha equipa, que poderia como chefe de equipa influenciar tanto os meus colegas e neste momento noto como eles me pedem apoio até do ponto de vista teórico e do ponto de vista de desenvolvimento de sustentação da prática”* (E9). Independentemente da função que possam desempenhar nas equipas, a formação e a experiência dos colegas foi um aspeto valorizado, *“os colegas que tenham mais experiência e mais formação também influenciam em muito a minha tomada de decisão sobre os cuidados”* (E5). Do referido, depreende-se que os colegas, nomeadamente os que apresentam mais formação e mais experiência, são uma fonte de informação importante e acabam por influenciar a prática de cuidados, facto também confirmado na investigação realizada por Silva (2014).

A **informação transmitida pela equipa multiprofissional** também representa um contributo significativo, *“muitas vezes o assistente operacional (...) já esteve toda a semana a trabalhar com aquele doente, já atendeu várias vezes a campainha (...) e tem sempre alguma coisa importante a dizer”* (E2). Ainda no âmbito da equipa multiprofissional, *“a informação transmitida pelos médicos e pela assistente social, influencia algumas vezes as minhas decisões”* (E4).

De acordo com Hagbaghery, Salsali e Ahmadi (2004), a relação estabelecida com o cliente é um contributo essencial para a tomada de decisão, sendo importante, na perspetiva dos participantes do nosso estudo, ter em consideração as necessidades, a condição de saúde, as crenças, os significados e as preferências dos clientes. Na perspetiva de Neves (2005), os enfermeiros, nas suas decisões, são influenciados pela avaliação que fazem dos clientes, através do que observam e do que eles verbalizam.

Neste sentido, ficou demonstrado nas narrativas, que as **necessidades expressas pelos clientes** podem condicionar a tomada de decisão dos enfermeiros, *“uma vez que os contextos nos levam a ter que decidir perante prioridades (...) cada vez mais, acho que o primordial é atender à pessoa a quem cuidamos”* (E10), neste sentido, importa perceber qual é *“a necessidade primordial... Isso ajuda a tomar decisões, porque sabendo exatamente o que é que a pessoa espera ou aquilo que a pessoa necessita realmente e o que é que ela prioriza... consigo direccionar (...) as minhas prioridades”* (E10).

Atendendo a que muitos dos cuidados são planeadas em função do estado funcional e cognitivo da pessoa, a **condição de saúde dos clientes** condiciona a tomada de decisão, *“a nível motor, nas medicinas temos muitos velhinhos que já vêm de casa sem grande potencial (...) e depois a cognição também não ajuda (...) às vezes, eles até têm muito potencial, mas a cabecinha não ajuda e não se consegue”* (E34); *“no caso dos doentes internados por descompensação de uma doença, por exemplo respiratória ou cardíaca, é difícil prever o que de um momento para o outro pode vir a influenciar a minha tomada de decisão”* (E4). A condição de saúde, nomeadamente o status cognitivo e as capacidades instrumentais, foi também realçada pelos enfermeiros que participaram no estudo realizado por Padilha (2013).

A par das necessidades e da condição de saúde, as **crenças dos clientes** podem condicionar a tomada de decisão. Relativamente a este fator, um participante relatou uma crença frequente, *“e então, eles acham (...) que têm que vomitar... e aquilo é uma crença! Errónea, mas é uma crença! Porque acham que têm que vomitar a anestesia! E então, eu que vou prestar cuidados a seguir, tenho que ter presente esta ideia”* (E5). A necessidade de *“ter presente esta ideia”* (E5) tem subjacente duas razões, por um lado, a importância de ajudar a pessoa e, por outro, a não valorização do vômito como sendo uma complicação pós-operatória, ou até mesmo uma interação medicamentosa.

Os **significados atribuídos pelos clientes** também emergiram como uma subcategoria, *“eu preciso perceber o que é que eu posso melhorar na qualidade de vida daquele utente e perceber o que é que é qualidade de vida para aquela pessoa”* (E28). Na perspetiva de Meleis et al. (2000), de acordo com os valores, as crenças e os desejos individuais, cada pessoa atribui significado às situações de saúde e doença, razão pela qual *“tem que se ter alguma abertura para as (...) conceções que ela [a pessoa] tem de saúde e de doença... perceber um bocadinho dos valores da pessoa (...) eu acho que realmente nós temos muito melhores resultados, (...) se levarmos isto em consideração”* (E18). Pelo contrário, *“se nós chegarmos junto de um doente a impor isto... porque isto é o que é correto, tem de fazer assim, não vamos ter adesão da pessoa, não vai correr tão bem...”* (E18). Assim se justifica o facto de que, no processo de tomada de decisão sobre a conceção e prestação dos cuidados, os enfermeiros devem tomar por foco a promoção

dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Ordem dos Enfermeiros, 2012a).

Por último, as **preferências dos clientes** constituem outro dos fatores que condicionam a tomada de decisão, *“o doente deve ser sempre o centro das nossas práticas (...) e sempre que seja possível e que o serviço tenha as condições que o permitam, é importante adequar a prestação de cuidados às vontades ou aos desejos do doente”* (E2). O problema é que, tal como referido por Silva (2014), o enfermeiro necessita de tempo para conhecer o cliente e adequar os cuidados às suas preferências.

Atendendo à realidade dos contextos atuais, para além das dificuldades inerentes ao tempo disponível para tomar decisões consentâneas com as preferências dos clientes, um participante acrescentou que *“às vezes não é fácil e há colegas que acham que não é muito correto facilitar (...) diferenciar de uns doentes para os outros. Mas, às vezes, nem é preciso fazer muita coisa para aquela pessoa se sentir bem”* (E23). O relato torna evidente que os enfermeiros devem ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo que o exercício profissional requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se sempre os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2012a)

Na sequência do referido relativamente ao processo de tomada de decisão, ficou claro que todos os enfermeiros tomam decisões na medida em que fazem julgamentos sobre os problemas e necessidades das pessoas e tomam decisões sobre que intervenções implementar (Silva, 2011). Importa agora perceber se nos contextos da prática o objeto da tomada de decisão dos enfermeiros estará relacionado com o objeto de estudo da própria disciplina (Silva, 2006).

Na perspetiva de Silva (2011, p.36), *“assumindo que a enfermagem é uma disciplina de conhecimento com aplicação prática, os postulados teóricos que a definem terão um papel de orientadores e de condução das práticas dos seus profissionais”*.

Corroborando Nadot, Busset e Gross (2010) sem referências a modelos disciplinares, os cuidados de enfermagem estão condenados a traduzir-se unicamente em ações isoladas decorrentes da divisão do trabalho por tarefas, em atos biomédicos centrados em doenças, com vista a responder de forma estereotipada a exigências múltiplas decorrentes da produtividade hospitalar.

Nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática que intitulamos de **modelos orientadores da prática profissional**, emergiram como categorias: prática centrada na gestão de sinais e sintomas, prática centrada nas respostas humanas, fatores que determinam a orientação para a prática centrada na gestão de sinais e sintomas, fatores que determinam a orientação para a prática centrada nas respostas humanas e fatores

que condicionam a orientação para a prática centrada nas respostas humanas (Quadro 15).

Quadro 15 - Modelos orientadores da prática profissional

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Prática centrada na gestão de sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Modelo biomédico</i> • <i>Prevenção de complicações</i> • <i>Deteção precoce de sinais e sintomas de agravamento clínico</i>
Prática centrada nas respostas humanas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promoção da saúde</i> • <i>Promoção do autocuidado</i> • <i>Reconstrução da autonomia</i> • <i>Readaptação funcional</i> • <i>Capacitação do cliente</i> • <i>Capacitação do prestador de cuidados</i> • <i>Preparação do regresso a casa</i> • <i>Facilitação das transições</i>
Fatores que determinam a orientação para a prática centrada na gestão de sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ambientes da prática rotinizados</i> • <i>Ambientes da prática complexos</i> • <i>Valorização das intervenções interdependentes</i> • <i>Priorização das intervenções interdependentes</i> • <i>Organização da equipa médica</i>
Fatores que determinam a orientação para uma prática centrada nas respostas humanas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Valorização das intervenções autónomas</i> • <i>Valorização do conhecimento no domínio da disciplina</i> • <i>Consciencialização dos contributos dos referenciais teóricos de enfermagem</i> • <i>Referenciais teóricos orientadores da prática</i>
Fatores que condicionam a orientação para a prática centrada nas respostas humanas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conhecimento sobre os referenciais teóricos de enfermagem</i> • <i>Integração dos referenciais teóricos de enfermagem</i> • <i>Clarificação do core da disciplina</i> • <i>Integração do conhecimento do domínio da disciplina</i> • <i>Integração dos instrumentos reguladores da profissão</i> • <i>Motivação para a mudança de paradigma</i> • <i>Priorização dos cuidados centrados nos clientes</i> • <i>Necessidades em cuidados de enfermagem</i>

Relativamente aos modelos orientadores da prática profissional, salientaram-se duas perspetivas, uma centrada na gestão de sinais e sintomas e, outra, centrada nas respostas humanas dos clientes. No âmbito da prática centrada na gestão de sinais e sintomas destacaram-se aspetos relacionados com o modelo biomédico, com a prevenção de complicações e com a deteção precoce de sinais e sintomas de agravamento clínico.

No estudo realizado por Padilha (2013), os enfermeiros referiram que o seu percurso académico e profissional tinha sido muito direcionado para o desenvolvimento de competências, essencialmente centradas na gestão de sinais e sintomas das doenças e numa proximidade muito clara ao modelo biomédico. Sousa, Martins e Pereira (2015) acrescentaram que os modelos centrados na gestão de sinais e sintomas e na colaboração com o médico no tratamento das patologias parecem concorrer atualmente para as dificuldades experimentadas pelos enfermeiros.

Duffy e Hoskins (2003), aquando da apresentação do modelo de cuidados de qualidade, referiram que a enfermagem continua a ser impulsionada pelo **modelo biomédico** orientado para a realização de tarefas. Silva (2007, p.14), refere que *“apesar das evoluções verificadas, há uma perceção generalizada de que o paradigma biomédico – no qual os enfermeiros atribuem prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração direta com a medicina – é dominante”*.

Na perspetiva dos participantes, o que se nota *“é uma focalização no problema agudo (...) em que estamos só a atender a alterações sistemáticas nos sistemas orgânicos (...) e a responder a prescrições (...) É o tal modelo biomédico por excelência, que é o médico prescreve, o enfermeiro faz e, o que interessa é dar resposta a essas prescrições”* (E33).

Numa investigação centrada nas práticas profissionais, Basto (1998, p.15) constatou que *“há uma preocupação comum a muitas enfermeiras, decorrente da perceção de que a qualidade dos cuidados de enfermagem não acompanhou a evolução da formação e das condições de trabalho das enfermeiras em Portugal”*.

Da análise dos discursos, a confirmar a perceção enunciada pela autora, ficou claro que a prática não tem traduzido a evolução teórica da enfermagem, *“na última década, (...) têm surgido vários estudos na área da enfermagem... tem-se tentado traduzir esses estudos na prática, só que realmente ainda não conseguimos”* (E52). De facto, *“evoluímos bastante a nível teórico, mas na prática não se reflete, não se verifica essa melhoria em termos de cuidados (...) continuamos ainda a trabalhar muito no modelo biomédico”* (E52). Quase duas décadas após a investigação centrada nas práticas profissionais, mantém-se a perceção de que a evolução da enfermagem *“não tem tido tradução na prestação direta de cuidados”* (Basto, 1998, p.15).

Ainda no âmbito de uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas, a **prevenção de complicações** foi frequentemente evidenciada nos discursos dos participantes, *“tudo aquilo que é o nosso trabalho no dia-a-dia, foca-se essencialmente em prevenir complicações”* (E26), efetivamente, *“acho que é um bocadinho a nossa essência, ser enfermeiro é estar sempre a pensar em evitar o que pode acontecer”* (E46).

Decorrente de uma prática centrada na prevenção de complicações, *“uma das coisas que nós tentamos perceber no contexto de internamento é exatamente a potencialidade de qualquer tipo de problema poder vir a acontecer”* (E40), no sentido de posteriormente implementar intervenções que possam evitar ou minimizar os efeitos de possíveis ocorrências.

A prevenção de complicações pós-operatórias foi frequentemente identificada nas narrativas, *“há coisas que são extremamente básicas num serviço cirúrgico e que de serem tão básicas, já estão de tal forma enraizadas... que trabalhando num serviço*

cirúrgico, todos nós sabemos quanto é importante um levante precoce” (E39). Ao longo da implementação da referida intervenção, ficou claro que o foco continua a ser a prevenção de complicações, uma vez que a partir do momento em que é avaliada a condição do cliente, “antes do levante, durante o levante, e confirmamos se depois do levante está tudo ok (...) o doente pode, ou ficar sentadinho no cadeirão, quando são doentes mais debilitados, para não haver o risco de quedas, ou então incentivar à deambulação em doentes com maior capacidade e com menor lesão cirúrgica” (E39).

Ainda relativamente à prevenção de complicações *“no pós-operatório, nós também lidamos com a dor do doente cirúrgico, a dor aguda... E todos nós sabemos, que qualquer um de nós se tem dor, limita a mobilidade (...) portanto, temos que prever as complicações” (E39). Neste contexto, numa perspetiva de gestão de sinais e sintomas, “se vai ter dor, é melhor avaliar a dor, se for necessário administram-se analgésicos, porque vai dar mais conforto ao levante. Se der mais conforto ao levante, o doente não vai ter tanto receio da próxima vez que levantar” (E39).*

A prevenção de complicações associada à administração de fármacos e hemoderivados, também foi abordada pelos participantes *“há coisas aqui que são chave no nosso serviço: suporte transfusional... administração de terapêutica citostática... administração de antibióticos... Se nós conhecermos esses três campos, se conhecermos os riscos, que já estão identificados, podemos minimizar (...) Aplicando isto aos vários campos, estamos a prevenir 70 a 80% das complicações” (E12). Nos casos em que não é possível prevenir as complicações, a identificação precoce de sinais e sintomas pode minimizar os efeitos, “se eu estiver atenta àquele doente posso rapidamente identificar os primeiros sinais de alerta e minimizar as complicações, ou seja, não as previno, mas minimizo as consequências delas” (E12).*

Ainda no âmbito de uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas, emerge a prevenção de complicações associada a procedimentos técnicos, *“depois temos as partes das técnicas, punções venosas periféricas, colaboração na inserção de cateteres centrais, nos mielogramas, nas punções lombares... O importante é conhecer os riscos, fazer tudo para evitar que eles apareçam e minimizar as consequências” (E12). Perante a impossibilidade de evitar todas as complicações, a rapidez da ação dos enfermeiros é fundamental, “quando acontecem coisas mais graves, o que nós temos de ter é rapidez de atuação... Não tentar camuflar nada... e agir rapidamente de acordo com o grau da complicação” (E12).*

A prevenção de infeção, a prevenção de quedas e a prevenção de úlceras de pressão adquiriram uma relevância significativa nas narrativas. Como referido, *“estamos muito sensibilizados para a questão da prevenção de infeções” (E26); relativamente à prevenção das quedas, “estamos sempre com muito cuidado... se o doente tem risco de*

queda, temos que colocar a pulseira, ter o cuidado sempre de imobilizar o doente se ele tiver a cognição alterada (...) e colocamos as grades na cama” (E34); no que concerne à prevenção de úlceras de pressão, “daquilo que é correto fazermos e da experiência que temos, já está enraizado em todos os elementos do serviço, recém formados ou não, eles têm já interiorizado essas orientações para prevenir as úlceras de pressão” (E53).

O facto da prevenção de infeções, da prevenção de quedas e da prevenção de úlceras de pressão estarem associadas a indicadores de qualidade e constituírem áreas de atenção, no âmbito de processos de acreditação da qualidade implementados nas instituições, faz com que o enfermeiro sustente a sua prática num procedimento da instituição, em detrimento da identificação de diagnósticos baseados na relevância dos dados inerentes à condição dos clientes.

Em contextos da prática profissional cada vez mais complexos, foi notório que a ênfase é frequentemente colocada na **deteção precoce de sinais e sintomas de agravamento clínico** (Silva, 2011), *“pelo menos na parte de que temos de manter as pessoas vivas, quando é para manter vivas (...) e saber ler os sinais e sintomas e as complicações que estão a surgir, mesmo sabendo que a ajuda que virá, deverá ser de outro profissional (...) temos que saber antecipar as situações” (E3).* Ainda que a ação dos enfermeiros esteja quase exclusivamente restrita à recolha de dados de agravamento clínico e à execução de intervenções prescritas pelos médicos, o referido pelos participantes revela o significado atribuído a este domínio, *“há doentes em que percebemos que há risco de complicações, que temos de estar atentos, mesmo que nós não possamos resolvê-las (...) ventilação comprometida aqui nesta área é um risco que muitos doentes têm. Mas depois a intervenção aqui, é sobretudo interdependente” (E3).*

No âmbito da prática centrada nas respostas humanas, dos discursos dos participantes, emergiram orientações que derivam de uma dupla perspetiva teórica. Uma influenciada pelos referenciais teóricos de enfermagem e outra influenciada pelos instrumentos reguladores do exercício profissional.

Tal como preconizado no âmbito do enunciado descritivo “promoção da saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001a), é evidente a preocupação de alguns enfermeiros em aproveitar o internamento para promover estilos de vida saudáveis, *“embora a pessoa possa estar numa situação aguda de doença, tentamos que saia daqui sempre (...) com algumas ideias daquilo que deve fazer para promover a saúde...” (E18), “nomeadamente para a promoção de estilos de vida saudáveis” (E31).* Relativamente ao mencionado, o ICN (2015) lembra que os enfermeiros estão bem informados sobre os fatores de risco para as doenças não transmissíveis comuns, motivo pelo qual devem adotar abordagens centradas na promoção da saúde.

Importa salientar que perante a intencionalidade de atuar no âmbito da **promoção da**

saúde, a informação transmitida pelos enfermeiros aos clientes tem frequentemente em consideração o processo patológico que justificou o internamento, bem como os fatores potenciadores de outros processos patológicos. Neste sentido, *“surge a preocupação por parte dos enfermeiros de olhar o doente do ponto de vista do que o trouxe cá (...) mas também tudo o que tenha a ver com outros aspetos em termos da promoção da saúde que não são efetivamente bem concretizados pelos doentes”* (E40). No caso de *“doentes com uma doença crónica, que têm vários internamentos, a gente aproveita para promover (...) hábitos saudáveis...”* (E1). Silva et al. (2011), citando a Organização Mundial de Saúde, referem que os hospitais devem ir para além do tratamento das doenças, constituindo-se como espaços potenciadores da promoção da saúde, contribuindo simultaneamente para o empoderamento da pessoa internada, no sentido dessa controlar os fatores que influenciam a sua saúde.

Apesar da relevância atribuída à promoção da saúde, enquanto *“ação extremamente autónoma”* (E10), os participantes referem que esta é uma área que tem vindo a ser descurada, *“digamos que, numa escala de 0 a 100%, ela será efetuada em 10% daquilo que eu vivencio e experiencio e vejo todos os dias”* (E33). A *“promoção da saúde (...) parece que é uma responsabilidade dos cuidados de saúde primários e não dos cuidados mais diferenciados. Então talvez por isso, seja um pouco negligenciada”* (E10), o que efetivamente também foi referido por Silva et al. (2011).

Dos discursos dos participantes, emergiram alguns constrangimentos à concretização da promoção da saúde. Por um lado, *“eu acho que o que está a acontecer com os enfermeiros é, focalizarem-se no que têm que fazer para o seu turno, para não deixar para os outros colegas que vêm a seguir (...) e, portanto interessa muito mais as coisas técnicas (...) do que propriamente esta área.”* (E33). Por outro lado, *“o tempo devido para fazer a promoção da saúde também não é efetivamente valorizado e não é efetivamente quantificável (...) temos um sistema de classificação em que o item promoção da saúde é em termos de contabilização de carga de trabalho muito pouco quantificado”* (E9). Na verdade, *“as dificuldades que os colegas sentem, que referenciam (...) tem a ver com isso, efetivamente não há tempo”* (E9), o que mais uma vez vai ao encontro do mencionado por Silva et al. (2011).

Para além da prática centrada na promoção da saúde, nos discursos dos participantes, foi notório o investimento na **promoção do autocuidado**, fundamentalmente relacionada com os clientes que, previamente ao internamento, apresentavam algum grau de dependência, relacionada com alterações físicas e/ou essencialmente cognitivas. A ênfase centrada nas capacidades dos clientes para o autocuidado, em detrimento de uma perspetiva predominantemente centrada na substituição dos clientes, emergiu como uma preocupação dos enfermeiros, *“temos que saber ler as dependências do autocuidado... e*

temos que saber substituir quanto basta, e promover quando possível” (E3); “por exemplo, se o doente tem capacidade, de nos cuidados de higiene, lavar a parte superior, o tronco, os braços, não vou ser eu a lavar por ele e, enquanto o doente vai lavando essa parte, se calhar eu vou ajudá-lo na parte inferior, porque normalmente é aí que eles têm mais dificuldade” (E33). O citado é congruente com o sistema parcialmente compensatório (Orem, 1991), no qual existe complementaridade entre a pessoa e o enfermeiro, isto porque a pessoa tem capacidade para concretizar algumas atividades, sendo substituída pelo profissional apenas naquilo que não consegue realizar.

A preocupação com as situações em que tendencialmente pode ser adotado o padrão de substituição do cliente foi também abordada, *“se o doente for substituído consegue-se fazer uma higiene mais rápida e tem-se tempo para fazer mais coisas e cuidar de mais doentes” (E28). Apesar de ser importante “incentivar o doente a fazer as coisas por ele... tenho a noção que às vezes o doente poderia fazer mais do que o que faz.... só que, às vezes, para poupar algum tempo é feita alguma coisa por ele” (E37). Em relação ao mencionado, as desvantagens de serem dois enfermeiros a prestar os cuidados aos doentes foram enunciadas pelos participantes, “não andamos dois a dois, porque isso seria impraticável (...) aí é que substituem o doente completamente, não dão hipótese, porque querem é seguir para a frente e despachar (...) se estiverem dois a dois, normalmente é ensaboar o doente de cima a baixo e levantar e andar” (E33). Corroborando Machado (2013), a intenção de despachar tarefas e a de substituir o cliente no que o torna dependente, criam modelos de ação que se distanciam dos modelos expostos na teoria de enfermagem.*

A importância de sensibilizar a equipa de modo a evitar uma perspetiva centrada na substituição do cliente também foi abordada pelos participantes, *“nós próprios quando prestamos cuidados, claro que é mais rápido, (...) fazemos a higiene do que estarmos a estimular o doente, mas tentamos, na medida do possível, sensibilizar a equipa para também promover o autocuidado do doente (...) para que não saia daqui mais dependente do que entrou” (E53).*

Sendo o autocuidado uma área em que algumas tarefas são delegadas nos assistentes operacionais, ficou claro que a avaliação e priorização das situações pelo enfermeiro podem fazer a diferença, *“quando as pessoas ou que podem tomar banho sozinhas, ou que podem alimentar-se e eu não soube atempadamente olhar para a situação... aí o que surgiu foi uma opção (...) porque era mais rápido...” (E3). Dado que essa opção passa frequentemente pela substituição do cliente, “muitas vezes, essas situações até são constrangedoras, porque depois, é o insucesso do doente e (...) depois vai ser o insucesso com a família, que também não percebe porque é que aquela pessoa, que podia fazer aquilo, não faz” (E3).*

Em algumas situações, de modo a evitar as repercussões de uma abordagem centrada na substituição do cliente e numa aproximação ao sistema de apoio educativo e de desenvolvimento (Orem, 1991), *“a escolha é: estes dois ou três doentes precisam de mim por isto, e não porque têm complicações, mas porque quero mostrar aos senhores que eles podem fazer isto! Agora, sistematicamente com um auxiliar a dar-lhes banho, nunca ninguém lhes vai mostrar isso!”* (E3). O referido aponta para a preocupação em ensinar e instruir estratégias adaptativas numa atuação congruente com os modelos expostos.

No seguimento do mencionado, para além da perspetiva centrada na promoção do autocuidado, nos clientes com potencial de autonomia, e que, tal como referiam Proot et al. (1998), possuem capacidades cognitivas, de tomada de decisão, de mobilidade e de comunicação, foi abordado pelos participantes uma prática centrada na **reconstrução da autonomia**, *“muitas vezes, doentes (...) que de alguma forma, ajudamos também a iniciar este processo de reconstrução da autonomia”* (E21). De facto, na sequência de determinados processos patológicos, *“algumas pessoas vêm com muitas limitações (...) mas eu quero é que aquela pessoa se torne autónoma o mais rapidamente possível”* (E29). No âmbito do estudo que realizou, Brito (2012) lembra que algumas situações de dependência são temporárias, o que torna fundamental que o processo de reconstrução de autonomia se inicie o mais cedo possível.

Decorrente da valorização de situações de dependência transitórias, onde a necessidade da ajuda que suplementa/completa o que o doente não consegue iniciar ou completar é vista como temporária, os enfermeiros tentam *“promover a autonomização do doente o mais precocemente possível e essa autonomia é feita sempre com muitos ensin...”* (E12). Em consonância com os resultados obtidos por Brito (2012), a relevância atribuída pelos participantes aos “ensinos” pretende explicitar a sua intencionalidade, no sentido de desenvolver as competências de autocuidado dos clientes, ensinando, instruindo e treinando as estratégias adaptativas para a concretização das atividades inerentes a cada domínio do autocuidado.

Nas situações em que os doentes estão referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e aguardam transferência para uma unidade, emergiu dos discursos dos participantes a atribuição de menor relevância à reconstrução da autonomia, *“por exemplo, num doente com AVC, com uma parésia grau quatro que é capaz de deambular, se calhar o colega não vai dar tanta importância, uma vez que até está referenciado para uma unidade”* (E25). Decorrente do tempo de espera para ser transferido para uma unidade, o problema é que, *“depois verifica-se que passada uma semana, duas, três, quatro... nota-se alguma rigidez, já algum desequilíbrio e, o potencial máximo (...) não aconteceu”* (E25).

Apesar da política de internamentos cada vez mais curtos e, conseqüentemente, de um

menor contacto com os clientes, a intencionalidade de uma prática centrada na **readaptação funcional** foi também abordada pelos participantes, “*eu trabalho todos os dias com doentes que têm problemas respiratórios e que têm que aprender (...) a viver*” (E20). O evidenciado refere-se a situações em que a intervenção dos enfermeiros não está direccionada à resolução da condição apresentada pelo doente, mas sim à intenção de ensinar estratégias que promovam a adaptação do cliente à sua condição, “*todos os dias temos que ensinar estratégias para quando eles estiverem em casa, como é que vai estender a roupa, a senhora, como é que vai lavar a loiça... isto, no fundo, é uma readaptação, todos os dias temos que ensinar estratégias para a pessoa no domicílio conseguir desenvolver as suas atividades de vida diárias*” (E20).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001a, p.14), no âmbito do enunciado descritivo “*readaptação funcional*”, “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde*”. Em consonância com o apontado no instrumento regulador da profissão, a relevância atribuída a esta área é notória, “*tento promover nos doentes (...) estratégias para eles se adaptarem à sua incapacidade e, eles acabam por aceitá-la e acabam por evoluir na sua recuperação*” (E23). A ênfase nos processos adaptativos é reforçada nos discursos, “*por exemplo, os doentes amputados vão ter que conviver com a falta de um membro e no fundo vão ter que (...) aprender a lidar com uma nova situação de vida (...) reaprender a viver com aquela condicionante... E, portanto, a enfermagem tem aqui uma intervenção solene*” (E39).

Dos constrangimentos associados à concretização da readaptação funcional, foi referido pelos participantes a falta de tempo e a impossibilidade de manter a continuidade, “*por vezes o enfermeiro não tem tempo de gerir tudo (...) e não consegue sequer deambular com um doente ou, se calhar, ter aquele pensamento crítico e pensar que se lhe arranjar um andarilho ele até era capaz de se adaptar*” (E2). Na ótica dos participantes, “*a readaptação funcional é uma área muito deficitária (...) devido a nós não termos tempo de incidir ao longo de todo o turno sobre isso (...) são momentos de ensino muito esporádicos*” (E33). De facto, apesar de tentarem “*fazer algum trabalho nesta área, existem lacunas, porque é uma área que necessita de tempo e necessita de continuidade (...) no meu ponto de vista, alguém que trabalhe especificamente isto e que vá vendo a evolução dos doentes, é essencial nos serviços*” (E38).

De modo a garantir o tempo e a continuidade necessárias à readaptação funcional, é consensual nos discursos dos participantes que no contexto hospitalar esta área tem sido atribuída à enfermagem de reabilitação, “*aqui, nós “delegamos” muito no enfermeiro de reabilitação*” (E14), na verdade, “*acho que a este nível os enfermeiros especialistas em reabilitação, têm feito (...) um ótimo trabalho, porque a sensação que eu tenho da minha*

experiência/situação prática, é que era um aspeto a que não era dado muito enfoque e hoje em dia, acho que é algo muito bem trabalhado” (E10). Efetivamente, numa quantidade significativa de contextos da prática, existem “enfermeiros de reabilitação que trabalham, essencialmente, este tipo de doentes, que precisam mais deles do que até de nós, neste sentido da readaptação funcional” (E5).

A própria conceção de cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação foi relevada pelos participantes, *“os diagnósticos são inclusive levantados também no sistema... existe o planeamento de intervenções direcionadas só para esta área e acho que se tem verificado realmente resultados muito bons” (E10). O reconhecimento de competências destes enfermeiros especialistas para promover ganhos em saúde na área em questão foi também identificado, “uma elevada percentagem de doentes que nós tínhamos que entravam pelo próprio pé e acabavam por sair acamados ou pelo menos com limitações consideráveis e hoje em dia temos muitos doentes que (...) entram com algumas limitações e saem melhor (...) do que inclusive entraram. Fruto do investimento dos enfermeiros de reabilitação” (E10).*

Nos contextos em que tem sido difícil assegurar os cuidados com o enfermeiro especialista em reabilitação, esta é uma área atribuída ao fisioterapeuta, *“na readaptação funcional, nós aqui temos a fisioterapia que nos ajuda (...) um projeto meu, é ter um enfermeiro diário, para os cinco dias da semana para fazer (...) reabilitação. Mas para já não há pessoal suficiente” (E43). Mais um achado que evidencia as consequências dos recursos de enfermagem inadequados.*

Ainda no âmbito de uma prática centrada nas respostas humanas e conforme preconizado na extensão até 2020 do Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral de Saúde, 2015), emerge a necessidade de uma mudança de paradigma, que se espera centrado na literacia e na capacitação dos cidadãos, de modo a que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.

Em consonância com o referido, o investimento na **capacitação dos clientes** foi evidenciado nos discursos, *“temos que partir à conquista daquela capacitação do doente que depende, realmente, da intervenção da enfermagem” (E39). Conforme clarificado pelo participante, “há doentes em que é difícil chegarmos a este patamar (...) depende muito da idade, da condição mental, ou até mesmo da preparação e da formação prévia e depois, acima de tudo, acho que depende muito do trabalho da enfermagem” (E39).*

De facto, apesar de ser importante a capacidade dos clientes para incorporar a informação, o papel do enfermeiro é fundamental, *“os doentes saem daqui a saber os cuidados com as ostomias, a saber os cuidados para administrar as enoxaparinas (...) o que é que devem e como é que devem fazer” (E51). Por exemplo, nas situações em que “o doente é colostomizado (...) os ensinamentos são sempre estruturados (...) depois fazemos*

o treino... a pessoa tem de fazer à nossa frente para ver se está apta ou não" (E8). Neste processo, destacam-se dois momentos distintos, por um lado, a transmissão de informação teórica, que tradicionalmente os enfermeiros designam por "ensinos" e que se refere a intervenções do âmbito do informar e do ensinar, e, por outro lado, o treino de aspetos essencialmente técnicos, enquadrados nas intervenções do tipo treinar. A um nível intermédio, não foram mencionadas pelos participantes intervenções do tipo instruir, isto porque, frequentemente, a demonstração das técnicas pelo enfermeiro está incluída naquilo que os participantes designam por "ensinos". Importa, no entanto, destacar a referência a ensinos estruturados.

No âmbito da importância atribuída à capacitação dos clientes, os participantes destacaram ainda a valorização dos outros profissionais, *"às vezes os médicos até querem dar alta e nós dizemos: (...) não pode ser, ainda não estão aptos a cuidar da colostomia, e os médicos isso até valorizam..."* (E8).

Decorrente de uma política de internamentos cada vez mais curtos que não permitem a recuperação total dos clientes, as famílias têm-se confrontado com a alta dos seus familiares doentes, frequentemente com uma condição de saúde diferente da que tinham antes do internamento, exigindo, ao membro da família que vai assumir o papel de prestador de cuidados, um conjunto de conhecimentos e capacidades para lidar com a situação (Machado, 2013). Em consonância com o referido, da análise dos discursos, emergiu, como uma das primeiras preocupações, a identificação da pessoa que irá desempenhar o papel de prestador de cuidados, *"é uma preocupação logo desde o início (...) porque o doente pode ter alguns problemas... vai ficar com muitas limitações, sendo importante perceber quem vai fazer o seguimento em casa"* (E31).

A relevância da **capacitação do prestador de cuidados** para tomar conta da pessoa que fica dependente foi claramente evidenciada nos discursos, *"deve ser cada vez mais caro aos enfermeiros esse papel na preparação dos prestadores de cuidados"* (E21); *"prestadores de cuidados que num dia não sabem cuidar da pessoa que ficou dependente e, depois com a nossa intervenção, principalmente com os ensinos que nós vamos fazendo (...) começam a sentir-se mais capazes de desempenhar aquele novo papel"* (E20) e ainda *"situações de doentes que recebem o cuidado por um familiar e, (...) em que muitas vezes também temos uma ação importante na otimização do cuidado que é realizado a essa pessoa ou, pelo menos no aperfeiçoamento de determinadas práticas em que ainda avaliamos a necessidade de fazer algum ensino"* (E24). De facto, os enfermeiros, para além de constituírem um recurso profissional para a pessoa doente, têm de ajudar os membros da família prestadores de cuidados a lidar com a situação de tomar conta, com tudo o que isso implica (Brito, 2012). Certo é que a ajuda profissional é fundamental ao exercício do papel de prestador de cuidados e à aquisição de mestria no

desempenho do mesmo.

Embora os relatos evidenciem o investimento na capacitação do prestador de cuidados, os participantes deixam também transparecer a importância desta dimensão autónoma, vinculando-se à ideia de que o enfermeiro é o profissional de saúde que melhor prepara o membro da família prestador de cuidados para assistir a pessoa doente nos autocuidados, *“quer sejam esposas, quer sejam mães, temos de perceber o quanto somos significativos para essas pessoas e, perceber que não há mais ninguém que (...) prepare os prestadores (...) para assistir estes utentes em casa nos seus autocuidados”* (E21), reforçando a certeza de que *“não há mais ninguém, nem pode haver... E isso é significativo.”* (E21).

Uma vez reconhecido o valor da capacitação do prestador de cuidados, os enfermeiros integram na sua prática a **preparação do regresso a casa**, *“o que nós tentamos fazer (...) quando estão cá internados é prepará-los para ir para casa”* (E12). Neste âmbito, constata-se uma preocupação com a adaptação do domicílio àquilo que são as necessidades da pessoa doente e concomitantemente do membro da família prestador de cuidados, *“quando o doente vai para o domicílio tento fazer a avaliação do espaço físico, falo com a família (...) tenho um pequeno dossier também com as ajudas técnicas para poder mostrar à pessoa o que é que se adapta melhor naquela situação”* (E35). Neste sentido, preparar o regresso a casa implica *“mudar muitas vezes o espaço físico, adquirir ajudas técnicas que permitam ao doente estar no domicílio, o mais autónomo possível, tendo em conta as suas limitações”* (E35).

Corroborando a pertinência do mencionado pelos participantes, no estudo realizado por Brito (2012), identificar antecipadamente necessidades de mudanças na habitação, avaliar as condições habitacionais e os recursos disponíveis, constituíram terapêuticas de enfermagem promotoras de uma transição saudável.

Com especial relevância nos contextos hospitalares, os processos de doença *“são momentos de transição na vida das pessoas que, inevitavelmente, conduzem ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-as, progressivamente, dependentes de outros, sobretudo dos membros da família”* (Petronilho, 2007, p.13).

Meleis et al. (2000) referiram que as transições podem ser de quatro tipos: *transições de desenvolvimento, situacionais*, relacionadas com situações de *saúde-doença e organizacionais*. Na perspetiva dos autores, as transições são complexas e multidimensionais, possuindo diversas propriedades que normalmente se relacionam entre si: consciencialização, envolvimento, mudança, diferença, período de tempo e eventos críticos.

Em Portugal, um número crescente de enfermeiros partilha a ideia segundo a qual assistir as pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante da Enfermagem (Silva, 2007). Neste sentido, o contributo dos enfermeiros para a **facilitação das transições** também foi referenciado, *“queremos ajudar as pessoas a ter uma transição saudável para atingirem novamente um ponto de equilíbrio”* (E20).

Decorrente da análise dos discursos, verificamos que alguns dos pressupostos inerentes à teoria de médio alcance das transições (Meleis et al., 2000) têm vindo a ser aplicados na prática. Das propriedades relevadas pelos participantes, destacamos: a consciencialização, *“sem dúvida, que o nosso papel é importantíssimo nos primeiros passos, que é a consciencialização do doente para a sua nova condição de saúde”* (E21); o envolvimento, *“mas depois se formos falar (...) no que é o envolvimento no problema”* (E20); a mudança, *“um doente que ficou com limitações ou com incapacidade (...) é um doente que se não interiorizar essa nova situação, não vai ser saudável, porque vai ter sempre ali um problema, vai andar contrafeito, se calhar porque nunca interiorizou aquela mudança”* (E39); a diferença, *“quando têm uma ostomia, os doentes confrontam-se com algo muito diferente”* (E4); o período de tempo, *“doentes que demoram mais tempo para essa adaptação”* (E33) e o evento crítico, *“às vezes antes da cirurgia pensam que é provisório, mas quando no pós-operatório, o médico diz que é definitivo, eles percebem que é melhor aprender”* (E4).

No âmbito das condições facilitadoras e inibidoras (Meleis et al., 2000), foram identificados dados relativos às condições pessoais, *“os significados atribuídos pelos doentes à doença, ao internamento, bem como as suas crenças, são aspetos que muitas vezes, dificultam uma evolução favorável”* (E4).

A nível dos padrões de resposta, destacaram-se nos discursos os indicadores de resultado (Meleis et al., 2000), nomeadamente a mestria, *“à medida que os dias de internamento vão passando, percebemos que como resultado dos nossos ensinamentos, a capacidade dos doentes para cuidar da colostomia melhora”* (E4) e a identidade integradora fluída, *“se nós ajudarmos um doente a conviver com a limitação ou (...) com o que vai ficar em definitivo (...) no futuro temos a certeza que ele já fez a aceitação daquela nova situação, porque está a desenvolver a sua aprendizagem e até a sua identidade”* (E39).

Para além da transição dos clientes que passam de um estado de saúde para um estado de doença, nos discursos dos participantes, emergiu a transição vivenciada pela família, cuja mudança se manifestará de forma mais intensa no elemento que assumir a responsabilidade de tomar conta, *“temos que ser significativos para as famílias, temos que encontrar na família alguém que assuma um papel que, muitas vezes, não pensou desempenhar tão cedo...”* (E21). Na realidade, *“as tarefas inerentes a esta transição não*

são distribuídas equitativamente por todos os elementos da família. Geralmente, esta responsabilidade recai sobre um dos seus elementos, aquele que denominamos por membro da família prestador de cuidados” (Petronilho, 2007, p.48).

Em consonância com as categorias anteriormente identificadas, passaremos agora a apresentar os fatores que determinam a orientação para a prática centrada na gestão de sinais e sintomas ou nas respostas humanas. De acordo com Le Boterf (2005), os contextos onde exercemos funções são tão importantes quanto os indivíduos que as desempenham. Na perspectiva do autor, há três fatores essenciais: saber agir que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes, de que são exemplo o conhecimento e o saber fazer; o querer agir que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante no qual ele intervém e o poder agir que remete para a existência de um contexto, de uma organização de trabalho que tornem possível e legítimo que o indivíduo assuma responsabilidade e corra riscos. De facto, dos discursos dos participantes, a orientação para uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas ou para uma prática centrada nas respostas humanas dos clientes, é influenciada por fatores perfeitamente integráveis no saber agir, no querer agir e no poder agir.

A determinar uma orientação para a prática centrada na gestão de sinais e sintomas, emergiram cinco fatores. Conforme constatado por alguns investigadores (Machado, 2013; Souza, Santos e Monteiro, 2013; Benedet et al., 2016), os **ambientes da prática rotinizados** ainda constituem uma realidade no contexto hospitalar. O referido foi confirmado pelos participantes, *“num serviço de internamento, há várias rotinas que se instalam e as pessoas acabam por fazer as coisas mecanicamente e já não pensam, já não adaptam a sua forma de trabalhar à pessoa em questão”* (E23), o que se reflete numa prestação de cuidados nem sempre adequada às necessidades dos clientes, *“todos com a mesma necessidade, todas à mesma hora (...) porque existem rotinas”* (E10).

O mencionado pode ainda comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem, *“não se prestam melhores cuidados porque, no hospital, ainda estamos agarrados a uma organização por tarefas, por rotinas”* (E50), frequentemente aceites pela equipa e raramente colocadas em causa.

Para além disso, na perspectiva dos participantes, *“não é fácil estabelecer prioridades quando temos (...) uma rotina muito enraizada... nem sempre benéfica”* (E6). Neste contexto, uma atuação contrária às rotinas pode ser mal interpretada, conforme clarificado no exemplo, *“um doente que está com dores, e eu primeiro promovo medidas de conforto (...) e se calhar até vou dar o banho a seguir ao almoço: não é muito bem interpretado. Porque lá está, estamos a fugir às rotinas...”* (E6). Efetivamente, o importante é *“não sair muito das rotinas, porque tudo o que sair da rotina já é mais*

complicado” (E25). A própria organização dos cuidados de enfermagem em cada turno é determinada pelas rotinas, *“vamos funcionando (...) com algumas rotinas, em que estabelecemos prioridades também em relação a cada turno (...) os cuidados de enfermagem são organizados de maneira a dar prioridade à preparação e administração da medicação”* (E2). Neste sentido, *“no turno da tarde e no turno da noite, aquando da administração da medicação é feita a avaliação dos sinais vitais e, posteriormente, é que conseguimos olhar mais para os doentes no seu todo, tirando aquelas situações pontuais em que somos solicitados”* (E2).

Além da rotinização, os **ambientes da prática complexos** têm determinado uma orientação para modelos centrados na gestão de sinais e sintomas. Como referido pelos participantes, é muito difícil *“conseguir fazer tudo, ou pelo menos o mais importante em cada turno, a cada doente, ter a certeza (...) que são estabelecidas as prioridades certas...”* (E2) garantindo aos clientes que *“além de receberem a medicação e serem avaliados os sinais vitais é possível, pelo menos, satisfazer as necessidades humanas básicas”* (E2). Nestes contextos, *“é difícil fazer as coisas atempadamente e com calma, quando nos é exigido que cada vez façamos um maior número de tarefas em menos tempo”* (E23).

A par da complexidade inerente aos contextos da prática, a complexidade da situação clínica dos clientes internados, *“com compromisso nas funções cada vez mais difíceis de relevar com os cuidados médicos e de enfermagem”* (E3), foi realçada pelos participantes. De facto, *“as pessoas chegam (...) cada vez pior, cada vez com menos tempo na urgência, mais críticos...”* (E3); *“nós recebemos muitos doentes da urgência, que deveriam fazer o seu percurso numa unidade de curta duração ou cuidados intermédios, mas muitas vezes vêm diretos da urgência e vêm muito instáveis”* (E42).

Assim, numa fase aguda da doença, *“quer eu queira, quer não, não posso deixar de ter atenção aos processos corporais (...) Então se decidir: sou purista e só vou fazer o que é autónomo do exercício e aquilo que só eu consigo resolver (...) estava a ser um péssimo enfermeiro para os meus doentes, porque depois eles não iam experienciar o que quer que seja!”* (E3). O mencionado pelo participante clarifica a relevância de uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas, *“portanto, tenho de ter muita atenção à gestão de sinais e sintomas e saber ler, e ajudar até os colegas mais novos a ler os sinais e sintomas no contexto”* (E3). À semelhança do constatado na investigação realizada por Machado (2013), no contexto hospitalar, o compromisso dos processos corporais assume frequentemente prioridade na atenção dos enfermeiros.

Outro dos fatores que determina uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas é a **valorização das intervenções interdependentes**. Dos discursos dos participantes, a obrigatoriedade de prestar contas contribuiu para a valorização dessas intervenções,

“tem (...) a ver com a forma como estão a sentir a profissão, com a falta de visibilidade, com a desmotivação e é mais fácil não fazer (...) Na área interdependente fazem-no porque sabem que se não o fizerem vão ter o enfermeiro chefe à perna” (E14), o que nem sempre acontece no outro domínio. Efetivamente, *“na área autónoma, o não fazer não é tão prejudicial para eles (...) é capaz de ser mais crucial para o doente, mas (...) como não têm que prestar contas, as pessoas se calhar valorizam mais medir a tensão arterial num doente que está sempre normotenso, do que capacitá-lo para a gestão do regime terapêutico”* (E14). Importa referir que, na perspetiva dos enfermeiros, o mencionado tem muito a ver *“com a liderança que existe nos serviços”* (E14). Efetivamente, entre outras funções, cabe ao enfermeiro chefe responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados, sendo que neste sentido é fundamental exigir uma atuação congruente com o que deve ser a enfermagem (Potra, 2015). No seguimento do mencionado, e tal como defendido pela autora, a conceção de enfermagem que está na base do pensamento do enfermeiro gestor pode ser utilizada para influenciar o modo como ele lidera a equipa.

A perceção de que, com a implementação das intervenções interdependentes, o trabalho fica realizado, foi também evidenciado, *“os enfermeiros vêm para o local de trabalho e, muitas vezes, limitam-se às intervenções interdependentes que decorrem de uma prescrição médica”* (E20). Neste sentido, na perspetiva dos participantes, são as intervenções *“interdependentes que se valorizam mais. Se essas estiverem cumpridas, o trabalho está feito”* (E34).

A valorização da dimensão interdependente é também notada pela responsabilidade que cada enfermeiro julga estar inerente às suas intervenções. No caso das interdependentes, por exemplo, *“na medicação (...) cada enfermeiro (...) com os doentes que está responsável, porque exige muita responsabilidade (...): o meu colega ia dar a medicação que é para o meu doente, depois se se engana, eu é que estou responsável pelo doente”* (E10). O mesmo não se verifica relativamente às outras intervenções, *“posicionar não é um problema, porque é uma intervenção autónoma... e fazer o meu colega o ensino também já não há problema (...) isso eu já posso delegar ao meu colega (...) Acho que há que repensar um bocadinho isto (...) que é muito frequente”* (E10).

Na realidade, os enfermeiros *“deviam valorizar as intervenções autónomas (...) mas continuam a valorizar mais as interdependentes”* (E41). Para além disso, a facilidade com que os enfermeiros atribuem mais valor às intervenções interdependentes foi mencionada, *“o que eu acho é que as pessoas têm que pensar (...): o cuidado de enfermagem é sempre dicotómico (...) tem duas grandes dimensões: autónoma e interdependente, e os colegas são muito rápidos a valorizarem aspetos que estão muito centrados no domínio disciplinar de outras profissões”* (E14). Embora os contextos da

prática e a complexidade da situação clínica dos clientes direcionem a atenção para o que tem de ser valorizado, os enfermeiros “*são muito rápidos em hipervalorizar essa dimensão e a destituir-se de aprender a dimensão autónoma*” (E14).

Corroborando Machado (2013), não se trata da irrelevância da dimensão interdependente na ação dos enfermeiros, mas sim da atenção vincada em algumas áreas, em detrimento de outras, que efetivamente são tradutoras do core da disciplina de enfermagem.

A **priorização das intervenções interdependentes** foi outro fator identificado nos discursos dos participantes, “*mesmo que o doente esteja estável, (...) existem solicitações médicas (...) que no dia-a-dia acabam por desviá-los para outras tarefas, em detrimento de outros cuidados que são da nossa exclusiva responsabilidade (...) e acabamos por perder e descurar coisas que poderiam reforçar mais a nossa profissão*” (E53).

Os enfermeiros consideram que “*há dias em que é muito complicado conseguir fazer o básico. Porque estamos “x” elementos e temos “x” doentes com grande grau de complexidade de cuidados interdependentes e enquanto nós não conseguimos sair dos interdependentes, não conseguimos, também, passar para o outro nível*” (E5). Nestes contextos, são priorizadas as intervenções interdependentes, “*o que me pedem, o que é obrigatório eu fazer, não é o específico da enfermagem! O que me pedem, e que é obrigatório eu fazer, é o que é interdisciplinar. E, no fim, se conseguir, trabalho aquilo que é específico de enfermagem!*” (E5).

Tal como clarificado por um participante, “*às vezes, nós estamos muito pressionados a prestar cuidados e vem o médico e pede-nos qualquer coisa, até uma colheita de sangue urgente...e nós no momento até estávamos com o doente e precisávamos de estar ali*” (E18), no entanto, perante a dificuldade em gerir o tempo, os enfermeiros acabam por priorizar essas intervenções, ficando a perceção de que “*não conseguimos dar bem aquilo que o doente precisa porque estamos sempre a correr*” (E18).

Outro dos fatores que tem determinado a orientação para modelos centrados na gestão de sinais e sintomas refere-se à **organização da equipa médica**, “*nós temos médicos a ficarem aqui durante muito tempo, com muitas alterações... A dimensão interdependente veio ainda mais desestabilizar os turnos, principalmente o turno da tarde, que não era mau, mas agora é o pior*” (E14).

Embora não aconteça em todos os contextos da prática hospitalar, “*às vezes (...) estamos na enfermaria e vêm os médicos de cirurgia geral passar visita, ao mesmo tempo, vêm os médicos de cirurgia plástica e querem abrir um penso (...) estamos na enfermaria com o doente e temos várias visitas ao mesmo tempo*” (E18), o que culmina em várias solicitações, “*porque não há uma visita que comece numa ponta e acabe noutra... Não é sequencial*” (E18).

A par das particularidades inerentes à organização da visita médica, *“as solicitações médicas são inúmeras, porque a equipa médica e nisto não vejo que haja mudança, ou melhor a organização da equipa médica, reflete-se muito nos cuidados de enfermagem e na nossa organização”* (E53) e o que acontece frequentemente é que *“também destabiliza aquilo que está planeado”* (E53). No estudo realizado por Padilha (2013), um dos aspetos que os enfermeiros realçavam como influenciando negativamente os cuidados de enfermagem estava relacionado com a organização da equipa médica.

Acresce ainda que, a preocupação dos enfermeiros em trabalhar de modo a que nada falte ao cliente tem determinado a execução de atividades, frequentemente desempenhadas por outros profissionais, *“como a equipa é pequena nós tentamos de alguma forma suprir a necessidade daquela vigilância (...) mais próxima, que um médico tem de ter... Portanto, nós fazemos muito trabalho (...) de antes que chegue um médico já nós percebemos o que um doente vai necessitar”* (E40). No entanto, na sequência do referido, há a tendência para *“descurarmos o nosso”* (E11).

Para além de uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas, já desde a década de 80 foi relevado pela *American Nurses Association* (ANA) que a enfermagem é responsável pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas a problemas reais e potenciais (Johnson et al., 2009). O problema é que, até hoje, a incorporação desse pressuposto nas práticas de enfermagem, tem vindo a confrontar-se com algumas dificuldades, e se por um lado existem fatores que promovem a orientação no sentido do referido desígnio, por outro, são vários os fatores que têm condicionado essa orientação. Neste seguimento, a determinar a orientação para a prática centrada nas respostas humanas, foram identificados nos discursos quatro fatores. Apesar da complexidade inerente aos contextos da prática clínica, um dos fatores abordados pelos participantes refere-se ao esforço dos enfermeiros em prol da **valorização das intervenções autónomas**. De facto, embora reconheçam que *“grande parte da organização dos cuidados está centrada na dimensão interdependente (...) mesmo assim os enfermeiros, mesmo com essa sobrecarga, conseguem e esforçam-se (...) para prestar cuidados nessa dimensão mais autónoma”* (E14), existindo duas razões para o referido. Por um lado, *“percebem que são cuidados mais significativos para as populações”* (E14), por outro, *“percebem que estão a dar relevo a uma área que no futuro será uma forma de provar os ganhos que são sensíveis aos cuidados de enfermagem...”* (E14).

Ainda que em muitos contextos a valorização das intervenções autónomas não seja uma realidade, ficou clara a intenção de quem orienta as equipas, *“no fundo, é aqui que nós temos o reconhecimento do utente e da família enquanto prestadores de cuidados (...) e eu acho que só conseguimos fazer a diferença quando nos centrarmos naquilo que é mesmo enfermagem, e orientarmos os doentes para aquilo que é mesmo nosso...”* (E45).

Importa referir que o “nosso”, na perspetiva do participante, está centrado “*no ensino, no autocuidado, na promoção da saúde e é aqui que (...) eu gostava muito de fazer a diferença*” (E45).

Da reflexão com alguns participantes, foi consensual que no âmbito da equipa multidisciplinar, apesar das relações de colaboração estabelecidas com outros profissionais e da implementação de intervenções interdependentes, os enfermeiros não podem, nem devem, descurar as intervenções autónomas.

Nas décadas que precedem os anos 90, a profissão de enfermagem não tinha muito para oferecer, em termos de evidências científicas, no entanto, no sentido de superar essa dificuldade, nos últimos anos, os enfermeiros têm vindo a desenvolver uma quantidade significativa de estudos, cujo objetivo é clarificar a intervenção autónoma dos enfermeiros, tentando demonstrar que a enfermagem faz a diferença no cuidado das pessoas, nos seus processos de vida e nas transições que as mesmas vivenciam (Amaral, 2010).

Esta tendência de **valorização do conhecimento no domínio da disciplina** foi referida pelos participantes, “*há claramente por parte dos enfermeiros um esforço na produção de conhecimento formal em enfermagem (...) tem havido essa preocupação de produzir conhecimento relacionado com o core da disciplina (...) e esse é um aspeto muito positivo*” (E21). De facto, nos processos de investigação concretizados por enfermeiros, tem vindo a ser notado o investimento em áreas da natureza específica da enfermagem, “*as teses de doutoramento têm sido centradas no âmbito dos autocuidados, do regime terapêutico, do papel de prestador, do papel parental...*” (E21).

McEwen (2016a) referiu que o uso da teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem e proporciona um meio sistemático de recolher dados para descrever, explicar e prever a prática, constituindo na nossa perspetiva um desafio para o contexto da enfermagem em Portugal.

A **consciencialização dos contributos dos referenciais teóricos de enfermagem** foi outro aspeto evidente no discurso de alguns participantes, “*nenhum cuidado de enfermagem pode existir sem um referencial teórico*” (E9), sendo que, quando “*não temos um pressuposto teórico e uma estruturação que organize os nossos cuidados, em termos da qualidade, vai-se perder, inevitavelmente, muita coisa...*” (E9).

De acordo com Matos et al. (2011) e Shah (2015), as teorias servem de referencial para a prática profissional. Neste sentido, “*nós sabemos o que estamos a fazer mediante um referencial teórico (...) que serve de base à nossa prática*” (E18), permitindo uma atuação sistemática e intencional. McEwen (2016a) acrescentou que as teorias de enfermagem permitem que os enfermeiros se concentrem em informações importantes, deixando de lado os dados irrelevantes, o que de facto foi evidenciado na expressão, “*os modelos*

teóricos ajudam-me a clarificar quais são esses dados” (E21). Para além disso, na perspetiva da autora, os enfermeiros devem usar as perspetivas teóricas como auxílio à compreensão das informações que são importantes, como é que as informações e os dados se relacionam, o que pode ser previsto pelas relações, assim como as intervenções que são necessárias. Embora não seja generalizável, alguns participantes demonstraram perceber o sentido do referido, “as teorias de enfermagem são importantes para sistematizar a forma como vamos cuidar dos nossos doentes, ou seja, nós deveríamos saber olhar para um plano de cuidados do doente, quase só nas intervenções, e perceber quais são os problemas de enfermagem daquele doente (...) para podermos perceber quais são os resultados que vamos obter” (E3).

Para além disso, o referencial teórico *“ajuda a clarificar o alvo dos nossos cuidados (...) passamos a ser muito mais rápidos a encontrar o nosso alvo (...) e conseguimos todos clarificar o nosso papel junto do cliente... eles sabem o que é que podem esperar de nós, enquanto enfermeiros” (E21). Atualmente, e tal como ficou claro no relato, é difícil os clientes perceberem o nosso papel, “eles não sabem muito bem, hoje está cá o enfermeiro (...) vai-se preocupar com a minha recuperação (...) mas hoje não está cá esse senhor, vem outro, então vai-se preocupar se eu estou a respirar bem ou se eu estou bem disposto (...) não se vai preocupar nada com a minha família!” (E21).*

Na verdade, perante as diferentes orientações dos enfermeiros, os clientes *“não sabem o que esperar de nós e o ter um modelo teórico a orientar a nossa prática, a orientar a conceção de cuidados, sem dúvida, que é clarificador também para os utentes do que é o nosso papel” (E21). Como referido por Machado (2013), o recurso a teorias para orientar a prática contribui para uma enfermagem mais eficaz, pois permite que toda a ação decorra com base numa perspetiva, com um mesmo fio condutor.*

No âmbito dos **referenciais teóricos orientadores da prática**, dos discursos dos participantes, foi notória a influência da escola das necessidades, nomeadamente da perspetiva de Virginia Henderson, *“é óbvio que, ainda se sente muito que a teoria que molda o nosso exercício (...) será a teoria das necessidades humanas básicas, e é (...) por aí que as pessoas ainda vão validando os problemas e as suas intervenções” (E3). De acordo com este paradigma, “a pessoa não respira, portanto temos que começar a dar resposta ou não consegue comer, temos que lhe ir dar de comer. Se a pessoa tem problemas na eliminação, nós temos cuidados com a eliminação” (E3). Assim, na sequência desta influência, “vamos respondendo a problemas relacionados com as necessidades que costumam estar alteradas e (...) quando chegamos à parte documental já é uma resposta a qualquer coisa que fizemos com o nosso doente” (E3).*

Apesar do forte enraizamento da perspetiva de Virginia Henderson, nos discursos dos participantes, emergiram influências de outros referenciais teóricos, *“eu baseio-me muito*

em (...) três teorias que são para mim referência. A do autocuidado, das transições e da adaptação...” (E38).

A tentativa de aproximar os modelos expostos, mais recentemente desenvolvidos, aos modelos em uso, foi encontrada nos discursos dos participantes, *“temos pessoas que sempre trabalharam com a Virgínia Henderson (...) Neste momento estamos completamente (...) fora dessa área... pelo menos os modelos indicam outras referências... mas penso que se tem evoluído para melhorar...”* (E38).

No âmbito do exercício profissional, começam a emergir algumas mudanças, agora os enfermeiros *“pensam na pessoa, veem a pessoa de uma forma holística, não se limitam só ao doente mas há sempre aquela díade de doente-família (...) e, se calhar isso é muito fruto (...) da teoria das transições”* (E20). Efetivamente, a prática de enfermagem pode mudar e desenvolver-se sob influência de referenciais teóricos, o que, no entanto, exige reflexão, *“se calhar agora, começamos a pensar um bocadinho mais nisto como sendo aplicado à enfermagem e realmente é aplicado, mas anteriormente estávamos muito no paradigma da teoria de Orem e do autocuidado e do défice do autocuidado e, essa também faz muito sentido...”* (E20).

Foi igualmente salientado pelos participantes, que a utilização de referenciais teóricos, enquanto orientadores da prática, não está igualmente assimilada pelos enfermeiros, *“quanto à referência teórica para a prática (...) se eu disser que toda a gente interioriza e consegue refletir e falar sobre estes assuntos, claro que vou dizer que alguns com muita profundidade e muito à vontade, seguramente. A maioria, sim... não ao mesmo nível, como é evidente”* (E40).

Atendendo a que alguns enfermeiros já fizeram a formação básica de enfermagem há alguns anos e não terão posteriormente investido nesta área, é provável a existência de algumas diferenças, *“estamos a falar de um grupo profissional que vai desde os 20 e poucos anos até aos 60 anos, portanto é um grupo relativamente heterogéneo (...) eu posso dizer que a nível da prática considero muito (...) aceitável o que se passa na nossa instituição”* (E40). As particularidades inerentes às instituições, bem como o facto dos enfermeiros serem ou não incentivados a investir na sustentação teórica das suas práticas, pode fazer a diferença, *“o que se passa na nossa instituição, não me parece que seja extensível, que seja global em termos de enfermagem (...) Da experiência que eu tenho, até pelo contacto com outras realidades, com outros colegas de outras instituições (...) não me parece...”* (E40). No âmbito do referido, McEwen (2016b) considera crucial a necessidade dos enfermeiros da prática clínica serem incentivados a investir na aquisição e consolidação das perspetivas teóricas.

Ainda relativamente aos referenciais teóricos orientadores da prática, o contributo das escolas é fundamental, *“não acho que as teorias sejam algo que as pessoas*

interiorizassem (...) no entanto, com a exceção, eventualmente, de uma ou duas faculdades... de resto não acho efetivamente que a este nível as pessoas estejam muito bem documentadas..." (E40). Os discursos dos participantes deixam claro o contributo da formação efetuada nas escolas de enfermagem na definição dos modelos orientadores da prática profissional, *"como enfermeira, eu tenho uma determinada conceção de cuidados que me foi interiorizada na minha formação e que no fundo norteia aquilo que eu penso e aquilo que eu decido"* (E5); neste sentido, *"o modelo em que assenta a prática tem muito a ver com aquilo que aprenderam na Escola"* (E9). Corroborando Silva (2011, p.347), a escola *"motiva a ação num certo sentido e direção"*.

Apesar da perceção relativamente ao contributo da escola, a partir do qual *"cada enfermeiro tende a desenvolver a sua atividade tendo por base uma ou duas ou até três teorias que lhe foram apresentadas"* (E5), existem, na perspetiva dos participantes, características da personalidade que determinam a orientação concetual dos enfermeiros, *"o que eu considero, é que existem (...) independentemente da formação, também características da personalidade de cada pessoa que levam a que (...) nos faça mais sentido determinada teoria e que (...) nos norteie mais num sentido ou noutro"* (E5). Embora os referenciais teóricos de enfermagem e os instrumentos reguladores da profissão sejam um contributo significativo para a adoção de modelos centrados nas respostas humanas, há dificuldades em *"introduzir aspetos característicos dos modelos expostos que emergiram do desenvolvimento disciplinar da enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais"* (Silva, 2007, p.11). De facto, apesar da evolução da enfermagem nos últimos anos, dos discursos dos participantes, emergem fatores que têm condicionado a orientação para modelos em que haja, na perspetiva do autor, maior valorização da teoria de enfermagem.

McEwen (2016a) refere que, quando questionados sobre as teorias, os enfermeiros, os estudantes de enfermagem e, frequentemente, o corpo docente de enfermagem, respondiam com *"um franzir de sobranceiras, uma expressão de dor e um sonoro ugh"* (p.24) e quando confrontados sobre a sua reação negativa, a maioria admitiu que estudar teoria confunde, que não consegue ver o valor prático e que a teoria é, na essência, demasiado teórica.

Neste contexto, para além da linguagem não verbal de alguns dos participantes do nosso estudo ir ao encontro do referido por McEwen (2016a), verbalmente, o **conhecimento sobre os referenciais teóricos de enfermagem** foi identificado como um fator que pode condicionar uma orientação para modelos centrados nas respostas humanas.

O conhecimento insuficiente sobre os referenciais teóricos de enfermagem foi um dos aspetos evidenciado, *"eu acho que todas têm o seu contributo... agora não me consigo lembrar assim dos nomes de todas, mas eu lembro-me que umas eram mais viradas para*

o autocuidado (...) outras mais viradas para o conhecimento...” (E1); *“os colegas são capazes de saber o nome das teóricas, mas o modelo em si, o conteúdo, acho que não...”* (E25). Morais (2012), no estudo que realizou no contexto hospitalar, constatou que para além do défice de conhecimento específico de enfermagem, a compreensão dos modelos teóricos, quando existe, é superficial, aspetos que foram transversais a todos os informantes.

À semelhança do referido anteriormente, o local onde é efetuada a formação parece ser determinante, *“é espantoso perceber que também aí, mais uma vez, faz diferença realmente a formação que as pessoas tiveram, pessoas sem experiência profissional nenhuma, com os cursos relativamente recentes (...) já tinham imensas dificuldades em manifestar algum tipo de opinião relativamente a isso”* (E40). A proximidade dos participantes com outros profissionais de enfermagem facilitou a identificação de algumas particularidades relativamente ao conhecimento sobre os referenciais teóricos de enfermagem, *“algumas diziam que não se lembravam (...) nitidamente o que aparecia (...) era sempre a falar da nossa querida... Florence Nightingale... andamos ainda nesse paradigma... Portanto, nada tinha a ver com (...) os contributos dos novos pensadores da enfermagem...”* (E40).

O facto de o conhecimento sobre os referenciais teóricos estar, essencialmente, relacionado com os modelos formulados pelas teóricas pioneiras da enfermagem, pode estar a dificultar o entendimento dos enfermeiros, *“foi o nosso início, temos sempre que levar isso (...) Foram pessoas espetaculares que criaram os modelos teóricos e, só acho que não podemos continuar iguais (...) porque continuamos a pensar como há não sei quantos anos atrás”* (E31); *“as outras profissões evoluíram imenso e nós continuamos a falar de teorias do século passado”* (E4).

No âmbito de uma investigação que teve como objetivo analisar os desafios enfrentados pelos enfermeiros durante a implementação de modelos teóricos nos serviços de enfermagem, Carpinteira et al. (2014) identificaram a falta de conhecimento dos profissionais sobre as teorias de enfermagem.

No nosso estudo, a par do conhecimento insuficiente, o conhecimento pouco clarificado sobre os referenciais teóricos da enfermagem foi também evidente, *“quando tirei o meu curso ainda trabalhávamos em modelos de enfermagem da Roper e da Florence Nightingale (...) Isto teve uma evolução para a CIPE, na prática da enfermagem, e este modelo demorou bastante tempo a ser implementado”* (E16).

O entendimento incorreto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), como sendo um modelo concetual, emergiu nos discursos, *“o modelo concetual do serviço sempre foi uma coisa algo perdida (...) entretanto com o passar dos anos, com a concretização de um modelo que obrigasse todos os enfermeiros a falar a mesma*

linguagem foi positivo, pese embora eu ache que a CIPE seja um modelo concetual vazio para a prestação de cuidados de enfermagem” (E16). Decorrente desta perspetiva, emerge a dificuldade de perceber o contributo quer dos modelos concetuais, quer da CIPE®, “acho que nos modelos concetuais, as necessidades humanas básicas que se falavam antigamente, estavam muito mais ligadas às necessidades do doente do que hoje em dia. O modelo da CIPE está mais centrado na intervenção de enfermagem e não tanto no contacto e na centralização no doente” (E16).

Apesar do percurso efetuado ao longo da última década, da análise dos discursos dos participantes, depreende-se que os conteúdos relativos à CIPE® ainda não foram totalmente percebidos, integrados e consolidados pelos enfermeiros. Acresce ainda a ideia incorreta de que o referencial teórico usado no passado foi substituído pela CIPE®, o que tem gerado alguma confusão, “*aqui no hospital era Nancy Roper (...) agora com a CIPE... mudou tudo... (...) o enfermeiro nesta altura, o que faz é muitos registos... mas ainda falta adequar efetivamente os registos à situação daquele doente...*” (E45). Para além da CIPE®, os relatos denunciam que o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), também terá contribuído para a desvalorização do referencial teórico, “*quando entrei neste hospital, a teórica que se regiam era a Virgínia Henderson, das catorze necessidades. Depois, com a introdução do SAPE, isso acho que se diluiu um pouco...*” (E23).

Do referido anteriormente, depreende-se a tendência para substituir o referencial teórico, o que Huitzi-Egilegor et al. (2014), já tinham constatado entre o modelo de Virginia Henderson e as estruturas de avaliação de enfermagem. Esta tendência foi também confirmada por Luna, Concha e Escobar (2007).

Cabe ressaltar que, apesar da evolução constatada na última década, o facto de não se ter investido num referencial teórico que oriente a colheita da dados, a identificação de diagnósticos, o planeamento, a implementação, bem como a avaliação dos resultados alcançados, pode justificar parte da confusão confirmada no nosso estudo.

O conhecimento pouco clarificado sobre os contributos dos referenciais teóricos de enfermagem também foi evidenciado nos discursos dos participantes, “*a Florence Nightingale, tudo aquilo que ela envolve, eu acho que até tem a sua importância e que realmente fez nascer a enfermagem mais como é hoje. Agora, em termos de teóricas (...) eu sou mais terra a terra, e para mim, as teóricas é teóricas, mais nada...*” (E43).

Apesar de Carpinteiro et al. (2014) terem confirmado a importância dos modelos teóricos para a melhoria da qualidade da assistência, no nosso estudo, identificaram-se opiniões contrárias, “*sinceramente, na minha opinião pessoal, não acho que sejam assim tão relevantes (...) na qualidade da prestação dos cuidados...*” (E22).

A ideia de que falar das teorias é uma perda de tempo, foi enunciada pelos enfermeiros, *“eu acho que, a maioria das pessoas que eu conheço, da minha idade (...) da minha geração, acham que não tem sentido nenhum (...) é uma perda de tempo estar a falar em teorias, queremos é prática, é a informatização, é as novas tecnologias, isso é que é importante porque nós temos que acompanhar a evolução tecnológica”* (E30), reforçando que *“isso das teóricas já foi, passou à história... Penso que, algumas mentalidades que eu conheço têm essa noção...”* (E30). Na perspetiva de Rosa et al. (2010), a abordagem das teorias de enfermagem tem sido impregnada de mitos, que tornam complicada e difícil a sua apropriação, ao ponto desse conhecimento parecer inútil e inaplicável.

Na sequência de um conhecimento pouco clarificado sobre os referenciais teóricos de enfermagem, a ausência de consciencialização sobre o uso dos mesmos também emergiu dos discursos, *“nós estamos bastante mais focados naquilo que é a perspetiva da prática de cuidados baseada nos autocuidados, (...) do que alicerçados nas componentes que as teorias de enfermagem têm”* (E55). Atendendo à relevância do autocuidado nos modelos expostos (Orem, 1991), fica claro que nem sempre os enfermeiros reconhecem que utilizam uma ou mais perspetivas teóricas para a sustentação da sua prática.

Larsen et al. (2002) defenderam que os referenciais teóricos são aplicados na prática, ainda que os enfermeiros não o reconheçam, o que também foi referido pelos participantes, *“continuo a achar que os modelos, as teorias de enfermagem, são extremamente importantes para a nossa prática diária, que nós muitas vezes não temos interiorizados, mas na prática, quem sabe, encontra resultados do nosso trabalho que refletem um determinado modelo...”* (E39). Zarzycka et al. (2013) referiram que na Polónia existem poucas instituições de saúde que investem em fundamentos teóricos para a prática, no entanto, decorrente da análise aos registos e das pesquisas realizadas, foi possível constatar que os elementos das teorias estão presentes na prática de enfermagem.

Partindo do pressuposto de que nada é ateuórico, os participantes referem que *“se formos ver, indiretamente eles têm algo para orientar o pensamento deles (...) Mas eles ainda não valorizam conscientemente (...) e temos que os ajudar a crescer nesse aspeto...”* (E41), até porque *“há teorias (...) que trazidas à consciência teriam melhor benefício...”* (E46). Numa investigação realizada no contexto hospitalar, Morais (2012) constatou que que ainda que os modelos teóricos sejam valorizados, não são conscientemente integrados, nem formalmente reconhecidos no contexto da prática. Perante a dualidade – importância versus integração – foi reconhecida pelos participantes dessa investigação a necessidade dos enfermeiros identificarem os modelos teóricos que utilizam, uma vez que os mesmos lhes permitirão prestar cuidados de forma sustentada.

A percepção sobre o uso de vários referenciais teóricos de enfermagem foi outros dos aspetos que emergiu nas narrativas, *“isto é assim, a gente tem conhecimentos porque também temos obrigatoriedade face aos contextos em que estamos, saber alguns modelos e as teorias de enfermagem, com certeza. Mas, depois nós não utilizamos e, falo por mim, eu não utilizo o modelo A, o modelo B, ou modelo C... Eu acho que utilizo o mix dos mesmos...”* (E29).

Para além do conhecimento, a necessidade de **integração dos referenciais teóricos de enfermagem** na prática foi também salientado, *“trazer os modelos teóricos e fomentá-los nos contextos práticos, porque efetivamente o referencial teórico tem que ser o nosso modelo que sustente a prática... até porque será o que faz a diferença em nós sermos técnicos de enfermagem ou sermos enfermeiros...”* (E9).

Todavia, na perspetiva dos participantes, são vários os obstáculos inerentes à integração dos referenciais teóricos de enfermagem na prática. Uma das dificuldades refere-se à complexidade inerente aos aspetos que são mais específicos de enfermagem, *“é difícil porque (...) não estamos a falar de aspetos relacionados com a função, em que as premissas são mais facilmente entendíveis (...) Estamos a falar de aspetos como a gestão do regime terapêutico (...) transições para assumir papéis (...) reconstruções de autonomia; quer dizer, há uma série de premissas que são mais difíceis de encontrar”* (E21), para além disso *“o facto de existirem muitas teorias tem dificultado a sua aplicação”* (E4). Efetivamente, tal como referido por Parse (2005), a dificuldade dos enfermeiros em aplicar as teorias na prática está frequentemente relacionada com a diversidade, generalidade e complexidade das mesmas.

A percepção de que os referenciais de enfermagem são demasiado teóricos, foi apontada pelos participantes como dificultador da sua integração, *“estes modelos teóricos têm que ser adaptados à nossa prática diária (...) continuamos a ter uns modelos muito teóricos, muito rígidos, o que na prática diária, muitas vezes, leva a que os enfermeiros não os adaptem (...) e continua-se sempre a dizer o mesmo: isso é tudo muito teórico e nós não conseguimos fazer isso”* (E49). Graham (2006) referiu que muitas vezes é alegado que as teorias constituem idealizações dos professores de enfermagem ou dos investigadores, que não têm muito em comum com os enfermeiros da prática.

Outros dois aspetos que têm dificultado a integração dos referenciais teóricos de enfermagem na prática referem-se à ausência de desenvolvimento desse conhecimento pelos enfermeiros, aspeto já verificado na investigação realizada por Morais (2012), bem como à forma como o conteúdo teórico relativo aos modelos foi lecionado no contexto académico, *“acho que os enfermeiros no contexto da prática estão um bocadinho desligados desses modelos teóricos, se calhar, porque não têm facilidade em integrá-los, porque não foram desenvolver, não foram também devidamente desenvolvidos em*

contexto teórico e, principalmente, adaptados à prática...” (E9). A falta de integração entre teoria e prática, bem como a distância entre a escola e os contextos da prática, foram também confirmadas na investigação de Carpinteira et al. (2014).

Apesar do contributo das escolas, os modelos em uso nos contextos da prática influenciam negativamente a integração dos referenciais teóricos, *“mesmo que haja essa formação nas escolas, os enfermeiros recém-formados adotam sempre o mesmo modelo... eles têm sempre como principais referências os enfermeiros da prática, não são os enfermeiros da escola”* (E21).

Neste sentido, o problema é que *“quando começam a trabalhar, a própria instituição está formatada ao contrário, e eles, cedo acabam por ser vencidos (...) Porque, normalmente costuma-se dizer “se não és mais forte, (...) se não os consegues vencer, junta-te a eles” e infelizmente, nós começamos a ser influenciados nesse sentido”* (E33). Atualmente, na perspetiva dos participantes, *“não será um problema da formação, porque na formação nota-se que eles tentam inculcar esses valores e eles vêm imbuídos nessa cultura e nesse espírito, mas depois o contexto da prática é que os leva a abandonar isso”* (E33).

De facto, tal como referido pelos enfermeiros, as fragilidades parecem estar fundamentalmente relacionadas com os ambientes da prática, *“depois tem a ver com os contextos onde as pessoas trabalham, quer dizer, muitas das pessoas não encontram e, depois também não criam condições para fazer a diferença e utilizar os conhecimentos que adquiriram. Essas condições são cada vez mais difíceis de se conseguir, são cada vez mais caras aos enfermeiros conseguir essas condições...”* (E21), aspeto que já tinha sido previsto na investigação realizada por Silva (2011).

Tal como referido por Pinho, Santos e Kantorski (2007), a adesão às rotinas de trabalho da instituição é a tendência do profissional, que passivamente e sem questionar dá continuidade aos modelos encontrados, uma vez que a mudança dessas rotinas poderia gerar atritos no ambiente de trabalho. Souza, Santos e Monteiro (2013) acrescentaram que, apesar das críticas à organização do processo de trabalho nas instituições hospitalares, é frequente o conformismo e a adaptação ao que é proposto.

Perante as dificuldades enunciadas, foram várias as estratégias referidas pelos participantes. No contexto da prática o recurso à reflexão e à sistematização, constituem possibilidades consensuais, *“ter um modelo, ou ter uma teoria a orientar a conceção de cuidados requer sempre um grande esforço de reflexão”* (E21). No entanto, nem sempre são promovidos momentos para refletir, *“provavelmente por falta também da própria equipa, de vez em quando, ter espaços de diálogo para (...) pensar o que está a fazer e pensar (...) se é de facto naquela base que nós estamos a trabalhar”* (E26). Na perspetiva de Rosa et al. (2010), as reflexões sobre os modos de fazer na profissão constituem possibilidades para aperfeiçoar e amadurecer as teorias existentes na

enfermagem, não só na perspectiva de valorização da concepção teórica, mas também a sua utilidade prática no âmbito do exercício profissional.

Os participantes da nossa investigação identificaram a formação em serviço como uma oportunidade, *“de vez em quando também era preciso, naquilo que é a nossa formação em serviço... porque, quando se fala, em teorias de enfermagem, a gente acha que já sabe tudo”* (E26). McEwen (2016b) relembra que é importante que todos os enfermeiros na prática clínica sejam incentivados a expandir o seu conhecimento pela exposição permanente aos novos conceitos teóricos, seja no âmbito da educação em serviço ou nos programas de educação formal. Até porque, como confirmado pelos participantes, *“no dia-a-dia, na base ele está lá, mas (...) é capaz de necessitar de uma maior reflexão e de uma maior contextualização e aplicação e, até em termos evolutivos perceber se aquilo ainda faz sentido naquela realidade e naquele contexto...”* (E26).

Na sequência do referido, *“é provável que esse processo de reflexão tenha e faça com que os colegas olhem para os doentes de uma forma diferente e tentem abordar numa dimensão diferente, mas precisamos de coisas estruturadas (...) de coisas mais específicas para serem operacionalizáveis”* (E14). Na verdade, apesar de atualmente ainda permanecer a discussão sobre a pertinência dos enfermeiros adotarem uma teoria, ou se, de facto, múltiplas teorias serão mais adequadas, há concordância relativamente a uma premissa: *“para ser útil, a teoria deve ser significativa e relevante, acima de tudo, compreensível”* (McEwen, 2016a, p.25). O mencionado foi abordado pelos participantes, *“os modelos teóricos devem existir, mas que sejam mais simples... que os enfermeiros se revejam neles, que sejam aplicáveis... Eu sei que os enfermeiros às vezes têm dificuldade em aprofundar conhecimento, mas se estiver tudo mais sistematizado, será mais fácil e pode fazer a diferença...”* (E45).

Apesar da importância da sistematização, foi referida a necessidade de tempo para que os enfermeiros possam perceber e interiorizar a pertinência de uma prática de enfermagem baseada na teoria, em detrimento de um desempenho ancorado em rotinas e prescrições de outros profissionais, *“os enfermeiros têm de deixar de pensar que são só executores, e temos que lhes dar esse tempo também para eles não se limitarem apenas a executar, porque (...) há momentos em que o serviço está bom, damos esse tempo e nós queremos que eles cheguem e façam a diferença... mas, eles não estão habituados...”* (E41).

Atualmente, em algumas instituições, numa tentativa de melhorar a qualidade dos cuidados, tem vindo a ser realizado um esforço de incentivar uma prática profissional sustentada em referenciais teóricos de enfermagem, no entanto parece estar claro que a falta de entendimento por parte dos enfermeiros pode ter algumas consequências. Neste sentido, o que interessa *“é sempre o melhor caminho (...) e às vezes temos mesmo que*

dar um passo atrás para consolidar, para interiorizar algumas coisas, não podemos fazer de conta (...) Se nós não nos tivermos apropriado desses conceitos (...) não conseguimos ter resultados (...) é tudo uma fachada” (E41).

Efetivamente, ainda que se considere pertinente mudar de perspectiva teórica, *“não podemos ser assim pretensiosos de forma a que as pessoas mudem (...) que agora deixem de pensar na Virgínia Henderson e comecem a pensar noutra teórica... leva tempo. E temos que lhes dar tempo, não é no dia-a-dia, aí atarantados que vão refletir, temos que lhes dar tempo para parar e pensar...” (E41).*

Para além das estratégias que podem ser adotadas no contexto da prática, na perspectiva de McEwen (2016b), deve haver maior ênfase no favorecimento da interação entre teoria, pesquisa e prática. O referido foi abordado pelos participantes, *“isso exigia uma ligação de prática teoria muito maior na minha opinião... e quando eu digo prática teoria é escola, ou seja, é mesmo escola e contexto... De maneira a dizer assim: ok, vamos experimentar fazer aqui uma coisa, esta teórica, vamos implementar, vamos ver se resulta...” (E46).*

O problema é que, apesar da evolução da disciplina de enfermagem, os enfermeiros continuam com a perceção de que existe uma distância significativa entre a teoria e a prática, *“as teorias continuam a ser abordadas muito longe da prática, (...) sem os alunos conseguirem concretizar o que é o modelo na prática (...) E esse é o esforço que tem que ser feito pelas escolas e depois tem que haver nos serviços gente capaz de o (...) continuar a fazer” (E21).* Importa ainda salientar que o referido tem sido transversal aos diferentes níveis de ensino, *“eu noto esse aspeto ao nível das especialidades, quando, às vezes, falamos em teoria das transições ou autocuidado, as pessoas até fazem trabalhos sobre (...), mas agora vamos agarrar nisso e vamos trazer aqui para o serviço, não fazem. Não fazem essa transposição...” (E21).*

Os relatos dos participantes sobre o contributo das escolas sugerem a existência de lacunas, na medida em que as experiências formativas não têm promovido a integração dos referenciais teóricos na prática. A ideia já amplamente discutida no contexto de enfermagem, ao nível nacional e internacional, de que teoria e prática são vistas como duas atividades de enfermagem separadas, sendo os teóricos entendidos como os que escrevem e ensinam sobre o ideal e os práticos, aqueles que implementam os cuidados na realidade (Morais, 2012; McEwen e Wills, 2016), parece permanecer enraizada, o que justifica interpretá-la como um problema. Certo é que para responder de forma eficaz às necessidades de saúde da população é premente eliminar a distância percebida pelos enfermeiros entre a teoria e a prática. Neste sentido, para além do contributo das escolas, nos contextos da prática, a existência de enfermeiros da equipa capazes de potenciar e facilitar a mudança, parece de facto ser uma estratégia interessante.

Outro dos fatores que condiciona a orientação para modelos centrados nas respostas humanas é a **clarificação do core da disciplina** (Pereira, 2007), “*eu acho que deveria haver uma mudança... uma mudança mais clara no que é o core da disciplina (...) Quando nós falamos qual é o core da disciplina, é qual é a essência de ser enfermeiro? (...) Toda a gente deveria saber claramente qual é o seu papel nisto... O que é que faz um enfermeiro que mais nenhum profissional faz?!*” (E21).

Atendendo a que a Enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação (Silva, 2007), seria importante que estes conceitos estivessem assimilados pelos enfermeiros, o que na realidade não se tem verificado, “*quando nós falamos muitas vezes em respostas humanas, as pessoas referem “o quê?”. Eu acho que deveria ser claro?! Eu acho que a haver mudança teria que ser por aí... a clarificação deste papel, e que não existe, de maneira nenhuma*” (E21).

No âmbito da **integração do conhecimento do domínio da disciplina**, nos discursos dos participantes, destacaram-se dois aspetos distintos, por um lado a acessibilidade ao conhecimento do domínio da disciplina e, por outro, a dificuldade em aceder e em transferir para a prática esse conhecimento.

Atualmente, embora a acessibilidade ao conhecimento seja uma realidade, na perspetiva dos participantes, nem sempre existe da parte dos enfermeiros essa sensibilidade, “*eu acho que é fácil chegar a essa informação (...) A ideia de que a enfermagem é um campo concetual, com o seu conhecimento, e que está em evolução, ou seja, em que de um ano para o outro há muita coisa nova que é estudada e que se terminam teses de mestrado, e que se terminam teses de doutoramento*” (E5), parece na perspetiva do participante, ser clara entre os enfermeiros. No entanto, a “*ideia de procurar essa informação, eu acho que ainda não está bem interiorizada pelos enfermeiros!*” (E5).

Embora não seja facilmente explicável, “*parece que, depois, não há sensibilidade (...) para o que deve ser aplicado e que resultou de um estudo que trouxe conhecimento e acrescentou conhecimento à ciência de enfermagem... não é suficientemente valorizado...*” (E10). E para além de não existir essa sensibilidade, “*quando existe alguma procura ainda acaba por ser um bocado enviesada para o conhecimento médico, o conhecimento da medicina... esclarecer alguma dúvida sobre alguma patologia, algum fármaco (...) Em termos de enfermagem, só coisas muito pontuais...*” (E24).

No sentido de promover a integração do conhecimento da disciplina e o desenvolvimento de uma prática de enfermagem baseada na melhor evidência científica, Pereira, Cardoso e Martins (2012) incentivaram a criação de sinergias que visassem o estabelecimento de

parcerias com instituições de ensino, cuja intenção seria o desenvolvimento de investigação com a participação ativa dos enfermeiros dos contextos da prática clínica.

Em consonância com o referido, dos discursos dos participantes, ficou claro que *“a proximidade com as escolas tem facilitado o acesso ao conhecimento. De facto, é uma realidade deste hospital porque (...) inclusivamente já temos trabalhos em parceria, em que envolvemos os profissionais daqui, que acabam por (...) beneficiar de alguma forma com esse conhecimento”* (E44); *“estamos do ponto de vista geográfico muito perto de duas escolas (...) onde nós temos ido buscar muito desse conhecimento que é produzido e obviamente acho que temos sido beneficiados relativamente a isso”* (E14).

A par da proximidade com instituições de ensino, a evidência que é produzida pelos enfermeiros tem vindo a ser incorporada na prática de duas formas, *“tem sido um bocado ou pelos professores que vêm e (...) entraram em determinados domínios, ou porque efetivamente há um ou outro enfermeiro do serviço que quer mudar alguma coisa e faz isso no seu tempo pessoal e tenta efetivamente alterar e melhorar a prestação de cuidados...”* (E14).

Ainda que possam existir algumas estratégias, foi apontada pelos enfermeiros a dificuldade em aceder ao conhecimento do domínio da disciplina, *“nós devíamos encontrar, enquanto profissão, uma estratégia para colmatar a décalage que existe entre o conhecimento que os investigadores trazem e o conhecimento que eu tenho para levar à prática. Não tenho tempo para estudar por mim, mas há uma coisa que eu sinto! Sinto que há dificuldade em manter-me atualizado!”* (E3). Essa dificuldade em manter a atualização está principalmente relacionada com o conhecimento do domínio da disciplina, *“se é no âmbito de umas funções é fácil... há um artigo médico, para além disso convivemos com os médicos (...) no âmbito do conhecimento disciplinar de enfermagem é mais difícil”* (E3).

Outra agravante é que, quando *“queremos aceder ao conhecimento disciplinar de enfermagem, quase temos que ir a um repositório aberto de uma universidade e estar a ler uma tese de mestrado ou de doutoramento, completa, na íntegra!”* (E3). Para além disso, *“quando queremos fazer uma pesquisa de qual será a melhor intervenção para uma determinada área ou relativamente a este fenómeno que não estou bem familiarizado, tenho que fazer uma pesquisa e ler não sei quantos artigos e isso não é a melhor forma de disponibilizar”* (E14).

Como consequência do mencionado, o conhecimento que suporta o exercício profissional é frequentemente baseado noutras áreas disciplinares afins à enfermagem (Silva, 2011). Corroborando McEwen (2016b) e, tal como mencionado anteriormente, é necessário eliminar a distância percebida entre a teoria, a ciência e prática de enfermagem, até porque *“os modelos estão expostos e as pessoas usam ou não usam por diversas*

razões, mas tem muito a ver (...) também com a acessibilidade da informação, ela existe, mas a forma como é disponibilizada é mais dificultadora da incorporação no contexto” (E14).

Além da questão da acessibilidade, nos discursos dos participantes, foi notória a dificuldade em transferir para a prática o conhecimento do domínio da disciplina, “algo que me preocupa muito é saber o que deve ser feito e não se fazer. Hoje em dia, acho que há muita informação que está acessível, se calhar informação com mais qualidade, outra com menor qualidade, mas a profissão e a disciplina têm evoluído (...) mas depois não usamos essa informação” (E10). Efetivamente, como clarifica o participante “quando olhamos para os cuidados, (...) na maioria das vezes percebemos, que (...) não há transferência dos conhecimentos para a prática” (E21).

Outro dos fatores que condiciona a orientação para os modelos centrados nas respostas humanas é a **integração dos instrumentos reguladores da profissão**, perfeitamente enquadrados nos atuais desafios, “quando em alguns dos instrumentos, alguns dos documentos emanados pela Ordem (...) fica claro que os enfermeiros têm um papel importante nas respostas humanas às transições (...) nota-se alguma preocupação em mudar” (E21).

O problema está na ausência de integração desses instrumentos pelos enfermeiros, “o regulamento de competências, o REPE, os padrões de qualidade (...) há sem dúvida um distanciamento dos enfermeiros desses instrumentos todos que orientam os cuidados, orientam a profissão e, isso devia ser o início de tudo. Ou seja, quando nós temos padrões de qualidade, toda a gente devia saber sobre padrões de qualidade” (E21).

Perante esta realidade, nas narrativas dos participantes, emergiu a importância da integração dos instrumentos reguladores da profissão, “eu acho que temos que começar primeiro por nós (...) quando digo nós, é enfermagem e enfermeiros no dia-a-dia (...) conhecer aquilo que são as regras, os padrões de qualidade (...) acrescentar mais valor aquilo que fazemos e penso que é por aí” (E26).

As estratégias mais frequentemente referidas pelos participantes passavam por facilitar a incorporação dos instrumentos reguladores, no âmbito de entrevistas de orientação, “este ano quando foi (...) a entrevista de orientação de desempenho estive a falar dos referenciais da profissão, dei-lhes para a mão (...) uma lista de competências para eles verem que importância davam” (E41); no âmbito de momentos de formação, “nós também fazemos aqui formação sobre os padrões de qualidade (...) orientamos um bocadinho mais para a nossa realidade no serviço, mas temos essa necessidade (...) As pessoas, devagarinho, vão interiorizando isso... É a nossa base de trabalho” (E45); bem como pelo envio de documentação, “mando-lhes e-mails para casa com documentação (...) arranjo mil e uma estratégias para ver se os faço entender (...) agora é assim,

mudança de comportamentos leva anos...” (E41).

A **motivação para a mudança de paradigma** é outro dos fatores que tem condicionado a orientação para os modelos centrados nas respostas humanas, *“acho que a prestação dos cuidados, ainda acaba por ter, algum distanciamento e, por vezes, alguma falta de teorização (...) Isto por diversos motivos, por falta, se calhar, de algum interesse de alguns profissionais...”* (E24).

Na perspetiva de um participante, *“os enfermeiros neste momento empenham-se muito pouco, tendo em conta o mundo que é enfermagem e aquilo que podiam desenvolver em termos de prestar cuidados de enfermagem, daquilo que são, se calhar, as nossas intervenções específicas e aquelas que são autónomas”* (E20).

Muitos estudiosos de enfermagem acreditam que a prática baseada na teoria seja o futuro do enfermagem (McEwen e Wills, 2016), sendo que, de uma forma mais clara, *“pretende-se evoluir para uma prática cada vez mais baseada na teoria de enfermagem, isto é, incorporando os modelos expostos nos modelos em uso”* (Silva, 2007, p.18). O problema é que, regra geral, o enfermeiro não *“está interessado em mudar (...) porque é difícil. Pelo menos numa primeira fase é difícil de mudar (...) porque exige serem mais enfermeiros e serem melhores profissionais...”* (E21).

Apesar da falta de tempo ser frequentemente referida pelos enfermeiros, o tempo nem sempre constitui uma solução, *“é claro que os enfermeiros precisam de tempo. Às vezes, dá-se esse tempo e a pessoa não utiliza o tempo da melhor forma e perdem-se com coisas que às vezes não têm importância...”* (E50). Efetivamente, *“aquilo que se verifica, é que quando há uma quebra do movimento não se faz melhor, do que nos dias em que temos as pessoas sobrecarregadas de trabalho... portanto quer dizer que as pessoas acomodam-se de certa forma aquilo que têm de fazer (...) e não tentam evoluir, dar o passo, prestar melhores cuidados”* (E52).

No seguimento do mencionado, há a perceção de que tem muito mais a ver com a disponibilidade pessoal, do que com o tempo, *“eu prefiro que me digam “eu não tenho disponibilidade”, que às vezes não é o tempo, é disponibilidade, prefiro muito mais... porque significa que a pessoa já compreendeu que aquilo exige de si, uma determinada forma de estar...”* (E50). Portanto, *“a par da dotação dos serviços, teríamos que trabalhar a outra parte da motivação das pessoas...”* (E52).

A verdade é que a mudança de paradigma implica uma atuação diferente, e se não há tempo, *“vamos definir o que é relevante para aquele doente, naquele momento (...) e se for ver uma tensão arterial, paciência, mas se os enfermeiros são licenciados, e querem ganhar como licenciados têm que assumir um risco”* (E14). O problema é que *“não assumem o risco, mas querem ganhar como licenciados... E depois (...) efetivamente,*

não demonstram a importância do seu juízo clínico, por agir daquela forma e não agir de outra, o que faz com que depois quem perca é sempre o doente...” (E14).

O relato do participante evidencia a necessidade de realizar transformações importantes no exercício profissional, e nesta perspectiva, *“a primeira mudança, é em nós... tomar consciência que nós (...) quando estamos com o doente A e B, temos que decidir, às vezes, com quais doentes é que temos que estar, qual é o doente que precisa mais de nós naquele dia. A primeira mudança é essa!”* (E3), o que implica uma atuação com *“mais intenção e com mais consciência”* (E3).

Da análise dos discursos dos participantes, ficou claro que a consciência da referida mudança já é percebida em alguns contextos, *“eu tenho que fazer alguma coisa, também como um bocadinho responsável nesta área (...) porque os colegas juntam-se muito, por exemplo, para prestar cuidados de higiene a um doente acamado não é necessário dois enfermeiros, com conhecimento para várias coisas...”* (E34). Efetivamente, *“na casa-de-banho, se o doente precisa de ajuda é a auxiliar que vai (...) E muitas vezes, não é o doente acamado que precisa mais de nós, é o outro doente que tem potencial para melhorar (...) eu acho que, realmente, há muito a fazer e, acho que é, aqui nesta parte, que nós enfermeiros temos que mostrar os nossos cuidados e o que somos...”* (E34).

Tal como referido por Le Boterf (2005), não basta saber agir, é preciso querer agir, mobilizando os recursos necessários à concretização da mudança, *“eu acho que nós temos é que querer... porque se nós não quisermos, não fazemos (...) e, querendo conseguimos porque, se calhar já tivemos menos e conseguíamos e, agora que até temos um bocadinho mais, não fazemos”* (E29).

Outro dos fatores que condiciona a orientação para os modelos centrados nas respostas humanas é a **priorização dos cuidados centrados nos clientes**. Atualmente, é consensual a necessidade dos cuidados estarem centrados nos clientes e na família, *“o foco é cada vez mais o doente e a família, portanto sente-se isso e dá-se grande valor...”* (E13); *“antigamente nós pensávamos muito só no utente, hoje já pensamos no utente e família ou a pessoa significativa como uma unidade”* (E28).

O problema é que o tempo disponível para a prestação de cuidados centrados nos clientes não tem sido suficiente, *“nós deveríamos ter tempo para falar com o doente e com a família porque é tão importante a parte psicológica como a parte física do tratamento. Uma coisa implica a outra e isto nós com pouco pessoal não temos tempo para fazer. Fazemos a coisa em 5/10 minutos mas torna-se claramente insuficiente”* (E12). A dualidade entre a realidade e o ideal ambicionado revela-se na frustração em não conseguir responder a todas as questões dos clientes, *“as dúvidas (...) não surgem no momento, às vezes com a própria conversa, as dúvidas vão surgindo umas atrás das*

outras (...) e nós acabamos por conduzir de tal maneira a conversa que não permitimos maior abertura porque não temos tempo para esclarecer mais e isto é ingrato” (E12).

Apesar de frequentemente perceberem que a ajuda proporcionada foi insuficiente, “não conseguimos dar mais tempo e, isto para mim custa-me porque já tivemos tempo para fazer isso. Havia uma altura em que nós (...) sentávamo-nos com o doente, sentávamo-nos com a família e fazíamos as coisas com pés e cabeça porque havia quem cobrisse o outro lado a nível de trabalho e agora não temos” (E12).

De modo a colmatar a referida falta de tempo, a adaptação dos cuidados de enfermagem ao tempo disponível foi verbalizada pelos participantes, *“nós adaptamos muito os nossos cuidados ao tempo disponível, o que é incorreto. Eu não devo reduzir o tempo necessário para fazer uma coisa a um doente” (E27),* o que frequentemente culmina na substituição do cliente, *“porque se for eu a fazer demoro dez minutos, se for o doente demora meia hora (...) depois não tenho tempo para tratar dos outros” (E27).* Na verdade, *“nós andamos a correr (...) para prestar cuidados aos utentes e (...) muitas vezes, reduzimos não é a qualidade, mas é a quantidade do tempo, sobretudo, nessa execução, nessa prestação... para poder satisfazer o máximo possível” (E27),* o que de facto precisa de ser repensado.

A **necessidade em cuidados de enfermagem**, atualmente operacionalizada em alguns contextos por horas de cuidados necessárias, também tem condicionado a orientação dos enfermeiros para modelos centrados nas respostas humanas. Na verdade, *“a partir do momento que face à quantidade de horas que são necessárias houve uma grande sobrecarga (...) obviamente é impossível pedir que os enfermeiros mantenham o mesmo nível (...) A primeira coisa onde se corta, infelizmente, é nessa dimensão autónoma” (E14).*

Tal como explicitado pelo participante, *“temos instrumentos que classificam horas de cuidados, que nos dizem que este doente tem ou necessita de oito horas de cuidados de enfermagem (...) e depois temos um enfermeiro que fica com seis doentes destes de manhã ou dez doentes destes à tarde, quer dizer, é impossível” (E21).* Efetivamente, *“estamos a dizer que os doentes precisam de duzentas horas de cuidados (...) mas depois no total dos enfermeiros nas vinte e quatro horas nós conseguimos assegurar cem horas de cuidados. Portanto, quando é assim alguma coisa está mal, ou alguma coisa fica por fazer ou aquela classificação está mal!” (E21).* Há claramente uma necessidade urgente de assegurar dotações adequadas, garantindo uma prestação de cuidados congruentes com as reais necessidades dos clientes.

Conforme o regulamentado para o exercício profissional de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012a), a resposta às necessidades de cuidados dos clientes implica uma abordagem sistemática e intencional, só possível de ser devidamente concretizada com

recurso a uma metodologia científica.

No sentido do mencionado, na área temática que intitulamos de **metodologia científica de prestação de cuidados** (Quadro 16), para além da referência ao processo de enfermagem, dos discursos dos participantes, emergiram elementos inerentes à prática profissional, passíveis de serem enquadrados nas etapas do processo de enfermagem: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final (Alfaro-Lefevre, 2014).

Quadro 16 - Metodologia científica de prestação de cuidados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Processo de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Utilização do processo de enfermagem</i> • <i>Integração do processo de enfermagem</i>
Avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relevância da avaliação inicial</i> • <i>Dados transmitidos pelos clientes</i> • <i>Dados transmitidos pela equipa multidisciplinar</i> • <i>Dados relativos à pessoa doente</i> • <i>Dados relativos ao status social/apoio da família/prestador de cuidados</i> • <i>Validação e organização dos dados</i>
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relevância do diagnóstico</i> • <i>Focos relativos à pessoa doente</i> • <i>Focos relativos à família</i> • <i>Focos relativos ao prestador de cuidados</i> • <i>Focos associados às principais complicações – diagnósticos de risco</i>
Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Elaboração do plano de cuidados</i> • <i>Definição de objetivos exequíveis</i> • <i>Envolvimento dos clientes no planeamento</i>
Implementação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intervenções direcionadas à pessoa doente</i> • <i>Intervenções direcionadas à família</i> • <i>Intervenções direcionadas ao prestador de cuidados</i> • <i>Referenciar situações problemáticas à equipa de gestão de altas</i> • <i>Referenciar situações problemáticas à assistente social</i> • <i>Articular com serviços de saúde comunitários</i> • <i>Articular com instituições de apoio social</i>
Avaliação final	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem</i> • <i>Atualizar o plano de cuidados</i>

De acordo com Garcia e Nóbrega (2009), o processo de enfermagem é o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, devendo ser compreendido como um meio, e não um fim em si mesmo. Na perspetiva das autoras, a aplicação deliberada e sistemática do processo de enfermagem pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional, constituindo simultaneamente uma possibilidade de avaliação da prática profissional.

A criação do processo de enfermagem ocorreu entre 1950-1960 nos Estados Unidos da América e no Canadá, sendo que nos primeiros anos foi essencialmente desenvolvido na

área do ensino. Posteriormente, em 1970, a sua utilização foi estendida até à prática clínica (Huitzi-Egilegor et al., 2014).

Atualmente é inquestionável a valorização que o processo de enfermagem adquiriu no desenvolvimento da profissão (Souza, Santos e Monteiro, 2013; Benedet et al., 2016). À semelhança do verificado noutros países (Huitzi-Egilegor et al., 2012), em Portugal, e especificamente nas instituições hospitalares onde realizámos o estudo, a **utilização do processo de enfermagem** parece se transversal, *“em termos de evolução, nestes últimos anos penso que talvez as equipas estejam mais direcionadas (...) para a questão do processo de enfermagem”* (E38); *“nós usamos uma metodologia científica que é o processo de enfermagem e como tal (...) eu acho que nós usamos a melhor metodologia para organizar os cuidados”* (E14).

Ainda que o uso do processo de enfermagem constitua uma das competências do enfermeiro, conforme disposto no artigo 6.º do Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril), relativamente à sua incorporação na prática, parecem existir realidades distintas. Por um lado, em alguns contextos é notada uma atuação congruente com o processo de enfermagem, *“acho que já estão mais preocupados com o próprio utente, com as suas dificuldades e nos focos... e nas intervenções que depois têm que desenvolver para realmente verem se teve resultado ou não, e como é que podem, se não teve resultado, contornar essa situação e conseguirem atingir o objetivo”* (E28).

Por outro lado, como clarificou um participante, *“se o processo de enfermagem fosse seguido e estivesse integrado no espírito das pessoas e na forma de trabalhar, para perceberem porque é que ele existe e como é que funciona”* (E33), a área autónoma da enfermagem estaria muito mais desenvolvida. Efetivamente, existem situações em que é necessário investir na **integração do processo de enfermagem**.

Garcia e Nóbrega (2009) referiram que, além da complexidade inerente ao próprio processo de enfermagem, podem existir dificuldades para a sua implementação sistemática e efetiva na prática profissional. Entre essas dificuldades, destacam-se umas relativas à formação profissional e à organização do processo de trabalho dos elementos da equipa e, outras, relacionadas com o ambiente em que o cuidado profissional é realizado. No discurso de alguns participantes, foi referida a dificuldade dos enfermeiros integrarem a essência do processo de enfermagem, *“recorrem ao processo de enfermagem, obrigatoriamente, para cumprimento, ou seja, o que eu quero dizer é que eles recorrem de uma forma processual, mas não de uma forma integrada, digamos na forma de trabalhar, no espírito de trabalho do que é enfermagem”* (E33). Neste contexto e tal como referido por Benedet et al. (2016), corre-se o risco de tornar o processo de

enfermagem uma mera execução de rotina, descaracterizando-o como um processo científico.

A necessidade de existirem processos de enfermagem *standard*, conforme manifestado pelos participantes, deixa dúvidas quanto à efetividade da integração do processo de enfermagem, *“aqui, nesta organização, tivemos a Roper... e o que é que nós tínhamos com a Roper... ao longo do tempo, nós fazíamos e tínhamos registos standard para garantir que (...) se adequavam um bocadinho melhor à realidade... acho que ainda falta percorrer um bocadinho esse caminho...”* (E45), *“hoje em dia, nós sabemos que os processos de enfermagem estão quase standard por serviço (...) com intervenções por serviço e isso revela precisamente que nós não estamos a ter em consideração a pessoa e a prática personalizada... Portanto, acho que é um grande passo que temos que dar nesse sentido”* (E10).

De facto, do manifestado pelos participantes, emerge a necessidade de rever os significados, que ao longo dos últimos anos foram sendo atribuídos ao processo de enfermagem no contexto da prática profissional, tal como anteriormente sugerido por alguns autores (Freitas, Queiroz e Souza, 2007; Garcia e Nóbrega, 2009).

A primeira etapa do processo de enfermagem, apreciação inicial, ou avaliação inicial, conforme apresentada no sistema de informação em uso, está *“orientada para recolher dados que permitem inferir os diagnósticos de enfermagem e dados que podem afetar o modo de planear/implementar as intervenções”* (Silva, 2006, p.101).

A **relevância da avaliação inicial** foi referida pelos participantes, *“outra das coisas que trabalhamos e penso que a equipa está a trabalhar muito bem, é o acolhimento do doente com uma avaliação inicial (...) há sempre uma preocupação de fazer (...) uma avaliação inicial muito completa”* (E49), sendo que a forma como a mesma se apresenta depende do enfermeiro que a elabora, *“nós temos uma avaliação inicial que toca muitos aspetos e que, também dependendo da sensibilidade (...) e da disponibilidade do enfermeiro (...) poderá ser mais preenchida, com mais rigor, ou com mais critério”* (E26).

Para além da importância atribuída à avaliação inicial e à necessidade de a elaborar, há dificuldades na sua apropriação, *“eles sabem (...) que têm que fazer uma avaliação inicial, porque pensam no formulário que tem que ser preenchido e são condições que têm que estar asseguradas”* (E33). O problema é que *“não compreendem ainda muito bem porque é que têm que fazer essa avaliação inicial, porque às vezes dizem: o doente vem para ser operado a isto... Para que é que eu preciso de saber os hábitos do doente (...) e, portanto não estão imbuídos dessa cultura”* (E33).

Para a elaboração da avaliação inicial, existem **dados transmitidos pelos clientes**, *“com o doente, com a família (...) Aliás, nós aqui é mais com a família, que o doente fala pouco”* (E21). Efetivamente, apesar da condição de saúde de alguns clientes permitir que

a colheita de dados seja efetuada com o contributo dos mesmos, há contextos em que o referido é pouco frequente, *“no nosso serviço temos muitos doentes acamados e cujo nível de cognição não está bem... tento sempre naquele encontro com a família perceber o que é que queremos para aquele doente”* (E34). Tal como referido pelo participante, *“o familiar (...) conhece melhor o doente do que nós e (...) por vezes, aquilo que nós identificamos como sendo uma necessidade, pode não ser. E a capacidade que o doente tem ou que nós queremos que ele tenha, se calhar já não tinha em casa, portanto, isso é importante”* (E43).

Para além do cliente e família, os dados também podem estar disponíveis no processo clínico, podendo, simultaneamente, existir **dados transmitidos pela equipa multidisciplinar**, *“eu tento reunir o máximo de informação (...) tanto a nível do que já é conhecido no processo clínico, como na informação passada pelo colega”* (E32). De facto, a informação relativa ao cliente *“chega-nos de várias formas. Temos por um lado a equipa médica, que vem falar connosco (...) Temos depois a parte da equipa social, que também está sempre aqui (...) E depois com outros colegas (...) que até já conhecem aquele doente”* (E18).

No que concerne aos **dados relativos à pessoa doente**, recolhidos durante a avaliação inicial, os mais frequentemente identificados pelos participantes foram: o nível de escolaridade e a capacidade de aprendizagem, *“temos tido em conta o (...) nível de escolaridade e a capacidade de aprendizagem do utente”* (E19); as crenças e os valores, *“para mim o mais importante é (...) aquilo que as pessoas têm interiorizado, as crenças, os valores”* (E5); a dependência ou independência no autocuidado, *“saber como o doente era em casa relativamente aos autocuidados, ou seja se era dependente ou independente, é fundamental”* (E4); a consciencialização sobre a doença, *“nós, aqui fazemos sempre aquela avaliação inicial ao doente, o que é que ele sabe, o que é que ele não sabe, se está consciencializado, se sabe a doença que tem. Há muitos doentes (...) com DPOC cinco, seis anos e, eles não sabem o nome da doença sequer”* (E34); o conhecimento, *“os conhecimentos que o doente tem (...) também são muito importantes”* (E5); e o potencial de recuperação e readaptação, *“para mim (...) o potencial que têm para recuperarem, para se readaptarem a uma nova situação, faz toda a diferença, independentemente da gravidade e da situação em si”* (E5).

Os **dados relativos ao status social/apoio da família/prestador de cuidados**, foram também evidenciados no discurso dos participantes, *“cada vez mais recebemos pessoas que vivem sozinhas, que vivem com familiares idosos e a nossa primeira preocupação é saber qual é a situação social desta pessoa”* (E40).

A identificação do prestador de cuidados no momento da avaliação inicial foi uma preocupação manifestada, *“tenho que saber dizer quem é o potencial prestador de*

cuidados que irá ser responsável por essa pessoa após a alta e desde logo começar a fazer o planeamento de alta... portanto, essa é a nossa preocupação (...) sabemos da importância desses dados” (E40).

Neste sentido, a avaliação inicial incluiu também dados relevantes sobre o potencial do prestador de cuidados, *“fazemos as questões todas relacionadas com a pessoa significativa (...) se tem conhecimentos suficientes para poder cuidar deste familiar em casa, podemos a partir daí, planear a alta, perceber se perante esta situação o familiar está preparado para o receber, se não, sinalizamos logo” (E45).*

A **validação e organização dos dados** foi abordada nos contextos em que existe enfermeiro de referência, *“a avaliação inicial é realizada pelo enfermeiro que cá está. Pode não ser pelo enfermeiro de referência. O que acontece é que a próxima vez, a seguir à admissão, que o enfermeiro está com aquele doente, vai validar se a colheita de dados está correta, se foi tudo validado e completo” (E17).*

Após a avaliação inicial, a segunda fase do processo de enfermagem corresponde ao diagnóstico. Na versão beta da CIPE® (ICN, 2000), as áreas de atenção da prática de enfermagem apareciam divididas em dois domínios: função e pessoa. A **relevância dos diagnósticos** no domínio da função emergiu do discurso dos participantes, *“os diagnósticos que formulam, que identificam, são essencialmente na área da função e aí não têm dúvidas” (E21).* De facto, *“se identificassem diagnósticos no âmbito da pessoa, aspetos mais relacionados com o processo de adaptação, (...) com a assunção de papéis do prestador de cuidados, iríamos discutir mais (...) Aliás, as poucas vezes que discutimos sobre diagnósticos de enfermagem tem a ver com estes aspetos” (E21).*

Do referido, fica claro que a identificação de diagnósticos de enfermagem, em áreas do core da disciplina, promove a reflexão e a discussão sobre a natureza da profissão. Machado (2013), numa investigação realizada no contexto hospitalar, constatou que o domínio das funções assumia particular representatividade na documentação global das necessidades dos cuidados de enfermagem. Da análise dos discursos dos participantes, emergiram dados que corroboram os encontrados pela autora, *“uma grande parte (...) daquilo que nós fazemos aqui (...) é centrado na função” (E14);* e apesar da evolução no âmbito dos sistemas de informação, *“essa melhoria na documentação não nos vem descentrar do que são os focos da função” (E21).*

Tal como no estudo realizado por Silva (2006), os participantes manifestaram dificuldade em identificar diagnósticos no domínio das emoções vividas pelos clientes, *“o que é certo, é que nós próprios, no nosso dia-a-dia, o que nós temos mais tendência é (...) o doente tem uma ferida, está agitado (...) As partes emocionais, eu acho que, de alguma forma, todos nós ainda as descurámos e ainda precisa ser muito focada (...) se formos a ver os nossos registos, poucos focos nesta área são levantados” (E28).*

No âmbito dos **focos relativos à pessoa doente** mais frequentemente mencionados, o autocuidado apresentou uma relevância bastante significativa, *“muitos dos problemas identificados estão relacionados com os diferentes autocuidados”* (E4). Tal como no estudo realizado por Brito (2012), no contexto hospitalar, o autocuidado constitui o foco a que os enfermeiros mais recorrem para descrever os cuidados de enfermagem prestados aos clientes.

No sentido de traduzir as necessidades dos clientes no domínio do autocuidado, constatámos que é frequentemente associado o juízo dependência, *“para todos os doentes quando entram, nós temos que ver qual é o grau de dependência que ele tem”* (E35), sendo que *“o grau de dependência é avaliado em relação a todos os autocuidados”* (E4). O referido está em consonância com os resultados obtidos por Duque (2009), Brito (2012), Machado (2013) e Padilha (2013), denotando a influência da “Escola das Necessidades” na prática dos enfermeiros (Silva, 2006; Pereira, 2007).

As áreas de atenção, do domínio da função, mais frequentemente referidas, foram a dor, *“nós aqui temos muito, a dor aguda (...) mas também temos a dor crónica”* (E41); a deglutição, *“quando o doente já não apresenta alterações na deglutição”* (E20); e a dispneia, *“às vezes, a nossa intervenção depende do doente apresentar ou não dispneia, o que aqui é muito frequente”* (E4).

A consciencialização, o conhecimento, a capacidade e a gestão do regime terapêutico traduzem áreas de atenção a que os enfermeiros têm vindo gradualmente a atribuir mais relevância. Ainda que menos mencionadas, importa salientá-las, uma vez que evidenciam o esforço dos enfermeiros em identificar focos de atenção no âmbito do core da disciplina de enfermagem.

Neste sentido, *“a consciencialização para a sua nova condição de saúde”* (E21), *“o conhecimento sobre a doença”* (E4), *“a capacidade para o fazer sozinho, sem ajuda do enfermeiro”* (E39) e a importância de *“trabalhar a gestão do regime terapêutico”* (E5), constituíram as áreas a que os enfermeiros recentemente têm atribuído valor.

No que se refere aos **focos relativos à família**, os enfermeiros evidenciaram dificuldade em enunciá-los, estando na maioria das vezes direcionados para um único membro da família, aquele que designámos por membro da família prestador de cuidados (ICN, 2010) e que de acordo com o ICN (2016a), adotou a designação de familiar cuidador. Numa investigação realizada no contexto hospitalar, Monteiro (2010) considerou que a abordagem à família enquanto cliente é algo utópico no contexto em estudo. Vários autores têm vindo a constatar que apesar do desenvolvimento teórico e da abertura dos hospitais às famílias, os cuidados de enfermagem continuam centrados no indivíduo e não na família como cliente (Martins et al., 2010; Oliveira et al., 2011; Fernandes et al., 2015), o que de facto também foi confirmado no nosso estudo.

No que concerne aos **focos relativos ao prestador de cuidados**, destacou-se o “*papel de prestador de cuidados*” (E21), o conhecimento e a capacidade, “*para além de ter conhecimento é importante que tenham capacidade para aprender e para fazer*” (E4).

Embora a abordagem ao prestador de cuidados, como cliente e não como recurso para assegurar cuidados, tivesse sido pouco referida pelos participantes, no âmbito de uma aproximação aos modelos expostos, importa considerá-la, “*a verdade, é que nós sabemos que existem inúmeros estudos que mostram que temos que olhar para o prestador de cuidados e temos que tratar do prestador de cuidados como um cliente e não como um recurso. Na forma até o vemos como um cliente, mas na substância, tratamos dele como um recurso*” (E14), o que merece reflexão.

No seguimento do mencionado, o exemplo do participante traduz a frequência com que abordamos o prestador de cuidados como cliente, alvo dos nossos cuidados, “*um prestador de cuidados que nunca tinha sido abordado daquela forma e em que eu me centrei na dimensão do stress (...) e como estava a tratá-lo na substância como um cliente, ele ficou muito espantado porque (...) “não sabia que os enfermeiros faziam isso”...*” (E14). Há efetivamente uma dicotomia entre os modelos expostos na teoria e os modelos em uso no contexto hospitalar.

Ainda relativamente à categoria diagnóstico, decorrente de uma prática centrada na prevenção de complicações, os focos de atenção, a que mais frequentemente se associa o juízo da probabilidade, referem-se à queda, à úlcera de pressão, à aspiração, à maceração e à infeção. Neste sentido, os **diagnósticos de risco** mais frequentemente identificados nos discursos foram “*risco de queda*” (E48); “*risco de úlcera de pressão*” (E25); “*risco de aspiração*” (E21) “*risco de maceração*” (E3) e “*risco de infeção*” (E9).

Machado (2013), numa investigação realizada no contexto hospitalar, identificou como áreas de particular interesse a dependência nos autocuidados e o papel do prestador de cuidados e com idêntica relevância os diagnósticos associados às principais complicações, de que são exemplo a dor, a aspiração, as quedas e as úlceras de pressão, o que corrobora os dados encontrados no nosso estudo.

No âmbito do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012b), após a apreciação dos dados relevantes para a conceção de cuidados, o enfermeiro deve formular o plano de cuidados. Decorrente da análise dos discursos, relativamente à terceira fase do processo de enfermagem, designada por planeamento, ficou clara a preocupação dos enfermeiros concretizarem tal desiderato, “*temos um plano de cuidados*” (E38); “*eu penso que estamos a caminhar num bom sentido e, que os nossos planos de cuidados estão a deixar de fora aquilo que é supérfluo e desnecessário e que estamos a focar-nos no essencial*” (E26).

Aquando da **elaboração do plano de cuidados**, apesar do foco no cliente, “o plano de cuidados (...) é focalizado para aquele doente” (E52), a concepção de cuidados de enfermagem centrada no processo de doença ainda prevalece, “há sempre o acolhimento do doente (...) e a partir daí é feito o (...) plano de cuidados em função da patologia que o doente tem e das patologias colaterais” (E11). Importa referir que em alguns contextos é ainda notada a dificuldade em elaborar os planos de cuidados, “nem sempre é fácil nos serviços instituir (...) o chamado plano de cuidados” (E35).

A preocupação com a **definição de objetivos exequíveis** foi mencionada pelos participantes, sendo efetivamente um aspeto importante, “ter um objetivo real, exequível (...) se tivermos uma coisa muito utópica, uma coisa irreal... primeiro virá a frustração porque não conseguimos lá chegar, frustra-nos a nós (...) que não conseguimos, frustra o utente e a família porque também estavam à espera de mais” (E28).

Ainda de acordo com o regulamentado, a formulação do plano de cuidados, sempre que possível, deve ser concretizada com a colaboração dos clientes e cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2012b). A importância do **envolvimento dos clientes no planeamento** foi relevada pelos participantes, “que interessa eu estar a pôr no plano de cuidados, uma coisa que não foi negociada com o doente (...) temos que envolver e os enfermeiros envolvem a pessoa (...) na tomada de decisão sobre os seus cuidados” (E41), o que demonstra que neste contexto os enfermeiros têm vindo a adotar práticas que a evidência científica anuncia como oportunas. Para além disso, de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), os mesmos devem ser ativamente implicados no processo de cuidados, uma vez que só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença.

Apesar da relevância atribuída ao envolvimento dos clientes, nem sempre é fácil a sua concretização, “acho que é importante (...) primeiro negociar com a pessoa exatamente aquilo (...) que vamos planear a nível de intervenções, porque muitas vezes, nós somos um agente externo que chega ali e determina um plano de cuidados (...) que apenas dá indicações e já está” (E10), no entanto, “a carga de trabalho é cada vez maior e, nós temos que fazer um maior número de coisas em menos tempo e, às vezes, essa parte de questionar a pessoa, de validar esses pontos com a pessoa, falha” (E23).

O envolvimento do prestador de cuidados também foi valorizado nos discursos, “no serviço de medicina é mesmo necessário que o prestador de cuidados seja incluído em todo o planeamento, desde a admissão até à alta (...) e quando as coisas correm bem a satisfação é mútua, tanto do prestador de cuidados, como do cliente” (E20).

No âmbito da implementação, quarta fase do processo de enfermagem, dos discursos dos participantes, emergiram as intervenções mais concretizadas. Neste sentido, das

intervenções direcionadas à pessoa doente mais frequentemente salientadas pelos participantes, é de destacar: assistir o autocuidado, ensinar e instruir estratégias adaptativas para o autocuidado, incentivar o autocuidado, ensinar e instruir sobre o regime terapêutico, ensinar sobre exercícios respiratórios, ensinar e instruir sobre cuidados às ostomias, consciencializar sobre a doença e ensinar sobre a doença. Nesta perspetiva, fica explícito que os enfermeiros orientam a sua ação no sentido de promover o autocuidado, de proporcionar conhecimento sobre a doença e gestão da mesma, bem como treinar habilidades para lidar com alterações decorrentes do processo de doença ou do próprio tratamento, com a intencionalidade de promover a adaptação à nova situação de saúde.

Relativamente às intervenções no domínio do autocuidado, é possível identificar perspetivas diferentes, uma que deriva *“da substituição da pessoa, ou no atender a pessoa naquele autocuidado, muitas vezes ainda centrado naquilo em que ela é incapaz de fazer”* (E3), como consequência de um episódio agudo de doença, *“e depois à medida que a própria doença vai evoluindo, e quando estamos a assisti-los no autocuidado (...) vamos ajudando as pessoas a perceber que estão a ficar melhores”* (E3). Neste sentido, de uma abordagem centrada na substituição do cliente, variando entre um sistema totalmente ou parcialmente compensatório (Orem, 1991), importante no âmbito da gestão de sinais e sintomas da doença, evolui-se para uma fase de consciencialização da evolução favorável do processo patológico, e, conseqüentemente, de promoção do autocuidado. No fundo, o cliente, ao confrontar-se com as atividades de autocuidado que consegue ou não concretizar, toma consciência da própria evolução (Brito, 2012).

Ainda no domínio do autocuidado, uma outra perspetiva, baseada no conhecimento e nas capacidades dos clientes, emergiu nos discursos dos participantes, *“no serviço de medicina (...) nós trabalhávamos estratégias adaptativas, trabalhávamos a potencialização do doente para melhorar o seu autocuidado”* (E5), sendo que nesse sentido, *“ensinar e treinar estratégias adaptativas, para promover a capacidade dos doentes para o autocuidado, é o nosso dia-a-dia”* (E4). O referido passa muitas vezes por proporcionar ajuda profissional aos clientes no momento em que vão tomar banho no chuveiro, *“são aqueles doentes que precisam mais de nós na casa-de-banho para os ajudar nas atividades, no autocuidado todo”* (E34), sendo que *“é nesse momento que ensinamos mais estratégias”* (E4). No âmbito do referido, Brito (2012) lembra que a aprendizagem de novas competências de autocuidado pode fazer-se de duas formas, por tentativa-erro ou com recurso à ajuda profissional, sendo que a primeira só existe quando a segunda não é disponibilizada em tempo apropriado. Para além disso, na perspetiva da autora, a ajuda profissional torna mais célere e segura a realização das atividades de autocuidado.

Nas situações em que existe comprometimento transitório à concretização das atividades de autocuidado, foi atribuída relevância à intervenção incentivar o autocuidado, *“no pós-operatório destes doentes, no dia a seguir à cirurgia são logo incentivados a tentar levantar-se, sentar-se na cadeira, para no dia dois, já serem capazes de se autocuidarem. Portanto, o levante é muito precoce (...) e tudo é feito para que o doente seja incentivado a se autocuidar”* (E51).

As intervenções, no domínio da gestão do regime terapêutico, são essencialmente do tipo ensinar e instruir, *“no nosso serviço temos doentes com patologias do foro respiratório e aquando da alta, muitas vezes, têm de fazer os inaladores para o domicílio e nós fazemos o ensino (...) temos inaladores que não têm o medicamento para fazermos o ensino de como é que eles têm de fazer no domicílio”* (E15). No âmbito desta área de atenção, importa também referir a importância atribuída pelo enfermeiro à técnica executada pelo cliente na administração da terapêutica, *“se é um doente que já faz no domicílio, às vezes o que acontece é que eles têm uma má técnica no domicílio. É pedido à família para trazer os inaladores, e nós juntamente com o doente, supervisionamos, explicamos como é que eles têm de fazer”* (E15).

Com a intenção de capacitar o cliente a lidar com alterações decorrentes do processo de doença ou do próprio tratamento, os enfermeiros implementam frequentemente intervenções do tipo ensinar, *“ensinamos determinados exercícios respiratórios, é uma forma de o doente se ir mantendo saudável por muito mais tempo”* (E28); para além disso, há *“ensinos que fazemos diariamente (...) aos doentes que ficam colostomizados”* (E8).

No âmbito do processo patológico, a intenção de promover a consciencialização e o conhecimento sobre a doença foram os aspetos mais valorizados, *“consciencializar que eles têm aquela doença”* (E34), e investir, por exemplo, no *“ensino ao doente sobre a diabetes”* (E42).

No âmbito das **intervenções direcionadas à família**, dos discursos dos participantes, foi notória a preocupação na preparação da família para receber a pessoa doente em casa, especialmente quando a intenção inicial dos familiares era a integração do cliente numa unidade da RNCCI. Como clarificado no relato, *“quando nós dizemos que as famílias (...) começam a pensar na rede dos cuidados continuados, muitas vezes, começam a pensar na rede porque não têm alternativas que devem ter da parte da equipa de enfermagem e, nós temos aqui, situações de pessoas que estão inscritas na rede e foram para casa”* (E21). Isto porque a alternativa passa por intervirmos no sentido da *“família perceber que está preparada para receber aquela pessoa”* (E21).

Reconhecendo a importância da ajuda profissional proporcionada à família, da análise dos discursos, emerge a preocupação com a própria estrutura familiar, *“às vezes temos*

que agilizar as estruturas familiares... a estrutura familiar não está preparada para receber o doente nas condições em que ele vai (...) e às vezes a própria família não é capaz de se coordenar entre ela sem a nossa ajuda” (E37).

No estudo realizado por Brito (2012), o envolvimento de diferentes membros da família foi entendido como positivo, uma vez que para além de constituir uma garantia de mais suporte, pode ser uma possibilidade de divisão de tarefas. Da análise das narrativas, emergiram situações reveladoras da intenção dos enfermeiros envolverem a família, algumas vezes com o intuito de ensinar, *“sempre que nós temos familiares minimamente predispostos para tal, eu solicito sempre a ajuda deles para os posicionar, quer para lhes mudar a fralda, quer para os limpar (...) para lhes explicar, quer a maneira de os posicionar, quer a maneira de os puxar” (E16)*, mas também numa perspetiva de prevenção de complicações, *“porque acontece que as pessoas têm muito o hábito de quando vão puxar um doente para o posicionar numa cama pegam-lhe no braço e puxam pelo braço para trás e (...) qualquer dia partem-lhe o braço” (E16).*

A preocupação dos enfermeiros em dotar os membros da família de conhecimentos, capacidades e recursos que lhes permitam ajudar o familiar dependente quer no domínio do autocuidado, quer na prevenção de complicações, para além de ser importante para a pessoa doente, contribui para uma transição personalizada e de qualidade (Petronilho, 2007).

Tal como mencionado anteriormente, é pouco frequente a abordagem da família enquanto cliente, sendo que na perspetiva de Fernandes et al. (2015), as intervenções de enfermagem dirigidas à família, em contexto hospitalar, estão fundamentalmente direcionadas para o entendimento da família como um recurso para a desospitalização, o que de facto também foi constatado no nosso estudo.

Reconhecida a importância da família na continuidade de cuidados à pessoa doente, em algumas situações, constatou-se uma preocupação em preparar especificamente as pessoas da família que assumem o papel de prestador de cuidados, identificadas frequentemente nos discursos como “cuidadores”, *“fazemos com que eles venham logo com o futuro cuidador, com a pessoa que vai ficar a tomar conta deles” (E27).*

A preocupação dos enfermeiros em preparar o membro da família prestador de cuidados para o desafio inerente ao desempenho do novo papel foi evidenciado nos discursos, *“tentamos de alguma forma colmatar as suas necessidades e antever um bocadinho aquilo que eles vão ter como problemas depois no domicílio, para que consigamos logo fazer uns ensinios” (E28).* Conforme enunciado por Machado (2013), de uma ênfase centrada quase exclusivamente nas necessidades do cliente, tem-se evoluído no sentido de atender às necessidades da pessoa que vai assumir o papel de prestador de cuidados, *“nós não temos só que cuidar do doente, mas também da pessoa que está*

com ele, ou que depois vai ficar com ele em casa e que tem que dar continuidade aos nossos cuidados posteriormente, após a alta” (E28).

Decorrente do juízo clínico formulado relativamente ao conhecimento e capacidade do membro da família prestador de cuidados, a relevância atribuída à ação do enfermeiro foi evidente nas intervenções de enfermagem do tipo ensinar e treinar, *“aquilo que fazemos com mais frequência, é ensinar e treinar o prestador de cuidados para lavar, posicionar, transferir e também para alimentar por sonda nasogástrica” (E4).* De facto, as **intervenções direcionadas ao prestador de cuidados** são essencialmente orientadas para a sua capacitação para o processo de tomar conta.

A possibilidade de prestarem cuidados durante o internamento foi evidenciada nos discursos dos participantes, *“tenho proposto (...) que os próprios cuidadores venham durante o internamento ajudar a cuidar do doente, portanto ajudá-lo a levantar, a dar-lhe banho, a fazer marcha... No fundo para quê?! Para lhes retirar o medo de “não sei como vou fazer” e houve alguns que, realmente vieram” (E27),* sendo que, às vezes, *“é um bocadinho difícil por causa da disponibilidade das pessoas e da questão do trabalho” (E27).*

Relativamente ao papel do prestador de cuidados, à semelhança dos resultados obtidos por Brito (2012), constatámos que a preparação para o mesmo, quando existe, está direcionada para o complemento daquilo que o cliente não consegue fazer, não visando a reconstrução da autonomia do familiar doente. Tal como referido por vários autores (Petronilho, 2007; Silva, 2011; Brito, 2012), o encontrado fica aquém do expectável no processo de facilitação da transição para o papel de prestador de cuidados, que se inicia no contexto hospitalar.

Decorrente de uma política de internamentos cada vez mais curtos, habitualmente o papel de cuidador de um familiar cabe aos membros da própria família (Monteiro, 2009; Ribeiro, 2011). No entanto, no decurso das alterações demográficas e da estrutura familiar, tem vindo a constatar-se um comprometimento (cada vez maior) da disponibilidade dos familiares em prestar cuidados. No contexto hospitalar, a constatação dessa realidade passa, muitas vezes, por referenciar a situação à equipa de gestão de altas ou à assistente social.

Relativamente à intervenção **referenciar situações problemáticas à equipa de gestão de altas**, os participantes reconhecem a necessidade de a implementar o mais precocemente possível, *“durante os primeiros dias de internamento, é necessário confirmar se os doentes têm critérios para serem referenciados ou não” (E4),* e efetivamente, *“recorremos à equipa de gestão de altas, porque muitos doentes necessitam de encaminhamento para unidades de cuidados continuados (...) é uma articulação que fazemos diariamente perante situações problemáticas” (E55).*

Em relação aos clientes que vivem sozinhos ou em situações de insegurança ou fragilidade, a intervenção **referenciar situações problemáticas à assistente social** foi frequentemente encontrada nas narrativas dos participantes, *“o doente entrou e eu apercebi-me que ele vive sozinho... articulamos com a assistente social, e a assistente social vem cá”* (E12); *“se vive em condições de insegurança ou de fragilidade, é imediatamente referenciado para o serviço social para desde logo acautelar para a situação do pós-alta, nomeadamente para recursos na comunidade”* (E40).

As situações de negligência e/ou maus tratos são também frequentemente referenciadas à assistente social, *“situações de negligência nítida por parte de familiares, situações de maus-tratos, (...) mesmo que clinicamente o médico diga que tem alta no dia a seguir, eu digo que não sai, enquanto essa situação não estiver salvaguardada”* (E40), ou seja, enquanto do ponto de vista social não estiverem garantidas as condições necessárias.

Apesar das dificuldades inerentes à articulação com outras instituições, já constatadas na investigação realizado por Padilha (2013), emergiu nos discursos dos participantes a necessidade de em algumas situações, se **articular com serviços de saúde comunitários**, *“quando fico preocupada com a continuidade de um determinado cuidado, acabo por telefonar para o centro de saúde”* (E4). Ainda que o desenvolvimento de competências de autocuidado ou de gestão de regime terapêutico dos clientes e da família deva começar no contexto hospitalar, só em casa haverá a confrontação com as reais necessidades (Brito, 2012). Atendendo a que atualmente não há possibilidade de assegurar a continuidade de cuidados com os profissionais de enfermagem que conheceram os clientes no contexto hospitalar, uma das estratégias é recorrer aos profissionais dos serviços de saúde comunitários, na tentativa dos mesmos conseguirem colmatar as lacunas ainda existentes, o que também não tem sido fácil.

Tal como sugere Brito (2012), o estabelecimento de canais de comunicação direta com os serviços deveria ser uma estratégia a considerar para facilitar o regresso a casa e evitar a necessidade dos clientes recorrerem às instituições de saúde.

Relacionada com o contexto para onde o doente vai após a alta hospitalar, também foi referida a necessidade de se **articular com instituições de apoio social**, *“quando os doentes vão para um lar, há lares que não estão preparados para determinadas intervenções... nós contactamos os colegas... no sentido de lhes dizer que a situação do doente é assim... que precisa destes cuidados”* (E49).

Por fim, no âmbito da avaliação final, quinta fase do processo de enfermagem, **avaliar os resultados das intervenções de enfermagem** deveria na perspetiva dos participantes ser mais notória, *“não há aquele feedback que eu gostava que houvesse... o doente já começou a fazer assim (...) e já está apto a ir para casa (...) Eu acho que isso é que podia fazer (...) a diferença na nossa prática”* (E45); efetivamente, há a perceção de “que

o enfermeiro não tem sensibilidade para ir avaliando e documentando as intervenções que executa” (E4).

Conforme descrito no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012b), é crucial rever e reformular o plano de cuidados regularmente. A necessidade de **atualizar o plano de cuidados** foi evidente no discurso dos participantes, *“com o aparecimento de novos dados é necessário reavaliar o plano de cuidados” (E2); “às vezes, poderá não ser com aquelas intervenções que nós conseguimos bons resultados. Podemos ter que fazer uma avaliação novamente, mudar as intervenções, para conseguirmos chegar ao objetivo” (E28).*

Apesar dos enfermeiros atribuírem valor à atualização dos planos de cuidados, nem sempre o fazem, *“às vezes as intervenções não estão adequadas aos diagnósticos, ou então os diagnósticos não estão atualizados” (E4).* Na perspetiva dos participantes, a condição de saúde do cliente também influencia a atualização do plano de cuidados. Assim, no caso de doentes *“que tiverem realmente potencial para aprender e tiverem capacidade para aprender, nós estamos muito mais despertos para esta avaliação e atualização. Agora, quando são aqueles doentes que já chegam dependentes, continuam dependentes, que o prestador de cuidados é prestador de cuidados há dez anos, isto passa assim um bocadinho ao lado” (E20).*

A par da qualidade da conceção e da prestação de cuidados de enfermagem, a qualidade da documentação dos referidos cuidados é um aspeto essencial, evidenciando frequentemente particularidades relativas à sustentação das práticas dos profissionais de enfermagem.

Nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática **processo de documentação dos cuidados de enfermagem**, emergiram como categorias: sistemas de informação informatizados, fatores que condicionam a valorização dos sistemas de informação informatizados e fatores que condicionam a documentação dos cuidados de enfermagem (Quadro 17).

Quadro 17 - Processo de documentação dos cuidados de enfermagem

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Sistemas de informação informatizados	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Garantia da continuidade dos cuidados</i> • <i>Visibilidade dos cuidados de enfermagem</i> • <i>Qualidade dos registos</i> • <i>Recurso a linguagem classificada</i> • <i>Facilitador da utilização do processo de enfermagem</i> • <i>Acessibilidade à informação relativa aos clientes</i> • <i>Instrumento de gestão</i> • <i>Facilitador da investigação</i>
Fatores que condicionam a valorização dos sistemas de informação informatizados	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Atualização do sistema de informação informatizado</i> • <i>Complexidade do sistema de informação informatizado</i> • <i>Adequação do sistema de informação informatizado aos contextos</i> • <i>Conhecimento sobre o sistema de informação informatizado</i> • <i>Tempo para registos informatizados</i>
Fatores que condicionam a documentação dos cuidados de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Valorização da documentação dos cuidados de enfermagem</i> • <i>Conhecimento sobre a importância da documentação dos cuidados de enfermagem</i>

A utilização de sistemas de informação em suporte eletrónico tem vindo a aumentar de forma significativa, realidade à qual a enfermagem não tem ficado alheia. Decorrente de trabalhos pioneiros realizados em Portugal (Silva, 2006; Sousa, 2006), o SAPE e, mais recentemente, o SClínico[®], constituem os aplicativos mais usados pelos enfermeiros na documentação dos cuidados planeados e executados.

Ainda que não tenham sido implementados de forma simultânea em todas as instituições hospitalares, o que determina um tempo de utilização diferente em cada uma delas, o contributo dos sistemas de informação informatizados para a qualidade dos cuidados de enfermagem foi referido pelos participantes, “*nestes últimos tempos sinto que uma mais-valia para garantir a qualidade dos cuidados foi na realidade a alteração dos nossos registos de enfermagem*” (E13).

Nas investigações realizadas por vários autores (Silva, 2006; Sousa, 2006; Mota, 2010; Mota, Pereira e Sousa, 2014), foi possível constatar que o sistema de informação favorecia a **garantia da continuidade dos cuidados**, facto também relevado pelos participantes, “*atualmente, o sistema é uma garantia da continuidade dos cuidados, havendo menos esquecimentos*” (E4), isto porque, “*o registo obriga-nos um bocadinho a que a continuidade seja cumprida*” (E30).

Numa investigação realizada no contexto hospitalar, Pinto (2009) constatou que os enfermeiros têm consciência da importância do sistema de informação informatizado, vislumbrando na sua implementação a possibilidade de dar visibilidade aos seus cuidados. A garantia da **visibilidade dos cuidados de enfermagem**, já prevista por Sousa (2006), foi também mencionada pelos participantes do nosso estudo, “*os sistemas de informação são um instrumento muito bom para nós documentarmos aquilo que fazemos todos os dias (...) são uma ferramenta para dar visibilidade ao nosso trabalho*”

(E20), vinculando-se à ideia de que antes do sistema de informação informatizado, *“toda a nossa prática ficava muito aquém do que na realidade desenvolvíamos em papel (...) a nível do SClínico® sinto que as pessoas estão a conseguir dar visibilidade inclusive aos tais ensinamentos que tanto fazemos (...) Temos muitos ensinamentos e penso que estes registos são muito pertinentes para dar essa visibilidade”* (E13).

Previamente ao aparecimento dos sistemas de informação informatizados, os registos de enfermagem, como tradicionalmente são nomeados pelos enfermeiros, caracterizavam-se pela utilização de texto livre com o objetivo de produzir narrações dos cuidados prestados, cujo interesse se circunscrevia à produção de documentos com valor legal (Silva, 2006). Nos dias de hoje, decorrente da evolução verificada, os participantes destacam a **qualidade dos registos**, como um dos aspetos mais significativo, *“houve uma melhoria da qualidade daquilo que é registado”* (E33), *“um dos aspetos que para mim melhorou tem a ver com a documentação. Sem dúvida que os enfermeiros, hoje, documentam mais e documentam melhor. Tem havido esse esforço”* (E21).

Com o intuito de promover a utilização de uma terminologia uniforme, facilitar a comunicação entre instituições e garantir a possibilidade de comparar dados de enfermagem, em 2007, a Ordem dos Enfermeiros, considerou que um dos princípios básicos ao desenvolvimento do sistema de informação era a utilização da CIPE como referencial de linguagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007b).

Efetivamente, o **recurso a linguagem classificada** foi um dos aspetos referido pelos participantes, *“existe alguma uniformização na forma como falamos e como comunicamos os nossos conceitos e as nossas opiniões clínicas, fruto também de já termos em uso este sistema de informação, há muito tempo (...) a terminologia que nós usamos (...) está efetivamente mais uniformizada, não há variações, nem interpretações ambíguas”* (E14). Na perspetiva de Silva (2006), a linguagem que os enfermeiros usam na prática dos cuidados é tão importante como a linguagem definidora da disciplina de enfermagem, motivo pelo qual constitui um aspeto a desenvolver em todos os contextos.

Durante a última década, a utilização de um sistema de informação, cuja matriz concetual incorpora de forma explícita itens tradutores do processo de pensamento em enfermagem, constituiu um fator que nitidamente tem sido um **facilitador da utilização do processo de enfermagem**, *“todos os dias revemos o processo de enfermagem (...) não só os autocuidados, como as quedas, as úlceras de pressão e todo um conjunto de intervenções de enfermagem (...) que são revistas e organizadas (...) é feito sempre a nível do SClínico® e de fácil acesso e reavaliação”* (E2).

Contudo, apesar de ter facilitado a apropriação do processo de enfermagem, ainda são reconhecidas algumas fragilidades, *“depois eu acho que, em termos de registo, devíamos investir em fazer um processo de enfermagem muito completo, que reflita os nossos*

cuidados, porque ele é essencial... acho que nós prestamos os cuidados e depois o nosso processo não reflete os cuidados que praticamos” (E49).

Outro dos aspetos relevado pelos enfermeiros, refere-se ao facto do sistema de informação informatizado em uso facilitar a **acessibilidade à informação relativa aos clientes**, *“a utilização de alguns sistemas de informação, nomeadamente o SAPE, facilitou-nos muito. Nós agora temos acesso a toda a informação que diz respeito ao processo clínico do doente” (E6).* Para além disso, *“podemos sempre salvaguardar o que é que fizemos e o que é que não fizemos ao doente... o porquê também dessas práticas e tornando a informação mais acessível e de forma muito fácil (...) podemos ir consultar, também, outros registos anteriores” (E2).* De facto, corroborando Häyrien, Saranto e Nykänen (2008), os sistemas de informação constituem um repositório de dados sobre os clientes, permitindo o armazenamento e a partilha de informação com diversos utilizadores autorizados. O estudo pioneiro realizado por Silva (2006) já colocava em destaque a acessibilidade e a visualização da informação.

Após a definição dos padrões de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros (2004) recomendou a construção de indicadores da qualidade do exercício de enfermagem, em cada uma das três componentes: estrutura, processo e resultados. Certo é que, a concretização de tal recomendação tem sido possível através da utilização do sistema de informação em enfermagem em suporte eletrónico, que permite a produção automática de indicadores a partir da documentação de diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem. Decorrente do referido, os participantes referem que o sistema de informação informatizado constitui um importante **instrumento de gestão**, *“claro que é uma ferramenta, em termos de gestão, muito importante nas instituições (...) para aferirmos alguns indicadores” (E30).*

Para além de ser importante no desenvolvimento de indicadores, o sistema de informação tem vindo a ser encarado como um instrumento **facilitador da investigação**, *“nós produzimos muita informação (...) e regra geral isso serve, para alguns trabalhos de investigação... e é verdade que se pegássemos nesse material, nesse manancial de informação que resulta da parte clínica de enfermagem é muito fácil depois traduzir-se em termos práticos e ter ganhos com esse tipo de trabalho produzido” (E40).*

Relativamente ao referido, Leite (2016) considerou que para além de constituir um recurso estratégico para a gestão, a possibilidade de reutilizar os dados documentados nos sistemas de informação, sob a forma de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, abre caminho à consolidação do papel e da importância dos enfermeiros. Para tal, na perspetiva do autor, seria necessário, antes de mais, resolver o problema da subdocumentação da assistência de enfermagem. A identificação de alguns fatores que

possam justificar essa subdocumentação pode constituir um contributo à adoção de estratégias que culminem na otimização do recurso de informação em causa.

No sentido do referido, no âmbito do nosso estudo, emergiram cinco fatores que condicionam a valorização dos sistemas de informação informatizados. Relativamente à **atualização do sistema de informação informatizado**, a desigualdade entre instituições, bem como o aparecimento de novas versões, foi referido pelos participantes, *“nos hospitais as atualizações são realizadas em tempos diferentes, o que faz com que as possibilidades não sejam as mesmas”* (E4). Uma vez que as atualizações dos sistemas têm potencial para promover a evolução dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Campos, 2012), confirmou-se nos participantes a perceção de que existem desigualdades entre as instituições hospitalares.

No decurso de processos de implementação de novas versões do sistema de informação informatizado, foi evidenciada a necessidade de formação, *“aquilo que nós todos sentimos necessidade seria formação no âmbito de SClínico®, estamos com a nova versão e efetivamente tivemos alguma informação, mas não tivemos formação”* (E55). Neste sentido, e tal como clarificado pelo participante, *“há (...) falta de alguém que nos oriente e contextualize em relação àquilo que são as nossas dúvidas para que a gente consiga fazer as coisas com rigor”* (E55). Relativamente ao mencionado, também Silva (2006) constatou que, mesmo em processos acompanhados, a perceção da necessidade de mais formação é frequentemente manifestada. Na investigação realizada por Campos (2012), a existência de apoio proporcionado por enfermeiros “formadores/facilitadores” contribuiu para a satisfação dos participantes.

A **complexidade do sistema de informação informatizado** foi também identificada nos relatos, *“nós ao adotarmos a linguagem CIPE, noto que os enfermeiros estão muito pouco preparados para isso, tiveram algumas informações, mas umas nuances muito breves... há muita dúvida, o que é a CIPE, o SAPE, depois confundem... ainda não conseguiram entender... para eles ainda é muito confuso...”* (E49).

Tal como referido por um participante, *“o sistema de informação (...) não é transparente relativamente aos cuidados, não dá uma visão global (...) do doente, do que é efetuado ao doente... está tudo muito repartido”* (E37), pelo contrário, *“os registos quando eram feitos de forma completa... escritos... nós líamos e tínhamos uma noção do doente. Neste momento (...) é mais complicado (...) olhar para aquilo e perceber ao certo o que é que o doente tem”* (E37). À semelhança do constatado na investigação realizada por Campos (2012), o referido poderá ser explicado pela necessidade de navegar entre diferentes ecrãs, o que já tinha sido identificado e discutido por Silva (2006).

Em relação à **adequação do sistema de informação informatizado aos contextos**, os participantes valorizaram as situações em que essa adequação não se verifica, “o

programa onde nós trabalhamos, o SClínico® (...) não é um sistema intuitivo e logo aí cria-nos várias dificuldades para trabalhar num serviço em que se trabalha de forma rotineira (...) tinha de ser muito intuitivo, muito rápido” (E16). Como clarificado por um participante, “os enfermeiros são os maiores produtores de registos (...) os médicos veem o que nós registamos de hora a hora... cada vez que eu queira registar, eu tenho que ir ao computador, é claro que isto em intensivos é impensável (...) claro que não vão hora a hora, porque estão a fazer outras coisas” (E46).

O **conhecimento sobre o sistema de informação informatizado** é ainda pouco clarificado, *“a nível dos registos, temos o SClínico®, em que temos os registos todos informatizados e que supostamente nos viriam facilitar e que nos viriam dar visibilidade de tudo aquilo que nós desenvolvemos, e que fazemos. Neste momento, (...) não tem sido uma mais-valia porque não nos permite obter dados coisíssima nenhuma” (E29). O facto de, em alguns contextos, o sistema de informação informatizado estar implementado há relativamente pouco tempo, havendo casos em que está ainda em fase de implementação, faz com que as discussões se centrem em torno da linguagem, das funcionalidades e não tanto na possibilidade de utilização dos dados, o que contribui para algum desconhecimento.*

Outro dos fatores mencionados pelos participantes refere-se ao **tempo para registos informatizados**, *“se por um lado é mais fácil, por vezes leva a situações muito morosas, nomeadamente quando temos de fazer os processos enfermagem, as avaliações iniciais, aquando de uma admissão de um doente” (E2).*

A ideia de que *“passam imenso tempo ao computador a fazer os registos” (E28)* foi evidenciada nos discursos, contudo difere entre os enfermeiros, *“os mais jovens têm mais facilidade em lidar com os computadores, os mais velhos têm um bocadinho mais de dificuldade, levam mais tempo ainda para fazer os registos” (E28).* Na investigação que realizou, Silva (2006) constatou que as dificuldades inerentes ao manuseamento dos computadores poderiam aumentar o tempo despendido, no entanto, com o treino dessas capacidades, seria possível uma melhor gestão do tempo. Campos (2012) acrescenta que, atendendo aos níveis de literacia tecnológica atuais, as dificuldades inerentes ao manuseamento dos computadores terão pouca influência, o que efetivamente não vai ao encontro do referido pelos participantes do nosso estudo.

Na perspetiva de alguns enfermeiros, independentemente das capacidades para a tecnologia informática, *“hoje em dia passa-se muito tempo ao computador sem estar a tratar do doente... Se calhar a qualidade dos registos poderá ter melhorado um pouco, isso depois também é questionável. Mas, perde-se muito tempo com os registos e esse tempo fazia falta para estar ao pé dos doentes” (E35).*

Conforme mencionado por Silva (2006, p.18), *“o tempo despendido pelos enfermeiros a*

documentar compete com o tempo disponível para os cuidados diretos aos clientes”, o que está consonante com o referido pelos participantes, “é aí que os colegas e eu também sinto o mesmo: é que passo muito tempo lá, quando podia estar efetivamente em frente ao doente, (...) a cuidar dele e da pessoa significativa” (E28). O problema é que, “muitas vezes, nós ouvimos os familiares a dizer: o enfermeiro está ao computador e não está a cuidar do meu familiar (...) Passa um bocadinho por aí... A gente ouve isto e sente isso (...) parece que estamos mais tempo a olhar para um ecrã do que propriamente para o nosso doente, que devíamos estar a cuidar” (E29).

A disponibilidade de tempo também se reflete na atualização do processo de cuidados no sistema informático, *“muitas vezes, (...) havia modificação no status e não tínhamos tempo de ajustar os cuidados, ou seja, não refletiam aquilo que era a conquista de um status diferente, mantínhamos alguns cuidados que parecia que o doente ainda estava num status anterior” (E26). Neste sentido, a documentação “pode não refletir exatamente o que é a prática, precisamente por não terem tempo para atualizar os planos de cuidados, por não terem tempo de registar determinadas coisas porque já passou a hora (...) e já passei isso na passagem de turno aos colegas, eles agora dizem! (...) E, portanto, eu acho que se perde muita coisa” (E33). Corroborando Tareco (2015), é notório que o tempo despendido para realizar os registos de enfermagem pode interferir com a qualidade dos mesmos.*

No âmbito dos fatores que condicionam a documentação dos cuidados de enfermagem, foram identificadas duas subcategorias. Em alguns contextos, é notória a **valorização da documentação dos cuidados de enfermagem**, *“começam a perceber que (...) não é os cliques, é documentar aquilo que vamos fazer (...) para depois conseguirmos perceber realmente o impacto que as nossas intervenções têm” (E20).*

Noutras situações, a documentação dos cuidados centra-se quase exclusivamente naquilo que é mais frequente, *“às vezes, fazemos muitas coisas por rotina, aqueles diagnósticos que são os mais essenciais (...) que têm sempre que estar” (E28); “acho que se faz uma série de intervenções e de registos baseados só naquilo que são as rotinas do dia-a-dia” (E45). De facto, “aquelas coisas que (...) fogem da rotina e que é o principal no doente, às vezes, a gente não valoriza, aí ainda descuramos um bocadinho... ou porque não está lá escrito ou porque não está logo o diagnóstico principal e a gente tem que o ir procurar” (E28). Para além da documentação em função do mais frequente e baseada naquilo que são as rotinas, já anteriormente confirmado na investigação realizada por Machado (2013), o recurso a notas descritivas foi referido pelos participantes, “a gente, às vezes, acaba por escrever notas corridas e depois não dá a mesma relevância” (E28).*

Tal como pontuado por Tareco (2015), o desafio está em reconhecer a importância dos registos, pois estes espelham o que realmente foi executado, existindo o risco de incorrer na questão, *“se não está registado, então não foi executado”* (p.34).

No seguimento do mencionado, é notória a valorização da documentação inerente às intervenções interdependentes, *“são capaz de (...) voltar atrás por se terem esquecido de registar um medicamento, mas não são capazes de voltar atrás porque se esqueceram de registar um posicionamento (...) ou que aquele doente adquiriu capacidade para se alimentar”* (E41). De facto, embora os enfermeiros refiram *“que querem que se vejam valorizadas as intervenções autónomas, depois nas práticas não há coerência”* (E41).

Até mesmo nos contextos em que é atribuída relevância à documentação dos cuidados de enfermagem, existem algumas fragilidades, principalmente em relação à atualização do processo de cuidados, *“quando se chega ao fim do turno, o importante é chegar ao computador para registar as vigilâncias e o resto nunca tem atualização e, eu vejo doentes que entraram com o nível de dependência que, se calhar, até foi melhorado, mas não houve atualização, ou seja, não há um registo óbvio a mostrar que houve uma transição naquela dependência”* (E33).

Como forma de promover o **conhecimento sobre a importância da documentação dos cuidados de enfermagem**, em alguns contextos foram organizados momentos de formação, *“fizemos uma formação inicial (...) os enfermeiros refletiram enfermagem (...) decidiram quais eram os diagnósticos e as intervenções (...) mais sensíveis aos cuidados de enfermagem e foi tudo feito”* (E45). Contudo, *“quando começamos a fazer a avaliação dos registos que efetivamente são feitos, falta ainda informação... os ensinamentos não são muito evidenciados nos registos. O enfermeiro faz os ensinamentos, até tem feedback do familiar e depois não regista isto com muita frequência”* (E4). Tal como clarificado por um participante, *“parece que os enfermeiros ainda não interiorizaram a importância de registar tudo o que fazem”* (E4). Do mencionado, emerge a necessidade de clarificar nos contextos os aspetos inerentes à qualidade informativa da documentação, uma vez que dados incompletos descaracterizam a realidade e comprometem a adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência (Ministério da Saúde, 2010; Machado, 2013).

Apesar da documentação dos cuidados ser importante, diante da complexidade e da quantidade de informação com que o enfermeiro se depara no contexto hospitalar, o destaque atribuído pelos participantes à comunicação justificou a identificação dessa área temática.

As instituições hospitalares, de que são exemplo os hospitais EPE, têm sofrido alterações significativas orientadas quer para a satisfação das necessidades dos clientes, quer para a eficiência e eficácia do serviço prestado. Em virtude de tais exigências, a comunicação, entendida como um *“processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos ou*

sentimentos entre as pessoas” (Teixeira, 2013, p.255), é imprescindível ao sucesso de qualquer organização (Manzo, Brito e Alves, 2013).

Na perspetiva de Bessa (2009), os hospitais constituem organizações extraordinariamente complicadas, representando, talvez, uma das formas mais complexas de organização humana, sendo que para garantir o seu bom funcionamento é imprescindível a comunicação. Apesar de um pouco por todo a Europa existir a consciencialização sobre o valor intrínseco da comunicação no âmbito organizacional, a autora considera que em Portugal e, especificamente nos hospitais públicos, parece haver um longo caminho a percorrer. Noutros países, as falhas no reconhecimento da comunicação como um valor organizacional foram também mencionadas (Manzo, Brito e Alves, 2013).

Partindo do pressuposto de que a comunicação deve ser vista como um todo (Bessa, 2009), decorrente da análise dos discursos, no âmbito da área temática **processo de comunicação**, foram incluídas particularidades da transmissão de informação entre as linhas hierárquicas, bem como entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados. Nesse sentido, da análise, emergiram como categorias: canais de comunicação, estratégias de comunicação e finalidades da comunicação (Quadro 18).

Quadro 18 - Processo de comunicação

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Canais de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vertical descendente</i> • <i>Vertical ascendente</i> • <i>Horizontal</i>
Estratégias de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Passagem de turno</i> • <i>Visita médica</i> • <i>Reuniões de serviço</i> • <i>Momentos informais</i>
Finalidades da comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Continuidade de cuidados</i> • <i>Uniformização das práticas</i> • <i>Reflexão sobre a prática</i> • <i>Partilha de conhecimento</i>

As informações, as ideias, os conhecimentos e os sentimentos, a que anteriormente nos referimos, são partilhados através de canais de comunicação. Teixeira (2013) referiu que numa organização podem coexistir canais de comunicação formais e informais. Os primeiros correspondem às linhas da hierarquia da organização formal, podendo incluir comunicações descendentes e ascendentes. Por outro lado, relativamente aos canais de comunicação informais, destacam-se as comunicações horizontais, entre membros da organização do mesmo nível hierárquico.

No âmbito do canal de comunicação **vertical descendente**, emergiram dos discursos dos participantes aspetos relacionados com a comunicação entre a gestão de topo e a

gestão intermédia e equipa, bem como aspetos relacionados com a comunicação entre a gestão intermédia e a equipa.

Na ótica dos participantes, nos contextos hospitalares, os processos de acreditação têm facilitado a comunicação entre a gestão de topo e a gestão intermédia e equipa, *“nesse ponto de vista, a instituição melhorou os seus processos, na medida que estamos também envolvidos num processo de acreditação e a questão do fluxo da informação descendente do topo para a base, permite que aconteça sem grandes dificuldades. Portanto, essa comunicação flui e está regulamentada e chega às pessoas”* (E55). Efetivamente, a acreditação enquanto processo de avaliação e certificação da qualidade, impõe a necessidade de mudanças, nomeadamente na comunicação organizacional (Manzo, Brito e Alves, 2013).

Neste contexto, a abertura do enfermeiro diretor foi entendida como uma mais-valia, nomeadamente na comunicação entre a gestão de topo e a gestão intermédia, *“da parte da comunicação funciona cada vez melhor (...) temos um enfermeiro diretor que é uma pessoa que dá uma grande abertura, é uma pessoa que partilha muito a informação. Portanto, tudo o que se passa na direção de enfermagem, é primeiro partilhado pelos enfermeiros adjuntos, mas também muito partilhado com todas as chefias”* (E44).

Por outro lado, no âmbito da comunicação da gestão intermédia para a equipa, a efetividade da mesma depende frequentemente da atitude do enfermeiro gestor, *“com a nossa enfermeira chefe a preocupação constante é passar a informação a todos... Portanto a comunicação de cima para baixo acaba por chegar com bastante frequência exatamente por causa disso”* (E12); *“eu penso que nós aqui somos privilegiados pelo facto de termos uma enfermeira chefe que nos transmite toda a informação”* (E28). Os achados deixam transparecer que embora tenha que ser cumprida uma estrutura descendente, em alguns contextos, há a perceção de que a comunicação tem sido efetiva.

Outro aspeto relevante no âmbito da comunicação entre a gestão intermédia e a equipa refere-se ao modo como a informação é transmitida. Neste sentido, para que as informações cheguem a todos de uma maneira uniforme e completa, foram identificadas diversas estratégias, *“quando se recebe informações (...) para além de divulgar por via de correio eletrónico, faço também a impressão do mesmo”* (E40); *“uma metodologia que a chefe implementou, precisamente porque havia falhas de comunicação e haviam pessoas que sabiam, outras que não sabiam, e outras que só tarde ficavam a saber! E então (...) tudo o que é alterações que implicam ou que tenham alguma influência na prestação de cuidados, ela faz uma comunicação interna no serviço”* (E5).

Ainda que em alguns contextos sejam adotadas estratégias no sentido de promover uma comunicação eficaz, há algumas fragilidades, *“já tive várias estratégias: pôr por escrito,*

numa folha de “tomei conhecimento” (...) mas depois chega a uma altura que uns assinam e outros não (...) enviar sempre um e-mail com as informações, mas continuam a não saber, porque um diz que leu, outro que não conseguiu abrir (...) Tenho alguma dificuldade que a informação chegue sempre 100%” (E49); “há auxiliares de memória que se fixam no placard (...) Mas muita gente também não tem o hábito (...) de todos os dias ir ao placard ver se há avisos novos” (E1).

A comunicação para ser completa implica a existência de um processo que envolve vários elementos: emissor, codificação, canal de transmissão, descodificação e recetor (Teixeira, 2013). Neste sentido, a existência de uma alteração em qualquer um dos elementos, pode culminar na menor eficácia do processo. Do referido, emerge a necessidade de se sensibilizarem os profissionais, quer sejam enfermeiros gestores ou enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados, para a relevância de otimizarem bilateralmente o processo de comunicação, sendo de facto importante a adoção de algumas estratégias (Santos et al., 2012). A adequação das tecnologias de comunicação às particularidades dos serviços e das equipas pode constituir uma alternativa para agilizar o processo de comunicação.

Relativamente ao canal de comunicação **vertical ascendente**, da gestão intermédia para a gestão de topo, emergiu dos discursos a necessidade do *“envolvimento das chefias (...) porque isso une muito as equipas (...) porque se percebem que é um elemento que está ali, mas se não é ouvido... a sua opinião não é tida em conta, deixou de ser a porta-voz da equipa, deixou de representar a equipa” (E42)*. De facto, a perceção de que a comunicação entre a gestão intermédia e a gestão de topo é importante para dar resposta às necessidades dos contextos foi evidenciada, *“nós temos uma grande escassez sempre de recursos humanos e a enfermeira gestora é uma pessoa incansável a defender que nós mantemos determinadas dotações (...) e tem defendido (...) junto da gestão de topo essas necessidades (...) não apenas para mostrá-las mas para discutí-las” (E9)*.

Ainda no âmbito do canal de comunicação vertical ascendente, mas agora da equipa para a gestão de topo, foi notória a perceção da distância, *“se eu marcar uma reunião e disser que quero falar com a enfermeira diretora, não sei se me vão agendar uma reunião (...) se calhar estou errada, mas essa é a minha perceção... não parece existir grande permeabilidade para as nossas preocupações (...) é muito unilateral” (E12)*. Do exposto, emerge a tendência para uma comunicação predominantemente descendente, frequente em contextos hierarquizados, de que são exemplo as instituições hospitalares.

Por outro lado, a abertura em relação à direção de enfermagem foi identificada em alguns contextos, *“a enfermeira diretora sabe o nome de todos os enfermeiros que tem e, a abertura é muito grande e quando nós temos algum problema também há essa abertura”*

(E20). No entanto, embora em algumas situações, a comunicação com a direção de enfermagem esteja facilitada, o mesmo não se verifica relativamente à administração, *“nós com a gestão de topo de enfermagem temos uma ligação fácil e a informação vai veiculando facilmente, com o resto da administração não. Eu (...) não sei quem são os administradores do nosso hospital (...) E eu sou enfermeiro deste hospital”* (E9). De facto, conforme confirmado pelos participantes, na comunicação com a gestão de topo há dificuldades, *“tem uma barreira muito grande para chegar à administração hospitalar. Não se chega lá com facilidade”* (E16).

No que concerne à comunicação entre a equipa e a gestão intermédia, *“os enfermeiros acham que muita da informação que é necessário passar para o topo, fica retida no intermédio e isso não acresce confiança aos enfermeiros na gestão intermédia”* (E14). Embora não seja uma realidade em todos os contextos, o achado evidencia a importância dos canais de comunicação na interação das pessoas, neste caso dos profissionais de enfermagem. Apesar da relevância da comunicação nos ambientes da prática hospitalar, a existência de níveis hierárquicos pode interferir negativamente com a eficácia do processo de comunicação, o que efetivamente foi confirmado por alguns autores (Santos et al., 2011).

Em relação à comunicação **horizontal**, o papel desempenhado por colegas, enfermeiros, como facilitadores da comunicação foi identificado nos discursos, *“depois também há (...) um grupo de colegas que têm como objetivo divulgar estas atualizações (...) fazem uma triagem do que é mais importante e o que vai sendo alterado e o que tem algum significado para o serviço”* (E8).

Uma vez que nos serviços é extremamente importante a informação relativa aos clientes, nos discursos dos participantes, também emergiram estratégias de comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados.

De acordo com o ICN (2015), a comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde influencia a qualidade das relações, a satisfação no trabalho e os impactos sobre a segurança no doente. Neste sentido, quando a comunicação de tarefas e responsabilidades é bem concretizada, há uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados.

Na perspetiva de um participante, a **passagem de turno** é o momento *“onde se transmite mais informação. (...) nos processos, há aqueles pormenores que às vezes não se escreve (...) é na passagem de turno que se valoriza mais esta coisa da comunicação”* (E8). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001b), a passagem de turno tem como objetivo assegurar a continuidade de cuidados e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, constituindo por excelência um momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação. Pelo facto do valor atribuído pelos

participantes à passagem de turno estar próximo do enunciado, a duração da mesma surge como um inconveniente, *“eu recebo o turno na passagem de turno, que muitas vezes se alonga para além do tempo que deveria ser expectável, deveria ser de meia hora, mas muitas vezes estamos uma hora, porque são muitos doentes, são muitas situações que vão surgindo, são muitos cuidados que é preciso dar continuidade”* (E33), sendo, simultaneamente, *“o momento em que mais situações discutimos”* (E2). No estudo realizado por Tranquada (2013), os participantes também consideraram que a duração das passagens de turno é excessiva.

De acordo com as características de cada contexto de trabalho, para além da informação relativa aos clientes, as passagens de turno são momentos em que se transmitem outras informações relevantes, *“nas passagens de turno são, na maior parte das vezes, passadas informações sobre os doentes, mas também sobre a organização”* (E23), o que corrobora os resultados obtidos por Tranquada (2013). Estrategicamente, *“no início ou no final da passagem de turno, está um grande número de elementos da equipa e é transmitida alguma novidade, alguma alteração quer seja do serviço, da instituição... e é esse momento que normalmente elegemos para esse tipo de informações”* (E2), que permitem que os enfermeiros tenham conhecimento das alterações que ocorrem na instituição e/ou no próprio serviço.

Ainda que desde a sua implementação nos contextos de saúde, o objetivo da passagem de turno seja assegurar a continuidade de cuidados, os relatos dos participantes evidenciam uma evolução significativa relativamente à informação transmitida. Atualmente fala-se de coisas diferentes, *“antes, na passagem de turno é: fez medicação, fez não sei quê (...) Hoje em dia, já entram mais algumas coisas na passagem de turno (...) este doente, se calhar amanhã, já pode fazer isto sozinho, vai ter que aprender isto!”* (E3). Também se fala de forma diferente, *“em vez de dizer que tenho não sei quantos doentes na cama, passo a dizer: tenho muitos doentes com dependências no autocuidado em que, se calhar, é preciso mais enfermeiros para cuidar desses doentes, de uma forma mais adequada!”* (E3). Para além disso, *“nota-se (...) que o diálogo que os enfermeiros começam a ter uns com os outros já não é aquele tipo: quinze banhos na cama para dar!”* (E3).

Efetivamente, ao longo da última década, as terminologias que os enfermeiros usam têm vindo a mudar. Consequentemente, *“a terminologia vai mudando a linguagem, quase loco regional, de cada serviço e de cada contexto (...) pela documentação forçada em linguagem classificada (...) as pessoas vão começando a utilizar esses termos, vão-se apropriando! E portanto, temos mais linguagem classificada uns com os outros”* (E3), o que claramente é mais adequado. Tal como evidenciado na literatura (Silva, 2006; Sousa, 2006; Pereira, 2009; Campos, 2012), a linguagem é um aspeto indispensável para a

formalização do conhecimento da disciplina, sendo essencial para a descrição dos cuidados prestados.

Na sequência da evolução verificada, em alguns contextos da prática, o conteúdo transmitido vai sendo aquele que é específico da enfermagem, “*vê-se essa preocupação por parte dos colegas com aquilo que é a passagem de informação de enfermagem*” (E40). Neste sentido, “*não é admissível que sejam passadas informações relativas a algo que tem a ver com modelos biomédicos (...) a informação biomédica resume-se a 5-10%, tudo o resto é enfermagem (...) estamos a falar das necessidades dos utentes... estamos a falar das necessidades dos prestadores de cuidados*” (E40).

O mencionado pelo participante é clarificado no exemplo, “*eu costumo dizer que não quero saber se o doente passou bem, dormiu bem, se está com febre, não quero saber nada disso (...) ótimo, se ele estiver bem (...) Agora eu quero saber como é que um doente que foi operado há uma semana (...) está, relativamente ao autocuidado (...) que prestador de cuidados tem ou não tem*” (E40). Para além disso, é pertinente saber “*como é que estão os conhecimentos (...) se os ensinamentos foram ou não programados e se foram ou não efetuados... isso é que me importa... Isso tem que englobar 90% da informação*” (E40).

Em consonância com o referido, nesses contextos, os enfermeiros “*sabem perfeitamente que não importa saber aquilo que está bem (...) Se for necessário as pessoas sabem onde vão buscar essa informação*” (E40), o que realmente interessa é que “*os enfermeiros saibam o que foi feito naquele turno em relação ao utente e o que falta fazer para projetar os cuidados no turno que vem a seguir*” (E40). Corroborando Duarte (2014), a informação transmitida na passagem de turno, para além de proporcionar uma visão global da condição do doente, deve constituir um momento no qual são resgatados os dados relevantes para a continuidade dos cuidados no turno subsequente.

Se o referido já se verifica em alguns contextos, naqueles em que não existe, foi identificado como necessário, “*na passagem de turno, nós ainda passámos o turno como antigamente: doente consciente, orientado, colaborante. Acho que nós aí perdemos muita informação (...) na outra unidade passa-se pelo SAPE, pelos focos de enfermagem e, não falha nada*” (E25). Para além disso, em contextos onde as práticas se centram na gestão de sinais e sintomas, como clarificado por um participante, “*nunca se fala na passagem de turno se o doente é capaz ou não (...) o potencial do doente passa ao lado nas passagens de turno. O contexto familiar, muitas vezes, também passa ao lado*” (E5) e como consequência, “*muitas vezes chega-se à conclusão que já está no dia de o doente ter alta e ninguém, ainda, se preocupou... ou se se preocupou ou até falou, mas não foi transmitido... nem sequer se sabe se o doente tem suporte da família... Se esta família precisa de alguma coisa da nossa parte*” (E5).

Com o intuito de minimizar a ocorrência de falhas, a necessidade de uniformizar o conteúdo a transmitir no momento da passagem de turno foi mencionada pelos participantes. De facto, *“existe uma uniformização daquilo que é importante registar, mas não existe ainda uma uniformização daquilo que é importante eu comunicar ao meu colega que vem a seguir”* (E5).

A centralização em aspetos biomédicos ainda constitui uma realidade, *“as nossas passagens de turno demoram eternidades porque se comunicam coisas que para além de já estarem comunicadas em escrito, não têm interesse nenhum (...) continuamos a batalhar ainda muito naquilo que é do domínio médico”* (E5). De facto, há a perceção de que, às vezes, não damos relevância ao que efetivamente deveríamos dar *“e fala-se de outras coisas que não têm importância nenhuma, e naquele momento se calhar a qualidade dos cuidados está mais relacionada com aquele fator que foi mencionado entre linhas, ou que nem foi mencionado, e que o colega, vem a seguir e como não foi mencionado, até se calhar, nem dá importância, e muita coisa passa assim ao lado”* (E5).

Na verdade, a comunicação no momento da passagem de turno nem sempre é eficaz, *“muitas vezes, a situação ou é exageradamente debatida porque já aconteceu há três dias e ainda estamos a falar da mesma coisa, ou é muito resumida e falta alguma informação”* (E45). A dificuldade em organizar os conteúdos a transmitir foi identificada no estudo realizado por Tranquada (2013), o que pode conduzir à omissão ou repetição da informação. Durante as observações realizadas nessa investigação, foi maioritariamente notada a repetição de informações (86,7%). Para além disso, a autora constatou que não existe uma estrutura formal e padronizada, nem linhas orientadoras que ajudem o enfermeiro na organização da informação a transmitir.

No que se refere ao nosso estudo, decorrente da importância atribuída à comunicação no âmbito da passagem de turno, em alguns contextos da prática hospitalar, existem documentos orientadores da informação a transmitir, *“temos uma matriz (...) que elaboramos, tipo norma de transmissão de informação... para que o enfermeiro saiba o que é importante e o que nós valorizamos em termos de transmissão de informação”* (E40).

A necessidade de um modelo que estruturasse a passagem de turno, foi mencionada, *“já há alguns anos se criou um grupo de trabalho, no sentido de organizar um modelo (...) para agilizar a passagem de turno, porque sentimos necessidade de existir pontos fixos para a passagem de turno... porque eu acho que se houvesse um guia orientador (...) não se perdia tanta informação”* (E49).

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da

prestação de cuidados, como é o caso das mudanças de turno, as instituições devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa entre os profissionais, evitando lacunas na comunicação que possam causar quebras graves na continuidade de cuidados.

Na sequência da acreditação das organizações de saúde, a utilização da técnica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) para estruturar o conteúdo da passagem de turno também foi mencionada, *“embora esteja perfeitamente delineada de como deverá ocorrer, a parte formal principalmente, que diz por exemplo que, em sede de passagem de turno terá que ser usada a técnica adotada na instituição, que é a técnica SBAR que foi importada do modelo americano (...) a verdade é que as pessoas não a adotam”* (E33).

Para além das estratégias de estruturação da informação a transmitir, a própria organização do momento da passagem de turno também foi referida pelos participantes, como tendo potencial para comprometer a qualidade dos cuidados. Segundo o Parecer CJ/20-2001 da Ordem dos Enfermeiros (2001b), os locais da passagem de turno podem ser geridos em cada contexto, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades. Em consonância com o mencionado, foram encontradas referências à passagem de turno junto dos doentes e nas salas de enfermagem, *“nós passamos as ocorrências junto dos doentes até mesmo pela questão de quando estamos a falar do doente estamos a visualizar e a ver o doente... conseguimos ter a ligação daquilo que está a ser dito e aquilo que estamos a observar”* (E53); *“fazemos a passagem de turno na sala”* (E4); *“está toda a gente sentada quase uma hora”* (E35).

A par do local da passagem de turno, existiram referências relativamente ao facto de ser um momento de transmissão de informação entre dois enfermeiros, *“as passagens de turno são personalizadas... há o enfermeiro que passa e há o enfermeiro que recebe”* (E39); ou em grupo, *“a passagem de turno é sempre conjunta... porque eu acho que todos devem saber dos doentes todos”* (E43).

As particularidades inerentes aos contextos justificam muitas das diferenças relatadas, *“o nosso serviço como é um serviço pesado (...) para agilizar a prestação dos cuidados, não estão todos presentes (...) se um enfermeiro tem que receber os doentes entra na sala, os outros já estão a trabalhar cá fora, a preparar medicação, e a orientar a prestação de cuidados”* (E35).

De forma a reduzir o tempo da passagem de turno, têm vindo a ser adotadas algumas estratégias, *“eu divido o grupo meio a meio para não demorar tanto tempo na passagem de turno”* (E54). O problema é que em alguns contextos, com ou sem a adoção de estratégias, a tendência para acelerar o momento da passagem de turno pode contribuir para falhas na transmissão da informação, *“perde-se muita coisa dos doentes. Porque*

depois, tem que ser uma passagem de turno rápida” (E1). O tempo para a passagem de turno pode ainda ser condicionado pela organização dos outros elementos da equipa multidisciplinar, “a passagem de turno é feita em três sítios distintos. Não há uma passagem de turno conjunta (...) porque a visita médica tem de começar às oito e vinte! (...) Resumindo e concluindo, a passagem de turno até às oito e vinte tem de estar finalizada” (E1).

Tal como no estudo realizado por Tranquada (2013), as interrupções da passagem de turno foram também relevadas pelos participantes, *“a passagem de turno no nosso serviço é constantemente interrompida, acho que há uma enorme falta de respeito pela passagem de turno dos enfermeiros (...) que é um momento extremamente importante” (E10), o que promove a ocorrência de esquecimentos, erros e falhas na transmissão da informação, “perde-se informação muito importante e já aconteceu várias vezes ser transmitida uma informação e depois um colega pára de transmitir essa informação, porque foi interrompido” (E10).*

Independentemente das situações que possam contribuir para acelerar e/ou interromper o momento da passagem de turno, o que se espera é que não comprometam a continuidade de cuidados, uma vez que tal como consta no artigo 104.º do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, p.8079) *“o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: (...) d) Assegurar a continuidade de cuidados”.*

Para além da passagem de turno, como estratégia de comunicação, foi referida pelos enfermeiros a **visita médica**, *“nós, temos por hábito, acompanhar a visita médica diária (...) vem sempre a enfermeira chefe (...) ou o enfermeiro que fica responsável e o enfermeiro que tem o doente” (E11); “é uma forma de termos conhecimento sobre o plano terapêutico dos doentes” (E4).* Embora em alguns contextos, a visita médica fosse diária e os enfermeiros estivessem presentes, o contributo desse momento estava essencialmente relacionado com a possibilidade de conhecer o plano terapêutico dos clientes. A apresentação de aspetos clínicos, muito circunscritos ao diagnóstico e ao tratamento médico, determinavam uma participação esporádica dos enfermeiros, frequentemente relacionada com algum esclarecimento burocrático.

As **reuniões de serviço**, que na perspetiva de Miguel, Rocha e Röhrich (2014) constituem uma das principais estratégias de comunicação entre os elementos de uma equipa, foram também identificadas nas narrativas. No âmbito desta estratégia, foram referidas as reuniões de enfermagem, *“para algumas situações é necessário haver reunião formal, em que de facto nos sentamos e em que estamos com algum tempo disponível para refletir as coisas (...) para todos chegarmos a um consenso” (E51).*

A frequência dessas reuniões deve ser adequada às necessidades de transmissão de

informação, *“depois há a questão de irmos fazendo regularmente algumas reuniões, no mínimo uma vez por mês, porque os enfermeiros chefes também têm com a direção de enfermagem, de forma a veicular algumas informações que dizem respeito, não só à gestão mas também à própria prestação de cuidados”* (E53).

A par da relevância da informação que possa ser transmitida nessas reuniões, com regularidade, aproveitam-se *“esses momentos para estabelecer abertamente e sem prejuízo para ninguém uma comunicação aberta em que as pessoas estão perfeitamente à vontade para colocar questões, dúvidas, críticas construtivas... para que de uma forma aberta consigamos encontrar melhores soluções”* (E40). Também na investigação realizada por Potra (2015), as reuniões constituíam uma estratégia para diagnosticar e monitorizar os acontecimentos do serviço, conduzindo a tomadas de decisão relativamente à organização dos cuidados.

Nos contextos em que esta estratégia não é valorizada, emergiu a importância da mesma existir, *“relativamente à comunicação no serviço... acho que também deveria ser melhor... em termos de reunir com as pessoas, porque muitas vezes vamos de férias, e quando voltamos (...) há informação que nos falta (...) e quando damos por ela estamos a ser chamados à atenção por muitas coisas que às vezes nem sequer temos conhecimento”* (E4). Na verdade, tal como reforçado pelo participante, *“há determinadas coisas que obrigaria a uma reunião (...) Por exemplo, o enfermeiro chefe reunir os enfermeiros nem que fosse meia hora, quarenta e cinco minutos e, desenvolver aquilo para toda a equipa porque depois vão existir perdas de uns turnos para os outros”* (E33).

Para além das reuniões de enfermagem, foram referidas as reuniões multiprofissionais, cuja frequência variava entre os diferentes contextos. À semelhança do verificado relativamente às reuniões de enfermagem, nos contextos em que as reuniões multiprofissionais não existiam, emergiu dos discursos a sua pertinência, *“em relação à comunicação com a equipa (...) não é uma má comunicação (...) se bem que seria interessante haver reuniões (...) para serem discutidos aspetos importantes”* (E10).

Embora sejam relevantes as estratégias de comunicação formais, a existência de **momentos informais** também foram salientados, *“temos momentos para discutirmos informalmente em grupo, para pensarmos todos em conjunto e para tentarmos obter um melhor resultado”* (E52). Apesar de ainda se verificarem em alguns contextos, esses momentos informais parecem ser cada vez menos frequentes, *“no mundo de hoje a informação está disponível em todo o lado e, acho que esses momentos (...) de falar com as pessoas, acho que agora são cada vez menos”* (E23).

No seguimento do referido, e na perspetiva dos participantes, uma das finalidades da comunicação é a **continuidade de cuidados**, *“a comunicação é muito importante na continuidade dos cuidados (...) Sem uma boa comunicação, não podemos garantir a*

qualidade dos cuidados” (E52). A relevância da comunicação como forma de garantir a continuidade de cuidados está também claramente plasmada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Outra finalidade identificada foi a **uniformização das práticas**, *“apesar de existirem falhas, a comunicação entre a equipa vai permitindo uniformizar as práticas”* (E4). Importa referir que esta uniformização se relacionava essencialmente com aquilo que constitui as boas práticas.

Todavia, a **reflexão sobre a prática** foi a finalidade mais frequentemente abordada pelos participantes, *“os momentos de comunicação devem ser utilizados para refletir sobre as práticas (...) há um esforço para que (...) os momentos de comunicação, possam ser utilizados para trazer para a ordem do dia, o que pode ajudar a direcionar o olhar dos enfermeiros”* (E21).

Como clarificado pelo participante, *“antigamente, não se falava e agora vai-se falando e, é mais fácil depois a gente ir pensando sobre o assunto, refletindo para depois mudarmos os nossos comportamentos e realmente sempre com o intuito de melhorar a prestação de cuidados”* (E28). Efetivamente, em consonância com os resultados obtidos por Varandas e Lopes (2012), a reflexão sobre a prática é um aspeto facilitador da qualidade dos cuidados. Contudo, embora se atribua relevância à reflexão sobre a prática, alguns enfermeiros consideram *“que há muito pouca reflexão ainda sobre aquilo que nós fazemos, também porque se calhar os contextos não o permitem”* (E10). A disponibilidade para a reflexão, para além de pouco frequente, é, simultaneamente, pouco incentivada, *“não existe esse incentivo para nos reunirmos (...) é um aspeto menos bom, porque a reflexão é muito importante para nós melhorarmos as nossas práticas, para haver uma melhoria contínua e nesse sentido também, para prestarmos cuidados com mais qualidade”* (E10)

O problema é que, atendendo à realidade atual, *“nós não temos estes espaços de partilha e de reflexão... acho que a comunicação teria inúmeras vantagens até porque as dificuldades de um com as dificuldades do outro, com as sugestões de um e de outro, poderíamos melhorar muito mais as nossas práticas”* (E10).

De acordo com o referido pelos participantes, estes momentos de reflexão podem ser impulsionados pelo enfermeiro gestor, *“obviamente a gestão apenas do ponto vista de alocação de recursos, que eu acho que a gestão não se pode centrar apenas nessa dimensão, vai fazer com que não haja tempo para investir, tempo para refletir”* (E14), no entanto, importa lembrar que *“a reflexão não precisa de ser feita eu pôr-me num canto a pensar... pode ser feita na passagem de turno, que eu acho que é uma ótima forma de proceder a essa reflexão”* (E14). De facto e, independentemente das estratégias adotadas, conforme o Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, cabe ao enfermeiro

gestor proporcionar “*espaços de reflexão sobre as práticas*” (p.5951). O que acontece é que, decorrente das imensas atividades e responsabilidades atribuídas às chefias operacionais, é frequente depararem-se com a necessidade de estabelecer prioridades, levando-as a fazer algumas opções (Potra, 2015).

Outro aspeto importante refere-se à promoção de espaços de reflexão no âmbito da própria equipa. Como clarificado por um participante, “*já que temos que aprender com as práticas, de uma forma empírica, que não aprendamos sozinhos, mas que tenhamos espaços de crescimento conjunto*” (E3). Neste contexto, “*se eu fiz mal, o meu colega (...) escusa de fazer igual a seguir! Aprende comigo! E se eu fiz bem, e posso fazer benchmarking do que eu fiz bem, até é uma estratégia de aprendizagem interessante*” (E3). A facilidade com que se pode promover espaços de reflexão é evidente no relato, “*tínhamos um processo de reflexão através de uma pasta partilhada em que refletíamos (...) sobre se aquelas intervenções deveriam existir face a um determinado diagnóstico e com que frequência deveriam ser feitas*” (E14).

Por fim, a **partilha de conhecimento** foi outra das finalidades identificada, “*os colegas que pertencem ao grupo das feridas (...) vão tendo conhecimento de novos produtos e novas técnicas e vão-nos alertando*” (E2); “*somos uma equipa que falam uns com os outros (...) há uma partilha do conhecimento e as pessoas até (...), acabam por se interessar e vão fazer pesquisa e nas equipas acabam por trabalhar e discutir porque é assim e não é de outra forma*” (E29).

A existência de documentos relevantes, para uso comum, foi também descrita como uma forma de partilhar conhecimento, “*nós temos aqui uma pasta partilhada (...) onde temos não só assuntos que vêm de cima, da direção de enfermagem (...) mas também aspetos que alguém encontra: uma tese de doutoramento, uma tese de mestrado que se acha interessante e se coloca na pasta*” (E21).

No decorrer da análise dos discursos, particularmente relacionado com o processo de comunicação, iam emergindo achados caracterizadores das relações entre os elementos da equipa, essencialmente numa perspetiva de práticas colaborativas.

No modelo apresentado por Duffy e Hoskins (2003), no âmbito da componente processo, as relações que predominam são as independentes (específicas de cada disciplina), bem como as relações de colaboração (multidisciplinares). Embora as relações independentes, que incluem as interações cliente/família/enfermeiro, sejam primárias, as relações de colaboração, que incluem atividades e responsabilidades que os enfermeiros partilham com outros membros da equipa de saúde, são essenciais para a qualidade dos cuidados.

De acordo com o ICN (2015), através da colaboração profissional, existe integração de conhecimentos para a prestação de cuidados centrados na pessoa. Neste sentido, a

prática colaborativa vai para além da relação médico-enfermeiro, devendo incluir todos os outros profissionais. Nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática **práticas colaborativas**, emergiram como categorias: equipa de saúde, práticas multidisciplinares, fatores que influenciam as práticas multidisciplinares e delegação (Quadro 19).

Quadro 19 - Práticas colaborativas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Equipa de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pares</i> • <i>Enfermeiros especialistas</i> • <i>Enfermeiro gestor</i> • <i>Médicos</i> • <i>Assistentes operacionais</i> • <i>Assistentes sociais</i> • <i>Fisioterapeutas</i> • <i>Nutricionistas</i> • <i>Dietistas</i>
Práticas multidisciplinares	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Planeamento de cuidados</i> • <i>Discussão sobre os cuidados</i> • <i>Planeamento de alta</i>
Fatores que influenciam as práticas multidisciplinares	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trabalho em equipa</i> • <i>Valorização da organização dos cuidados de enfermagem</i> • <i>Valorização dos enfermeiros</i> • <i>Conhecimento dos enfermeiros</i> • <i>Reconhecimento da dimensão autónoma dos enfermeiros</i> • <i>Limites do exercício profissional</i> • <i>Relevância da informação transmitida</i>
Delegação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fatores que determinam a delegação</i> • <i>Erros comuns na delegação</i> • <i>Tarefas delegadas nos assistentes operacionais</i> • <i>Tarefas inerentes a cuidados especializados delegados nos enfermeiros</i>

Fundamentada em vários autores, Neves (2012) refere que uma equipa de saúde é constituída por profissionais individuais, com liberdade para agir de modo nem sempre previsível, e cujas ações se encontram interligadas de tal forma que a ação de um profissional modifica o contexto para os outros.

Sendo parte integrante da equipa de saúde, os enfermeiros atribuem uma valorização significativa às relações de colaboração, emergindo dos discursos particularidades inerentes à proximidade com os diferentes elementos da equipa.

Relativamente aos **pares**, foi relevada a questão da relação, “*aqui o que funciona melhor e acho que é o sucesso desta equipa... é eles todos entenderem-se (...) relacionam-se todos muito bem. É fundamental e isso vai dar qualidade, porque depois uns puxam pelos outros*” (E44). Tal como clarificado por um participante, “*há outras alturas, em que também fico contente e satisfeita quando consigo através dos meus argumentos modificar a forma de pensar, principalmente dos meus colegas mais velhos (...) que*

quando lhes falamos assim de algumas teorias mais recentes, não estão muito a par, e... depois começam a perceber que realmente fazem sentido” E20.

Neste contexto, os participantes dão a entender que o relacionamento com os pares pode ser potenciador do melhor desempenho de cada um deles, *“acho que (...) não são indiferentes a que possa haver alguém a fazer de facto uma boa prática (...) tentam acompanhar o seu parceiro” (E24)*, o que *“concorre para uma melhoria (...) da qualidade dos cuidados” (E24)*. Para além do referido, foram também destacados *“os enfermeiros que se especializaram em determinadas áreas, que consolidaram conhecimentos e que os outros recorrem a eles (...) e vejo a equipa recorrer a esses profissionais” (E42)*.

Em relação aos **enfermeiros especialistas**, foi evidenciado o caso dos enfermeiros com a especialidade em enfermagem de reabilitação e a importância do trabalho de colaboração com os enfermeiros de cuidados gerais, *“o enfermeiro de reabilitação também trabalha, mas com o contributo de todos os enfermeiros generalistas (...) o enfermeiro de reabilitação sem a equipa que tem por trás, não faz tudo” (E39)*.

Nos contextos da prática hospitalar e de acordo com o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, a presença dos enfermeiros especialistas em reabilitação deve promover a sensibilidade dos outros enfermeiros, otimizando as respostas da equipa, o que efetivamente foi verbalizado, *“a gente fica mais alerta e preocupamo-nos um bocadinho mais com isso (...) Eu acho que uns puxam os outros. E, de alguma forma, começamos a estar mais alertas para determinadas coisas” (E28)*.

Decorrente da proximidade que os enfermeiros estabelecem com o **enfermeiro gestor**, *“há muitos princípios que são fundamentais (...) eu dou muita importância à integridade, à lealdade, à transparência, à verdade (...) porque é isto que eles esperam de mim, a transparência, ser leal com eles e, por isso, também quero que sejam comigo (...) se estes valores não estão presentes na relação, depois tudo o resto cai por terra” (E41)*. Do referido, é de salientar que as chefias operacionais de enfermagem, por vezes caracterizadas como chefias de proximidade (Potra, 2015), tornam ainda mais premente a necessidade de considerar os valores profissionais.

Ainda no âmbito da equipa de saúde, foram encontradas referências quanto à proximidade estabelecida com os **médicos**, *“trabalham diretamente aqui conosco (...) Há médicos inclusive que trabalham aqui nas bancadas... há uma proximidade... podemos recorrer a eles sempre que queremos e precisamos” (E12)*.

Para além da referência à proximidade, foi notória a existência de algumas dificuldades, *“às vezes é difícil eles aceitarem as nossas observações (...) Eu sei... eu vejo... eu já li... pronto, e às vezes o profissional de enfermagem desanima” (E43)*. Efetivamente, *“em determinadas situações, o médico “parece” estar dependente do enfermeiro, valorizam que lhes lembrem as atividades... que os alertem sobre os “erros”, mas se damos*

algumas sugestões, alguns não aceitam” (E56). O ICN (2015) citou algumas pesquisas que indicam que a relação entre médicos e enfermeiros é frequentemente pobre, no entanto, lembra simultaneamente, que relacionamentos pobres entre médicos e enfermeiros podem aumentar o risco de maus resultados para os clientes.

Com os **assistentes operacionais**, *“surgem sempre alguns problemas... frequentemente relacionados com as tarefas que deveriam realizar, ou então com a qualidade da realização dessas tarefas”* (E4). Decorrente das dificuldades inerentes ao relacionamento com as assistentes operacionais, já confirmado por outros autores (Gomes, 2011), em alguns contextos têm vindo a ser implementadas estratégias, *“neste momento nós estamos a institucionalizar (...) um sistema de organização das atividades das assistentes operacionais (...), porque efetivamente acho que é importante haver este tipo de estruturação de trabalho porque quando não há, corre-se o risco de se estar num ambiente demasiado informal e depois (...) as coisas acabam por falhar”* (E9). Uma outra estratégia, *“tem a ver com o facto dos enfermeiros terem na sua distribuição auxiliares destinados àquelas áreas, portanto temos aí orientação para o que cada assistente operacional pode fazer, pode e deve e tem de ser chamado para as suas atividades... cada um sabe qual é o seu papel”* (E45).

Tal como constatado por Gomes (2011), a relação com os **assistentes sociais** é facilmente estabelecida, no entanto, apesar dos enfermeiros identificarem frequentemente as situações problemáticas, não se sentem envolvidos, *“com a assistente social a articulação faz-se mais facilmente... e muitas vezes o enfermeiro foi o responsável pela análise e identificação do problema, mas também não é muito envolvido depois no processo”* (E2). No âmbito desta relação, o enfermeiro conta, essencialmente, *“com a assistente social para orientar o doente naquilo que a comunidade oferece e em termos de recursos existentes na comunidade”* (E52).

Outros dos intervenientes da equipa de saúde são os **fisioterapeutas**, *“do ponto de vista da reabilitação, com os fisioterapeutas, aqui no serviço, acho que no início foi difícil aceitarem o enfermeiro especialista... haviam poucos e, de um momento para o outro, começamos a aparecer mais... e eles sentiram-se ameaçados (...) no entanto, hoje em dia, eles procuram-nos para trabalharmos em equipa e colaborarmos”* (E36).

Por último, foram encontradas referências aos **nutricionistas** e aos **dietistas**, *“com as nutricionistas é muito fácil porque... nós pedimos e ela vem falar connosco, passa todos os dias para ver os doentes, mas se for preciso fazer alguma alteração, pedimos a sua colaboração e não temos tido dificuldade”* (E45). Relativamente ao dietista, *“vem cá todos os dias fazer avaliação dos doentes novos, se depois da passagem dele, eu achar que há um doente que precise que se mude a dieta ou que eu acho que aquela alimentação não está em condições, não foi esse o combinado, pego no telefone e ligo para o dietista e*

ele torna a vir cá” (E12). Tal como confirmado na investigação realizada por Gomes (2011), a colaboração dos nutricionistas e dietistas ocorre frequentemente na sequência da avaliação e, posteriormente, do contacto e solicitação dos enfermeiros.

Segundo Duffy e Hoskins (2003), as relações com os clientes e famílias são o foco principal do trabalho dos enfermeiros, no entanto, as relações com os outros prestadores de cuidados tornam-se um fator crucial à qualidade dos cuidados. De facto, na perspetiva dos autores, a natureza multidisciplinar dos cuidados de saúde exige que os prestadores de cuidados trabalhem em conjunto para benefício dos clientes e famílias. Com a evolução do conhecimento e de novas tecnologias, a prestação de cuidados de saúde há muito que deixou de ser da responsabilidade única do médico, para passar a ser o resultado de um *continuum* de contributos de diferentes prestadores. Daí que, atualmente, a prestação de cuidados exija um esforço de articulação e complementaridade constante entre os profissionais, de modo a garantir aos doentes cuidados seguros e de qualidade (Ministério da Saúde, 2010). Neste sentido, a interface entre profissionais com óticas e abordagens distintas tem vindo a ser cada vez mais valorizada, obrigando a momentos de planeamento conjunto.

Decorrente da análise dos discursos, o **planeamento de cuidados**, enquanto prática multidisciplinar, é frequentemente realizado em contexto de reuniões, *“tenho sempre uma reunião semanal (...) com os médicos para tentar perceber a situação daquele doente e o que é que estamos a pretender para aquele doente (...) e vou muito por aí. Tento sempre perceber onde é que estamos e o que é que (...) vamos fazer a seguir”* (E34). Este momento em equipa, com data, local e frequência preestabelecidos, em que todos os presentes têm a possibilidade de dar o seu contributo, possibilita um efetivo planeamento multidisciplinar.

Nos contextos da prática hospitalar em que é possível, o planeamento de cuidados é preferencialmente realizado no início do turno da manhã, *“ficamos a saber, logo de manhã, o que está planeado para cada doente (...) desta forma é mais fácil organizar os cuidados que vamos prestar”* (E4); *“de manhã é sempre o período de maior confusão se houver técnicas para fazer, por exemplo, é preciso um cateter para este doente, aquele doente, vai precisar de transfusões... Portanto isto é tudo aferido ou tenta-se aferir logo naquela reunião da manhã para também planear melhor o nosso dia”* (E12).

Por outro lado, noutros contextos, a dificuldade dos enfermeiros planearem os cuidados está frequentemente relacionada com a falta de conhecimento sobre o plano terapêutico do cliente, *“informam o doente e vão-se embora, não informam a equipa de enfermagem (...) não é lógico que isto aconteça, que a gente saiba pelo doente o que é que ele pensa fazer ao doente. É lógico que ele tem que dizer ao doente... é importante, mas também é lógico que informe a equipa de enfermagem do que vai acontecer”* (E27).

Decorrente de algumas dificuldades com a equipa médica, “às vezes o que nos acontece é que nós somos obrigados a ler os registos que estão em SAM para saber (...) se houve alguma alteração àquele doente. Acontece-nos muitas alterações (...) eles não falam connosco, nós temos que ir verificar, o que é que está escrito” (E18).

Apesar de ser pouco frequente, a **discussão sobre os cuidados**, no âmbito multidisciplinar, também foi enunciada pelos participantes, “muitas vezes eu, quando falo com um médico, ponho o meu ponto de vista: que eu acho que aquele doente não precisa de estar algaliado... aquele doente já podia fazer levantar, mas às vezes em discussão eu percebo porque é que ele não pode fazer o levantar” (E45); “com a assistente social trabalhamos muito bem (...) eu não posso fazer visitas domiciliárias, mas às vezes ela faz por mim (...) Vai ver a parte dela e digo: veja-me a casa de banho, veja-me como é... e ela acaba por ver e refletir comigo qual a melhor forma de agilizar a melhor situação para o doente” (E37).

Ainda que desejável, a reflexão sobre os cuidados em benefício do doente nem sempre acontece, “com a parte médica, nem sempre é fácil (...) discutir os interesses do doente. Temos alguma dificuldade e por vezes não é que não nos tenham ouvido, porque ouviram, mas não põem em prática... por, se calhar, não considerarem fundamental. E a verdade é que em prol do doente, deveriam chegar perto de nós e ter outro esclarecimento sobre o doente” (E2). O achado evidencia ainda a presença de práticas alicerçadas no modelo biomédico, com uma atenção centrada na doença, e não no cliente, onde a concentração do poder de decisão está na figura do médico, e onde a atuação e participação dos enfermeiros tem um valor desigual, aspeto já confirmado por outros autores (Cardoso e Hennington, 2011).

Em contrapartida, com alguns médicos, verifica-se o oposto, “vêm ter com o enfermeiro responsável pelo doente (...) referem o que pretendem saber, além dos sinais vitais e de alguma intercorrência mais grave, se temos alguma coisa a dizer” (E2). Efetivamente, dessa forma, “seria muito mais fácil conseguirmos melhorar os cuidados prestados” (E2).

Relativamente ao **planeamento da alta**, há diferenças significativas entre as práticas das equipas das várias unidades de cuidados, o que já haveria sido confirmado por Petronilho (2007). Da análise dos discursos, destacam-se contextos em que esse planeamento é realizado em equipa, “em termos de preparação para a alta, (...) fazemos isso em equipa com a assistente social... e agora, uma coisa que tem vindo a mudar há alguns anos é o envolvimento da equipa médica também (...) no geral eles estão mais sensibilizados para os constrangimentos que possam haver para a alta” (E53); “se o médico (...) está a pensar dar alta a um doente ostomizado, se nós achamos, na nossa prática, que ele ainda não está preparado para ir para casa (...) se não consegue ter independência

nesta nova adaptação à sua vida e no cuidado da ostomia, muitas vezes (...) os doentes ficam mais um dia ou dois até se promover a continuação dos ensinios” (E1)

Embora em alguns contextos exista discussão sobre as situações clínicas dos doentes, o planeamento da alta ainda não é interpretado numa perspetiva multidisciplinar, *“há uma visita médica que neste momento (...) só é feita aos doentes que estão há mais de dez dias no serviço e é basicamente a discussão do caso clínico e não há muita sensibilidade para a questão do regresso a casa, para a preparação da alta, para o envolvimento da família e de facto é um aspeto que tem de ser melhorado” (E42).*

Apesar da relevância atribuída pelos enfermeiros à preparação para a alta, foram identificadas algumas dificuldades, *“há uma coisa que falta muito, que para mim é essencial na qualidade dos cuidados. É a preparação do doente para ir para o domicílio! (...) não existe uma conversa, não existe um diálogo entre os membros da equipa no sentido de prepararmos a alta o quanto antes, prepararmos a família o quanto antes” (E6).*

Da análise dos discursos, ficou claro que os enfermeiros têm consciência de que *“a preparação da alta ainda não é aquilo que se preconiza (...) Em algumas situações, nós já sabemos da alta mais ou menos com alguns dias de antecedência, no entanto, se não soubermos, temos um conhecimento muito em cima da hora e não conseguimos ter aquela programação ou aqueles ensinios” (E28)*, o que denota uma dicotomia entre os modelos expostos e os modelos em uso. De facto, sabendo com alguns dias de antecedência que o cliente terá alta, *“vamos falando com a família e com o utente a ver o que é que poderíamos programar, o que é que poderíamos fazer de ensinios até eles irem para casa... assim à medida que vão surgindo dúvidas, nós vamos colmatando essas dúvidas... mas, ainda não estamos bem nessa fase” (E28)*. A confrontação com a decisão da alta no próprio dia foi um aspeto também referido pelos participantes do estudo realizado por Machado (2013).

Tal como mencionado por Petronilho (2007, p.56-57), *“a notícia da alta hospitalar surge, muitas vezes, de forma inesperada, resultando de uma tomada de decisão que assenta meramente em critérios médicos, em que os enfermeiros ainda demonstram dificuldade e incapacidade para incorporar os aspetos da saúde relacionados com os cuidados de enfermagem”.*

Diante desta dificuldade, na perspetiva dos participantes, no âmbito da preparação do regresso a casa, importa clarificar persistentemente com os médicos que, apesar da resolução da situação clínica, *“há todo um resto em que é preciso pensar... a parte da infeção está resolvida! Mas agora surgiram dependências e situações que não nos permitem estar já a pôr o senhor... em casa!” (E3)*. É um percurso que tem de ser feito, de modo a que *“quem está do outro lado perceber que as nossas decisões, não é porque*

estamos a “fincar o pé” por “fincar o pé”, mas porque estamos a tomar decisões baseados em dados daquela pessoa e daquela família” (E3).

No âmbito da equipa, todos os elementos são importantes, pois todos fornecem contributos diferenciados que dão fundamento às decisões e qualidade às ações, no entanto, a existência de falhas pode comprometer todo o processo, pondo, simultaneamente, em causa a qualidade dos cuidados prestados (Lucas, 2010). Corroborando Neves (2012, p.126), *“a prática não deverá apenas ser multiprofissional, em que num mesmo contexto trabalham vários profissionais, mas multidisciplinar, em que as várias disciplinas aprendem das outras, com as outras e sobre as outras”.*

Neste contexto, o **trabalho em equipa**, para além de constituir um desafio, é, essencialmente, uma exigência, *“uma equipa que se consiga entender, quando falo em equipa, falo em médicos, em enfermeiros..., é o fundamental (...) e quem tem a ganhar com isso tudo é o doente que está no centro (...) no meio de toda essa envolvência (...) não havendo todo esse trabalho em equipa, acho que o doente acaba por ser prejudicado” (E44).* De acordo com Cardoso e Hennington (2011), o trabalho em equipa surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos cuidados. Os mesmos autores lembram que a composição de equipas nos serviços não corresponde necessariamente à configuração de “trabalho em equipa”.

Na perspetiva dos participantes, *“os enfermeiros, (...) ao darem mais valor ao relacionamento interpessoal que existe entre a equipa, entre todos os profissionais, contribuem para que tudo funcione” (E44).* Tal como referido por Neves (2012), o trabalho em equipa multidisciplinar exige não só colaboração, mas sobretudo interação e negociação entre os seus membros. É neste contexto que o ICN (2015) defende que os enfermeiros são a “cola” que mantém o sistema da saúde intacto, dado que apresentam competências para gerir as interações entre a equipa.

Cardoso e Hennington (2011) referem que o cuidado prestado no contexto hospitalar depende da conjugação do trabalho dos vários elementos da equipa, exigindo o entendimento das práticas dos demais profissionais, bem como a identificação de que o conhecimento do outro é útil e indispensável, o que efetivamente foram aspetos abordados pelos participantes.

Em relação à **valorização da organização dos cuidados de enfermagem**, emergiram opiniões distintas, frequentemente influenciadas pela relação estabelecida entre os diferentes elementos da equipa, *“para nós é agradável perceber o que a equipa médica nos diz: eu quero que este doente vá rapidamente para o serviço porque tenho mais confiança e mais tranquilidade com a organização dos cuidados no serviço. Isso revela efetivamente o grau de confiança que têm nos nossos cuidados” (E40).* Por outro lado, há situações menos positivas, *“cada parcela do conhecimento preocupa-se com o seu*

saber, mas não se preocupam muito com o nosso trabalho, ou seja, com as nossas rotinas, com as nossas dinâmicas (...) *Aí, acho que podia haver uma sensibilização maior*” (E18).

Outro dos fatores que influencia as práticas multidisciplinares refere-se à **valorização dos enfermeiros**, *“a equipa multidisciplinar, tem grandes benefícios com a atuação da enfermagem e efetivamente o enfermeiro é considerado um elo fundamental, embora algumas vezes subvalorizem o seu papel”* (E55). A subvalorização a que se refere o participante foi também confirmada na investigação realizada por Hart (2015). Corroborando Neves (2012), a equipa tem de compreender as competências e os saberes dos seus profissionais, e tirar partido disso no benefício de todos. Na perspetiva do ICN (2015), os enfermeiros são vitais para a continuidade dos cuidados e para a coordenação dos serviços prestados aos clientes pelos diferentes profissionais de saúde, onde as relações e a comunicação são fundamentais.

O papel do enfermeiro, enquanto *“defensor de muitos aspetos que o doente necessita”* (E55), é, na perspetiva de um participante, *“uma sina que desde que eu me conheço nesta profissão existiu e continua a existir, em prol do bem-estar do doente, muitas vezes se o enfermeiro não aparece a lembrar, a solicitar algo que inclusive não é da sua competência, o doente ficaria a perder”* (E55). E como clarifica o participante, *“este aspeto, que alguns dizem que é um excesso de humanismo, que é baseado em modelos que já estão fora de moda e que já estão ultrapassados, que cada equipa deve ser responsável pelos seus atos, mas efetivamente na prática eu sinto que, se não tivéssemos essa atitude, o doente perdia e como tal agimos sempre em função do doente”* (E55).

Apesar de menos frequentemente referido, há contextos em que os enfermeiros se sentem valorizados, *“acho que os restantes elementos da equipa, na minha perspetiva, sempre (...) viram o enfermeiro como um elemento importante para a equipa. (...) acho que há esse reconhecimento”* (E53); *“acima de tudo valorizam-nos e reconhecem as nossas funções”* (E4). Corroborando Neves (2012), os profissionais de saúde têm competências diferentes e o funcionamento eficaz da equipa depende da compreensão e valorização das respetivas funções e responsabilidades.

Dos discursos dos participantes, também ficou claro que o **conhecimento dos enfermeiros** é essencial no desenvolvimento das práticas multidisciplinares, *“em tudo, quanto maior é o conhecimento, melhor cuidamos do doente porque conhecemos mais e sabemos melhor o que estamos a fazer. Perante as nossas equipas multidisciplinares é fundamental”* (E46); *“a equipa multidisciplinar respeita os enfermeiros de acordo com a sua capacidade e os seus conhecimentos, e se nós argumentarmos (...) com conhecimentos científicos, nós somos respeitados”* (E51).

Nos contextos da prática hospitalar, há enfermeiros a quem é *“reconhecido o valor (...) são respeitados na sua opinião, porque a fundamentam, e porque já deram provas”* (E47). Atendendo a que os enfermeiros exercem funções em serviços de diferentes especialidades, foi identificada pelos participantes a necessidade de, no âmbito das práticas multidisciplinares, desenvolverem conhecimentos específicos nessas áreas, *“nós somos enfermeiros generalistas, de todas as áreas, e na realidade, onde desempenhamos funções são áreas específicas e portanto também devemos desenvolver conhecimentos nessas áreas”* (E13). Na verdade, será esse conhecimento que permitirá a parceria nos processos decisórios.

Para além disso, os enfermeiros parecem vinculados à ideia de que o reconhecimento está relacionado com os conhecimentos que possuem, *“há uma grande percentagem de enfermeiros que têm pós-graduações, mais nesta área específica. Eu falo concretamente com os médicos, com quem nós trabalhamos no nosso dia-a-dia. (...) Eu acho que eles realmente reconhecem que os enfermeiros têm conhecimentos nesta área e estão à vontade connosco (...) confiam em nós”* (E15).

No âmbito das práticas multidisciplinares, é imperativo que o conhecimento usado pelos enfermeiros seja o conhecimento que advém da disciplina de enfermagem. Caso contrário, podemos estar perante práticas multiprofissionais e não multidisciplinares, dimensões que importam clarificar. Neste sentido, *“quando existem práticas específicas de enfermagem que interferem na parceria que temos que estabelecer (...) sobretudo com os médicos (...) é sobretudo nessa área que eu tenho que integrar o meu conhecimento disciplinar”* (E3).

O **reconhecimento da dimensão autónoma dos enfermeiros** passa também pela valorização dessa dimensão disciplinar. Na perspetiva dos participantes, esse reconhecimento é essencialmente notório no domínio das especialidades, *“nas áreas de especialidade eu vejo muito isso, por exemplo (...) os médicos (...) já pedem muito a opinião ao enfermeiro especialista em reabilitação, o que é que acha, se aquela pessoa realmente tem potencial de melhorar (...) Acho que já se começa a notar mais, mas eu acho que é mais nas áreas da especialidade”* (E20); *“Eu sou procurada como especialista de reabilitação e eu sinto que tenho a minha importância tendo esta especialidade aqui (...) neste serviço, porque eles veem a importância disso e reconhecem-na”* (E28).

Apesar de tudo, o reconhecimento ainda não é sentido em todos os contextos e por parte de todos os profissionais da equipa multidisciplinar, *“em termos da classe médica (...) ainda continuamos na era do século passado (...) com pequenas exceções, porque há alguém que já nos reconhece e valoriza pelo nosso trabalho, mas a maior parte ainda não. Nós somos meros executores das prescrições (...) acho que vamos ter de evoluir*

bastante, nesse sentido” (E52), o que denota a influência do modelo biomédico nas instituições de saúde, nomeadamente no contexto hospitalar (Morais, 2012).

Importa, no entanto, considerar, que o não reconhecimento da dimensão autónoma também é consequência das nossas ações, *“nós somos absorvidos com a rotina do dia-a-dia e não temos a preocupação de tentarmos valorizar aquilo que fazemos”* (E52) e decorrente dessas atitudes, *“é a tal filosofia de vida, se não és mais forte do que eles, junta-te a eles e, portanto, vão descurando (...) a afirmação da sua função autónoma”* (E33).

Como clarifica um participante, *“ainda estamos muito longe de ter um reconhecimento das funções específicas de cada um, ou seja, o enfermeiro tem que dar reposta a prescrições (...) mas, tem também a tal área autónoma que, consciente ou inconscientemente, os médicos não veem isso, mas que concorre também para a melhoria da situação clínica dos doentes”* (E33), e essencialmente para *“uma maior autonomia do doente e para o doente ir embora mais rápido e mais capacitado”* (E33). Decorrente do referido pelo participante, há a probabilidade dos outros profissionais não conhecerem a amplitude do domínio autónomo do exercício profissional dos enfermeiros, ou então, terem um conhecimento superficial permeado por aspetos históricos, frequentemente redutores da prática de enfermagem.

Os resultados do estudo realizado por Backes, Sousa e Erdmann (2008), demonstraram que os enfermeiros desempenham um papel relevante no contexto hospitalar, embora a sua área específica de atuação seja pouco visível e pouco reconhecida pelos outros profissionais da equipa de saúde.

O reconhecimento dos **limites do exercício profissional** é outro dos fatores que influenciam as práticas multidisciplinares, *“trabalhamos com equipas multidisciplinares... trabalhamos muito (...) no limiar das competências de outras profissões, e com risco de darmos o salto inconscientemente”* (E39). Neste sentido, *“enquanto enfermeiros, não devemos querer que terceiros invadam a nossa esfera de competências, mas também devemos respeitar solenemente a esfera de competências dos outros... E por uma questão de convivência saudável, acho que cada enfermeiro deve ter uma noção (...) do seu limite”* (E39).

O reconhecimento desse limite passa por perceber *“até onde pode ir e a partir de onde, tem que solicitar a colaboração de terceiros, para colmatar o cuidado que é necessário para determinado doente”* (E39). No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) de acordo com o artigo 112.º relativo aos deveres para com outras profissões, os enfermeiros assumem o dever de *“atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”* (p.8080).

O problema é que *“nós somos uma equipa multidisciplinar mas todos temos as nossas fronteiras, da nossa disciplina, e andam todas ali lado a lado e às vezes cada um quer alargar um bocadinho mais a sua fronteira”* (E10). Tal como clarificado pelo participante, no sentido de alargar a fronteira, recentemente, na enfermagem, tem-se vindo a pensar num *“caminho que não sei se é o mais correto, por exemplo, com as prescrições, a prescrição de exames (...) etc. Se é assim que nós nos pretendemos fazer valer perante a equipa, não sei se será, porque o nosso objeto de estudo é aquela pessoa e as suas repostas humanas (...) e não tanto a doença, para isso está, por exemplo, a medicina”* (E10).

Temido e Dussault (2014), citando a Organização Mundial da Saúde, lembram que são vários os países em que se tem assistido a experiências de combinação de tarefas entre médicos e enfermeiros, no entanto em Portugal essa problemática tem gerado alguma controvérsia. O próprio enquadramento legal, nomeadamente o artigo 11.º do Código Deontológico dos Médicos (Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho), refere-se aos atos de diagnóstico médico e de prescrição como insuscetíveis de delegação. Para além disso, e tal como referido pelos autores (Temido e Dussault, 2014, p.50), em Portugal, *“o desenvolvimento da enfermagem pela via da partilha de alguns papéis que são reservados ao exercício médico não beneficia de um consenso generalizado, designadamente no seio da própria profissão”*.

Corroborando Silva (2007), é premente a necessidade de refletir sobre o sentido de direção para o desenvolvimento da enfermagem, vislumbrando-se na perspetiva do autor duas opções. Por um lado, o sentido de prática avançada, que significa mais competências para o desempenho centrado numa lógica executiva, frequentemente baseada em modelos biomédicos, ou por outro lado, uma perspetiva de enfermagem avançada, que significa maior competência para o desempenho *“centrado nas repostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem”* (ibidem, p.19).

Ainda no âmbito das práticas multidisciplinares, a valorização dos enfermeiros está frequentemente relacionada com a informação que possuem, *“somos um elemento de facto muito importante e acabamos por estar muito mais tempo próximo do doente, veiculamos muita informação importante para os cuidados que as outras equipas têm de prestar e que têm de delinear”* (E53). Backes, Sousa e Erdmann (2008) referiram que o enfermeiro no contexto hospitalar é frequentemente o ponto de convergência e de distribuição de informações para a grande maioria dos profissionais de saúde. Neste sentido, a **relevância da informação transmitida** é outro fator que pode influenciar as práticas multidisciplinares.

A ênfase atribuída à quantidade e qualidade dos dados recolhidos ficou evidenciada nos discursos dos participantes, *“eu faço esse esforço de procurar o máximo de dados (...) os meus dados têm que ser verdadeiros para depois eu, de alguma forma, poder tomar decisões e participar em decisões no que é a minha disciplina na equipa. E, portanto, é esse o cuidado que eu tenho (...) cuidado no rigor, na certeza daquilo que eu estou a dizer”* (E21).

Neste sentido, *“sempre que o nosso contributo é feito com rigor, eu não tenho dúvidas nenhuma que ele é aceite (...) Não sendo, perdemos credibilidade”* (E21) e, como consequência, os outros profissionais da equipa multidisciplinar vão provavelmente ignorar a informação por nós transmitida. Como clarificado pelo participante, *“quando se diz alguma coisa tem que ser muito refletido, eu tenho que ter os dados todos para depois tomar partido na decisão que pode ser conjunta ou não”* (E21).

Ainda no âmbito das práticas colaborativas, surgiram referências à delegação, que na perspetiva de Loureiro et al. (2012), constitui uma área extremamente importante, não apenas em termos jurídicos, éticos e deontológicos, como também na prestação de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007a), entende-se por delegação a transferência, para um indivíduo competente, funcionalmente dependente do enfermeiro, da autoridade para realizar uma determinada tarefa, sendo que o enfermeiro mantém e retém a responsabilidade pela delegação. Neste sentido, o enfermeiro pode delegar componentes dos cuidados, ou seja, tarefas que são atos necessários para a concretização do cuidado, mas não são o cuidado em si (Loureiro et al., 2012), sendo que o processo de cuidados e o juízo clínico de enfermagem não podem ser delegados.

Da análise dos discursos dos participantes, os **fatores que determinam a delegação** estão frequentemente relacionados com a sobrecarga de trabalho, a perceção de que a atividade pode não ser do domínio das suas competências, e a falta de tempo.

Relativamente à sobrecarga de trabalho, *“muitas vezes (...) achamos que estamos sobrecarregados e achamos que a maneira mais fácil de nos livrarmos do facto de estarmos sobrecarregados é delegarmos noutros”* (E9), o problema é que *“nós estamos a delegar coisas que são muito importantes e que podem fazer muita diferença na própria sustentabilidade da profissão”* (E9).

No que concerne ao domínio das competências, *“a partir de determinada altura... os senhores enfermeiros acharam que não era da sua competência pôr a arrastadeira, nem tirar a arrastadeira, nem levar ao banho”* (E47), a questão é que se *“isto não é da nossa competência, porque é do médico, aquilo não é da nossa competência, porque é do fisioterapeuta, aquilo não é da nossa competência, porque é do assistente operacional, então podem ir para casa, porque sobra muito pouco... não precisamos de ter cá tantos”* (E47).

Para além dos dois fatores referidos, importa relevar que frequentemente *“perante a falta de tempo, somos quase obrigados a delegar”* (E4); *“nós delegamos, muitas vezes, quando não temos tempo”* (E35).

Independentemente dos fatores que determinam a delegação, foi consensual entre os participantes que a *“delegação de tarefas que se fazem naqueles que são funcionalmente dependentes de nós, é um grande problema”* (E47). Os **erros comuns na delegação** são apresentados pelos participantes com algum receio, *“há áreas que são importantes e nós delegamos frequentemente aquilo que é autónomo”* (E41), havendo a perceção de que *“é com essas coisas que nós vamos perdendo conteúdos funcionais...”* (E9).

É claro que se pode *“delegar em certos momentos e, em algumas pessoas, não em todas (...) só podem delegar a quem tem competências, mas têm que assumir a responsabilidade e controlar (...) e ver se está tudo bem”* (E41). Tal como enunciado no Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, p. 8078), no artigo 100.º, *“o enfermeiro assume o dever de: (...) b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”* e de acordo com o artigo 109.º do mesmo documento, *“o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delega, assumindo responsabilidade pelos mesmos* (ibidem, p.8080).

Contudo, conforme referido pelos participantes, *“isso às vezes não existe (...) os enfermeiros dão um tiro nos pés relativamente a isso porque delegam tudo; delegam uma coisa, delegam a responsabilidade sobre a coisa (...) e, qualquer dia querem deixar de delegar e já não têm para deixar de delegar porque aquilo já não é deles, já está delegado por natureza”* (E21).

O problema é que *“as pessoas ainda não perceberam que quando se delega um determinado conjunto de coisas, a responsabilidade é de quem delegou (...) Para além de que não abona nada a favor da profissão...”* (E47). Com a agravante de que, *“muitas vezes, leva a que os enfermeiros erradamente perguntem mais coisas aos assistentes operacionais, coisas que são deles, coisas que são dos enfermeiros...”* (E21).

Dando continuidade aos erros inerentes à delegação estão os relativos à tomada de decisão dos enfermeiros, uma vez que, após avaliar as necessidades do cliente e planear os cuidados, são eles que determinam quais tarefas podem ser delegadas (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

Relativamente ao autocuidado higiene, não é o local onde o cliente vai realizar o autocuidado que define quem é profissional que o vai cuidar, neste sentido, *“olhando para o doente do ponto de vista hemodinâmico, estando estável e não tendo feridas, o que define se o doente precisa de um enfermeiro, é a necessidade da capacitação para o autocuidado ou não”* (E14). No entanto, atualmente, nas situações em que *“o doente*

pode ir ao WC, tem equilíbrio corporal sentado, não é agitado, não há risco de queda... vai ao WC e vai com uma auxiliar... tendo ou não tendo potencial para a aprendizagem de técnicas para se autocuidar (...) e o doente que está na cama e que não tem problema nenhum, mas como é banho na cama, é o enfermeiro a dar” (E14). Decorrente do referido, o critério é: toma banho na cama – é o enfermeiro; toma banho no WC – é o assistente operacional, o que de facto não parece ser a melhor forma de prestarmos cuidados, até porque não responde ao melhor interesse do cliente.

Na sequência desses critérios, muitas vezes, *“o doente que vai ao duche (...) é um doente que tem um potencial de reabilitação. Portanto, se calhar o momento do duche, é um momento extremamente importante para desenvolver essa capacidade funcional e ao ser delegada essa intervenção, é um momento que se perde... que teria sido precioso”* (E10). Para além disso, como consequência da delegação inerente ao autocuidado higiene, *“é o assistente operacional que faz, depois não se vigia a pele e (...) o doente aparece com uma úlcera de pressão de categoria 1 que só foi vista à tarde e que não é preciso muito tempo para agravar... sabe-se, que uma úlcera de pressão de categoria 1, rapidamente passa para uma úlcera de categoria 2”* (E10).

Conhecidos os erros que os participantes consideram mais frequentes, importa refletir sobre as situações em que ocorre a delegação. No âmbito das **tarefas delegadas nos assistentes operacionais**, nos discursos, foi evidente a referência à avaliação das condições para a delegação da tarefa, a identificação da pessoa a quem se delega a tarefa, a informação sobre a tarefa, a tarefa delegada, a consciência da responsabilidade da tarefa delegada e a supervisão da tarefa delegada.

De acordo com o Parecer nº 136/2007 (Ordem dos Enfermeiros, 2007a), o enfermeiro deve delegar a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob a supervisão adequada. Pela análise dos relatos, é notada a preocupação de alguns enfermeiros em delegar as tarefas sob determinadas condições e cumprindo determinados critérios, inerentes aos cinco certos da delegação.

No que concerne à avaliação das condições para a delegação da tarefa, o potencial para complicações pode ser o critério, *“quando tenho que delegar, habitualmente os doentes em que o potencial para complicações é muito elevado, as tarefas não são delegadas. Tem que lá estar o enfermeiro (...) quer seja no banho, quer seja na alimentação (...) Nem que ele espere uma hora”* (E3), o que de facto pode acontecer nas situações em que mais doentes necessitem dos cuidados do enfermeiro.

Em relação ao autocuidado tomar banho, *“antes de decidir se o doente vai com ajuda, se toma banho na cama (...) primeiro avalio o potencial que a pessoa tem para, só unicamente, com a assistente operacional, conseguir executar aquela atividade eficazmente”* (E5). Relativamente à alimentação, *“os doentes que não têm problemas de*

deglutição (...) e que tenham alguma limitação na alimentação... essa tarefa é facilmente delegada às assistentes operacionais... tendo sempre em conta que há aqueles doentes com risco de aspiração e com disfagia, em que é necessário (...) uma avaliação do enfermeiro” (E2).

Os relatos evidenciam a preocupação dos enfermeiros em verificar os critérios para a delegação, bem como em avaliar a situação, tal como enunciado no Parecer nº 136/2007 (Ordem dos Enfermeiros, 2007a). O problema é que o referido nem sempre acontece, *“muitas vezes delega-se a alimentação dos doentes (...) sem se avaliar o risco de aspiração. Esse é um aspecto (...) muito perigoso. Aqui há uns tempos (...) estavam dois doentes na sala e estava uma enfermeira a alimentar um doente e uma senhora auxiliar a alimentar outro doente... essa fotografia foi tirada e depois fizemos reflexão sobre ela, porque o doente com risco de aspiração estava a ser alimentado pela auxiliar” (E21).*

Outro aspeto importante refere-se à identificação da pessoa a quem se delega a tarefa. De acordo com o artigo 10.º do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p.2961), *“os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar”*. Em consonância com o referido, no discurso dos participantes, emergiu a preocupação em identificar a pessoa certa, *“quando delego tenho o cuidado de ver também a quem delego. Ainda que, tenham todas o mesmo grau profissional aqui na instituição, sem dúvida que também reconhecemos determinadas competências de algumas pessoas e de outras não (...) E depois, isso vai também condicionar o grau e a forma como se delega” (E24).*

Tal como enunciado no Parecer nº 136/2007 (Ordem dos Enfermeiros, 2007a), o enfermeiro é responsável por ajuizar a competência daquele a quem vai delegar, antes de proceder à delegação de qualquer tarefa. Mais uma vez, o problema está no facto de os enfermeiros, às vezes, não se certificarem que aquele profissional está capacitado para a execução da tarefa, *“delegamos muito na alimentação. Acho que aí é onde a gente delega mais vezes tarefas e que muitas vezes não devia ser e já tive doentes quase a aspirar por causa disso” (E14).* Efetivamente, *“não tem que ser obrigatoriamente o enfermeiro, porque nós também treinamos o prestador de cuidados (...) agora temos é de ter a certeza (...) que aquele profissional em quem a gente delegou tenha conhecimentos para o fazer... Porque não é só por trabalhar no hospital... temos de ter a certeza que aquele profissional também sabe” (E14).*

A necessidade de transmitir informação sobre a tarefa delegada foi outro aspeto relevado pelos participantes, *“também há situações que a auxiliar não tem propriamente que saber porquê, também não teve formação, mas de alguma forma, tem a equipa de enfermagem que tem responsabilidade também formativa nesse aspeto” (E24);* por exemplo, às vezes,

“acham que é chegar lá e dar a alimentação ao doente e, nem sequer o procuram posicionar corretamente para não se engasgar (...) mas procura-se sempre tentar falar com elas para terem esse cuidado” (E23).

No que concerne às tarefas delegadas, as mais frequentes são, sem dúvida, as inerentes à higiene e à alimentação, *“por norma costume a delegar os cuidados de higiene no assistente operacional”* (E4); *“delegamos algumas vezes a alimentação, particularmente em utentes que não têm alterações, que não se engasgam, que não têm disfagias”* (E26). Conforme confirmado pelos relatos dos participantes, a delegação pode ocorrer relativamente a *“várias atividades, principalmente tudo o que está relacionado com autocuidados”* (E5).

A consciência da responsabilidade da tarefa delegada foi manifestada, *“eu delego pouco e quando delego claramente com preocupação e com a assunção da responsabilidade (...) no que eu delego eu tenho plena consciência de que eu sou o responsável”* (E21); *“de uma forma geral, acho que há essa preocupação, porque somos sempre nós que temos que dar resposta pelos nossos doentes (...) a responsabilidade é nossa”* (E36).

A necessidade de supervisão da tarefa delegada foi também referida pelos participantes, *“no caso de ter que delegar tenho sempre que supervisionar”* (E20); *“se for um doente que tenhamos alguma dúvida, em relação ainda às suas limitações e ao seu estado em geral... deslocamo-nos até junto do doente e da assistente operacional, durante (...) o procedimento... para confirmar se está tudo bem, se não existe nenhum problema”* (E2); *“não consigo delegar e deixar... acompanho (...) a maioria faz isso, não sou só eu. Na verdade, as pessoas delegam, mas acompanham de muito próximo, felizmente”* (E26). Do mencionado, constatamos que ainda em consonância com o Parecer nº 136/2007 (Ordem dos Enfermeiros, 2007a), os enfermeiros revelam preocupação em supervisionar, acompanhar e avaliar o desempenho da tarefa.

Contudo, a ausência de supervisão também foi encontrada nos discursos, *“o enfermeiro não vai supervisionar nada daquilo que delegou (...) o enfermeiro vai no fim daquilo tudo, perguntar se ele comeu, quanto comeu, se se engasgou, se não se engasgou”* (E21); *“naqueles doentes assim mais autónomos, cujo internamento é mais prolongado e que precisam apenas de uma ajuda... acabamos por, se calhar, facilitar um bocadinho e a assistente operacional no fim só nos diz se existiu alguma intercorrência”* (E2).

Para além da delegação em profissionais funcionalmente dependentes do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2007a), foi também abordada pelos participantes a delegação de tarefas no âmbito dos cuidados especializados. No Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, no âmbito do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Dos discursos dos participantes, relativamente às **tarefas inerentes a cuidados especializados delegadas nos enfermeiros**, emergiu a preocupação em avaliar as condições para a delegação da tarefa, a identificação da pessoa a quem se delega a tarefa, a informação sobre a tarefa delegada, a tarefa delegada e a supervisão da tarefa delegada.

A avaliação das condições para a delegação da tarefa constituiu a primeira preocupação manifestada pelos participantes, tal como evidenciado no exemplo, *“estou a fazer um treino de deglutição, o doente está a tolerar (...) mas eu ainda precisava de o avaliar mais algum tempo, mas vai entrar o fim-de-semana e eu não vou estar cá... se eu vir que o doente já não se engasga eu peço a uma colega (...) se ele tiver risco de aspiração, suspende e só inicia na próxima segunda-feira”* (E37).

Embora as condições para a delegação da tarefa inerente a cuidados especializados sejam avaliadas, a possibilidade de insucesso decorre frequentemente da não execução dessas tarefas pelos enfermeiros de cuidados gerais, *“muitas das vezes, também delego essas atividades nos colegas e, às vezes é uma desgraça porque eu sei que não o fazem (...) Noto muito mais isso agora do que era antigamente... (E34).* Efetivamente, *“há uns anos atrás, quando o especialista do serviço me dizia, eu tinha todo o orgulho em fazer e agora não”* (E34).

A preocupação em identificar a pessoa a quem se delega a tarefa também foi evidenciada nas narrativas, *“quando delego alguma coisa, não delego a qualquer elemento da equipa, tem que ser naquela pessoa que eu acho que está mais capacitada para poder realmente desempenhar essa função”* (E35); *“só delego quando eu para comigo próprio, sei que a pessoa tem capacidade, já observei e supervisionei e sei que executa bem”* (E38).

A transmissão de informação sobre a tarefa delegada foi outro dos aspetos manifestados, *“aquelas formações que eu fiz, um dos objetivos era (...) criar esta ligação entre os dois, entre o que eu achava ser a minha função e o meu trabalho dentro da equipa e, ao mesmo tempo, aquilo que eu sei enquanto enfermeiro de cuidados gerais e que, portanto, poderei fazer... Pelo menos aprendiam as técnicas, aprenderam-nas e sabem-nas fazer”* (E27). O referido demonstra a preocupação dos enfermeiros especialistas agirem em conformidade com o regulamentado.

Em relação às tarefas delegadas, *“procedimentos como o treino de marcha, como os levantes (...) eles têm os conhecimentos e a prática já suficiente”* (E27); *“os casos dos treinos da reeducação vesical normalmente é que costumam dar... problemas (...) ando há anos a dizer a mesma coisa, mas continua a ser necessário (...) de um dia para o outro, as coisas até correm bem... Metendo um fim-de-semana já é mais complicado, já falha”* (E37).

Por último, foi também identificada a preocupação com a supervisão das tarefas delegadas, *“nós vamos dar contributos a outro para que ele possa fazer e desenvolver... Depois supervisiono e vejo se realmente foi efetuada ou não, e se está a desenrolar da melhor forma (...) porque sou só uma”* (E29); *“depois fico triste quando chego lá e o doente não está com alinhamento corporal, com padrão anti-espástico”* (E25).

Considerando o enunciado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicado pelo Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro, para além da área da prestação de cuidados, os enfermeiros podem exercer a sua atividade nas áreas da gestão, ensino, formação ou assessoria, sendo que nestes domínios a sua atuação visa a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem. Relativamente à área da gestão, da análise dos discursos, emergiram elementos passíveis de serem enquadrados no processo de gestão.

Teixeira (2013) refere que o processo de gestão engloba quatro funções fundamentais: planeamento, organização, direção e controlo. No contexto da enfermagem, os enfermeiros gestores são os principais responsáveis pelo desenvolvimento, implementação e monitorização do processo de gestão no serviço, sendo simultaneamente responsáveis pela garantia da qualidade dos cuidados prestados (Fradique e Mendes, 2013).

Nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática **processo de gestão**, emergiram como categorias: planejar, organizar, dirigir e controlar (Quadro 20).

Quadro 20 - Processo de gestão

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Planejar	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Definição de objetivos</i> · <i>Elaboração do plano de ação</i> · <i>Implementação do plano de ação</i>
Organizar	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Distribuição do trabalho</i> · <i>Identificação dos enfermeiros para execução das atividades</i> · <i>Atribuição de responsabilidades</i>
Dirigir	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Definição de um propósito comum</i> · <i>Estratégias de liderança</i> · <i>Estratégias de desenvolvimento profissional</i>
Controlar	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Supervisão dos cuidados de enfermagem</i> · <i>Avaliação de desempenho dos enfermeiros</i> · <i>Estratégias de melhoria da qualidade</i>

Segundo Chiavenato (2014), planejar é definir os objetivos e escolher antecipadamente o melhor curso de ação para alcançá-los. No âmbito do planejar, da análise dos discursos, emergiu a preocupação com a **definição de objetivos**, *“temos que ter um conhecimento da equipa, também do serviço, e com base nisso, é necessário planejar no serviço que temos, o nível de cuidados que nós pretendemos, conhecer bem a missão da instituição*

e do serviço, e definir os objetivos... precisamente para se conseguir dar resposta às necessidades de cuidados” (E48).

Decorrente do valor atribuído aos objetivos, a ausência dos mesmos foi referida pelos participantes, *“a mim irrita-me muito não haver objetivos... Porque se não há objetivos, nós não sabemos... nós temos de saber como é que estamos... Não basta dizer que presto bons cuidados, eu quero saber se o meu serviço também presta bons cuidados” (E14).* Tal como reforçado pelo participante, é crucial saber *“o que nós temos de fazer para melhorar e qual é o objetivo que pretendemos alcançar (...) temos que perceber para onde caminhamos... Às vezes, é isso que está a faltar” (E14).* Potra (2015), no estudo que realizou com enfermeiros com funções de gestão operacional, também constatou que a maioria dos participantes não referiu o estabelecimento de objetivos a médio ou a longo prazo relativamente aos cuidados de enfermagem ou à sua melhoria, o que levou a autora a equacionar que a forma como encaram a gestão é mais reativa aos acontecimentos do que proativa.

Ainda integrada no planeamento, a **elaboração do plano de ação** foi mencionada, *“temos um plano (...), sabemos quais são os nossos objetivos... os objetivos do serviço não são só para os gestores, mas também para quem cá está (...) todos temos que ter a nossa participação” (E28); “quando eu vim para aqui a primeira reunião de serviço que tive com eles (...) foi para apresentar o plano de atividades do serviço e fazer com eles o acompanhamento e dizer em que ponto nós estávamos... eles não estavam habituados, eles não conheciam o plano de atividades do serviço (...) agora comigo, eles fazem, colaboram no plano” (E41).* Efetivamente, conhecer o plano de ação *“é essencial para as pessoas sentirem que o serviço também é delas” (E54),* o que culmina num maior comprometimento dos enfermeiros com os objetivos e, conseqüentemente, com a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, no âmbito da **implementação do plano de ação**, tal como evidenciado pelos participantes, todos os enfermeiros têm responsabilidade no atingimento dos objetivos, *“a diferença depois está em ver uns trabalham mais numa área, outros trabalham mais noutra e (...) em conjunto, daquilo que depende da nossa ação, tentamos melhorar, para conseguirmos realmente atingir os objetivos (...) e fazermos parte de uma casa em que temos algo a poder demonstrar, fazer, modificar” (E28).*

De acordo com Chiavenato (2014, p.175), *“para que os objetivos possam ser alcançados, os planos possam ser executados e as pessoas possam trabalhar eficientemente, as atividades precisam ser agrupadas de maneira lógica e a autoridade distribuída de maneira a evitar conflitos e confusões”.* Em consonância com o referido, no âmbito da categoria organizar, nos discursos dos participantes, emergiram particularidades relativamente à **distribuição do trabalho** e à designação das pessoas para a sua

execução, “cada enfermeiro que entra, sabe o que é que lhe está atribuído em termos de funções, quer na prestação direta de cuidados, quer em funções na retaguarda, seja a supervisão, seja a resolução de problemas inesperados que surjam, acima de tudo, é importante que cada um (...) saiba o que é que é esperado de si” (E39);

A **identificação dos enfermeiros para a execução das atividades** planeadas foi outro aspeto relevado, “o enfermeiro gestor tem de saber identificar o enfermeiro certo para a realização de cada atividade” (E4); “eles têm que saber o que é que cabe a cada um deles (...), porque se não for assim... eu não posso chegar ao fim do ano e dizer: a senhora não fez nada e ela diz-me: sim, e o que era esperado de mim? (...) é muito importante que as pessoas saibam o que é esperado delas” (E41).

A **atribuição de responsabilidades** e, por sua vez, a distribuição da autoridade, também foram evidenciadas, “temos situações bem definidas do ponto de vista daquilo que são as funções dos enfermeiros das diferentes áreas (...) os enfermeiros têm particularidades em que têm responsabilidades acrescidas e é claro que dessa forma contribuimos precisamente para atingir um todo onde o serviço se complete” (E48); “está perfeitamente definido (...) quem são os responsáveis pelos ensinamentos clínicos dos mestrados... o responsável pelos ensinamentos clínicos da licenciatura, portanto isso está tudo definido... essas pessoas depois têm que me dar o relatório no final do ano e eu vou monitorizando ao longo do ano” (E46).

Após planear e organizar, surge a função dirigir. Segundo Chiavenato (2014), para dirigir os colaboradores, é preciso liderar e motivar. Como não existem organizações sem pessoas, a direção é uma das funções mais complexas, pelo facto de envolver orientação, assistência à execução, motivação, enfim, todos os processos por meio dos quais os gestores procuram influenciar os seus subordinados para que se comportem dentro das expectativas e consigam alcançar os objetivos da organização.

Na perspetiva de Frederico e Castilho (2006), a capacidade do gestor influenciar os resultados da organização depende mais da implementação de estratégias de motivação e liderança do que do seu peso hierárquico.

Neste sentido, e em consonância com a análise dos discursos, uma das prioridades passa pela **definição de um propósito comum**, “naturalmente aquilo que me for pedido e o meu contributo será dado nesse sentido e cada vez mais dizer: o que é dos outros os outros que o façam... e aquilo que é nosso, vamos continuar a apropriar e a não deixar que ninguém se meta no nosso campo. Se nós formos por aqui tenho a certeza que vamos ter um bom futuro” (E40). Dirigir a equipa, reforçando o propósito comum, foi uma estratégia de gestão identificada, “acho que o percurso da enfermagem é um bocadinho aquilo que estamos a fazer, é valorizar aquilo que é nosso, é reforçar a nossa autonomia, a nossa independência, mostrarmos aos outros realmente quem somos, afirmarmo-nos

pela nossa competência, pela nossa autonomia. Nós cá... penso que estamos a fazer isso” (E40). No sentido do referido, está ainda em causa a necessidade dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros prestadores de cuidados terem a mesma orientação concetual e a mesma visão relativamente à enfermagem. Na perspetiva de Potra (2015), o facto do enfermeiro gestor basear a sua prática na área da gestão, numa conceção da disciplina de enfermagem igual à adotada para a orientação da prática clínica, proporcionará uma compreensão comum e uma visão partilhada da missão a todos os enfermeiros.

Vinculando-se à ideia de que aquilo que mais influencia a prática, para além da formação base, é o contexto dos cuidados, os enfermeiros têm vindo a valorizar ambientes da prática facilitadores do seu desenvolvimento, o que ficou evidenciado no discurso, *“neste serviço (...) há uma mudança (...) no sentido de haver um trabalho mais de discussão crítica... mais de partilha... mais de orientação para os resultados (...) as pessoas sentem-se mais responsabilizadas pelos resultados do serviço e por isso também mais motivadas para os atingir e isso acaba por estimular também o trabalho”* (E9). Em consonância com os dados obtidos, Fradique e Mendes (2013) consideraram que o papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança e no desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando em melhor desempenho e maior colaboração.

Inerente ao referido, emergiu dos relatos a importância das **estratégias de liderança** na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos serviços. Para além de ser consensual que a liderança é fundamental, os participantes do nosso estudo consideraram que o estilo de liderança pode fazer a diferença no desempenho dos enfermeiros.

No âmbito dos estilos de liderança, destacaram-se o estilo participativo, *“a enfermeira chefe é uma pessoa que partilha muito a discussão dos problemas, partilha até algumas decisões, é uma pessoa que empodera muito os chefes de equipa a participarem ativamente nessas discussões e que estimula muito o debate”* (E9); o estilo autocrático, *“Portugal saiu da ditadura (...) mas alguns gestores ainda é na base da ditadura! Aquilo tem de estar feito... assim! Porque eu quero!”* (E3) e, por fim, o estilo *laissez-faire*, *“eu tenho um chefe laissez-faire (...) é um bocado desprendido (...) somos nós que temos que resolver a maior parte dos problemas e, é complicado”* (E23).

Ainda relativamente às estratégias de liderança, foram encontradas referências a modelos orientados para as pessoas, *“o papel de chefe entre a hierarquia superior e as pessoas que estão aqui em baixo, não é nada fácil porque se diz que não a alguma coisa, tem de pensar nas consequências que aquilo tem (...) nestes que estão aqui”* (E46). Corroborando Fradique e Mendes (2013), a liderança envolve um processo de

condução de um grupo de pessoas, direcionando-as para a consecução dos objetivos da organização. Neste sentido, cabe aos enfermeiros gestores focalizarem-se nas pessoas, *“também é muito o meu trabalho... cuidar das pessoas... cuidar de quem cuida”* (E50) e estimular as equipas a desenvolver o seu potencial, *“de facto, as equipas andam numa fase de insatisfação, há pequenos grupos dentro da equipa, mas efetivamente penso que é importante conhecer as pessoas, fazê-las chegar ao seu potencial”* (E42). No estudo realizado por Potra (2015), a necessidade de “cuidar dos enfermeiros” da equipa foi também expressa pelos enfermeiros gestores. A valorização de comportamentos de atenção e proteção para com os enfermeiros da equipa foram associados, pela autora, a uma liderança cuidadora.

Segundo os pressupostos da teoria situacional de Hersey e Blanchard (Teixeira, 2013), o estilo de liderança mais eficaz varia de acordo com a maturidade dos subordinados e com as características da situação. Os quatro estilos de liderança propostos pelos autores são: comando, orientação, apoio e delegação.

Dos discursos dos participantes, emergiu a referência à orientação, *“gosto de estar junto dos colegas na prestação de cuidados (...) um terço das pessoas são recém-chegadas ao serviço, portanto, estamos ainda numa fase de orientação, mas tento sempre uma melhoria da qualidade dos cuidados”* (E45). Efetivamente, *“sempre que nós temos elementos (...) recém-admitidos no serviço, a preocupação é maior, porque essas pessoas, têm de ser acompanhadas muito mais de perto, e nesta fase que agora tenho várias enfermeiras recém chegadas ao serviço, a minha preocupação é apoiar estas enfermeiras (...) de maneira a que elas sejam capazes de prestar cuidados seguros e de qualidade”* (E51). As narrativas evidenciam a preocupação do enfermeiro gestor em apoiar os enfermeiros mais novos e/ou menos experientes, numa prestação de cuidados congruente com os padrões de qualidade exigidos.

Para além da orientação, o apoio foi também evidenciado, *“eu quero estar sempre a par da minha equipa para também, nem que seja a título consultivo, estar ao lado deles para os ajudar a remar contra algumas marés”* (E39). O *estar presente* foi um dos principais atributos identificado por Potra (2015) na investigação que realizou com enfermeiros gestores.

Na perspetiva dos enfermeiros, é importante *“ter alguém a puxar por nós, a ajudar-nos, a incentivar-nos, a ver onde é que está a nossa força, que às vezes nós estamos tão envolvidos no dia-a-dia com os problemas, que achamos que já não temos forças (...) porque estamos a ficar mais cansadas e, depois do outro lado, é sempre o estímulo que o chefe me dá”* (E26). Deste achado, infere-se a importância do apoio e da atenção proporcionada pelo enfermeiro gestor/chefe. Acresce ainda, particularmente relevado pelos participantes, o apoio na gestão de conflitos, *“na parte em que sinto mais apoio, e*

muitas vezes necessidade desse apoio, é junto das famílias em situações mais difíceis de gestão de conflitos” (E2).

A delegação foi outro dos estilos de liderança destacado nos discursos, *“eu gosto de delegar nalgumas situações, porque gosto de aproveitar as características que cada um tem e para poderem melhorar e desenvolver essas capacidades que têm e que depois aproveito para o serviço” (E48); “o delegar, até nos chefes de equipa as decisões, eles terem liderado as equipas, foi uma experiência super-rica e mostrou que é sempre esse o caminho” (E42).*

No âmbito da delegação, emergiram preocupações relacionadas com a pessoa a quem se delega, com a informação sobre o aspeto delegado, a necessidade de fortalecer a pessoa em quem se delega, a consciência da responsabilidade pelo que é delegado e a supervisão do que é delegado.

A identificação da pessoa a quem se delega, na perspetiva dos participantes, *“é prioritário e é muito difícil porque se tem de conhecer as pessoas muito bem (...) as características, o seu percurso (...) eu acho que é das partes da área da gestão, das coisas mais difíceis porque em gestão tem que se delegar sempre” (E46).* Em oposição a algumas crenças, *“as pessoas escolhidas, não é pelo facto de ser especialista, o mais velho, já cá tivemos experiências com enfermeiros mais velhos, muito conceituados, excelentes enfermeiros na área da prestação de cuidados (...) mas para gestão não tinham apetência, nem gostavam, nem eram reconhecidos pelos colegas... Neste caso, temos de ir pela competência” (E44).*

Uma vez identificada a pessoa em quem se delega, tal como clarificado por um participante, *“há aquela tendência para dizer que uma boa gestão é aquela em que quando a pessoa não está no serviço, não se nota a falta dessa pessoa (...) penso que é isso que acontece no meu serviço (...) Porque quando não estou, a pessoa em que é delegada a responsabilidade do serviço é uma pessoa em que tenho a máxima confiança” (E40).* Os achados estão em consonância com o referido por Potra (2015), uma vez que, aquando do seu estudo, constatou que a delegação era realizada em elementos da confiança do enfermeiro gestor e reconhecidos pelos pares como competentes.

A informação sobre o aspeto delegado foi também referida pelos participantes, *“é importante que fique explícito o que é que lhe compete fazer... e faço tipo uma listagem, ou seja, de atividades, de problemas para resolver, pedidos que é preciso estar atenta (...) Mas para além da listagem escrita... falamos sempre pessoalmente” (E39); “reúno com essa pessoa (...) passo tudo aquilo que é essencial, passo tudo aquilo que ela terá de fazer... Depois passo essa informação, internamente a toda a equipa, peço a colaboração de todos, é uma pessoa aceite, daí não há problemas” (E44).*

Depois de delegada a tarefa certa e nas circunstâncias certas, surge a necessidade de fortalecer a pessoa em quem se delega, *“as pessoas sabem que estão à vontade... são apoiadas efetivamente nas boas decisões e naquelas que estão menos à vontade ou quando as coisas não correm bem (...) estou disponível para poderem contactar em qualquer momento para tirarem uma ou outra dúvida”* (E40). Na realidade, *“eu nunca posso dizer que foi uma má tomada de decisão (...) é muito fácil julgarmos quando a situação se passou com outros, agora é assim, perante aquele contexto, perante aquelas situações, foi com certeza a melhor tomada de decisão. Nem que depois seja para nós refletirmos para a próxima fazermos melhor”* (E41); *“cada vez mais quando eu chego dizem aconteceu isto e tomei esta decisão, eu reforço positivamente e digo: muito bem, ótimo, eu faria exatamente da mesma forma e é assim que as coisas acontecem”* (E40). Outro aspeto encontrado nas narrativas refere-se à consciência da responsabilidade pelo que é delegado, *“delego sempre continuando a assumir a responsabilidade, eu ponho-as sempre à vontade”* (E41).

Por último, a supervisão do que é delegado também foi salientada, *“delego sempre com supervisão. Imagine que no horário ela aceita uma troca, depois tenho que ver sempre as faltas, confirmar sempre essas questões”* (E45); *“e depois é a monitorização e o controlo... porque se as coisas estiverem a correr bem, nós sabemos... monitorizamos, reunimos, conversamos e portanto isso tudo é feito claramente”* (E46).

No âmbito da categoria dirigir, surgiram ainda referências às **estratégias de desenvolvimento profissional** dos enfermeiros. Nos discursos dos participantes, foi evidente o incentivo à formação, *“a formação profissional é um aspeto que nós tentamos incutir nos nossos profissionais para que cada vez mais consigam prestar melhores cuidados (...) quase todos os enfermeiros têm formação complementar, seja a nível da especialização, seja a nível de mestrados, já alguns inclusive sei que até doutoramentos”* (E40). O que se pretende é que *“os profissionais se enriqueçam pessoalmente, mas que isso seja um contributo em termos profissionais, e naturalmente, se assim for, também a nível da própria enfermagem isso acaba por ser benéfico”* (E40).

Posteriormente, *“claro que eu ao incentivá-las, sei que a seguir tenho que ter espaço na minha gestão de escalas para lhes dar as condições para frequentarem as atividades letivas, uma vez que depois têm condicionantes de horário (...), mas tudo isso se faz (...) Do lado da chefia tem de haver abertura para essa receção e também capacidade para dar resposta”* (E39). O mencionado vai ao encontro do Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, no âmbito do qual cabe ao enfermeiro gestor garantir o desenvolvimento dos profissionais da equipa que lidera.

Na perspetiva de Fradique e Mendes (2013), as chefias dos vários serviços têm o desafio de gerir as capacidades e os conhecimentos de todos os colaboradores de modo a que sejam alcançados os objetivos estabelecidos para os respetivos serviços.

Apesar de em alguns contextos existirem incentivos à formação, segundo o que é relatado pelos participantes, parece haver dificuldades da gestão intermédia em reconhecer quer a formação, quer as competências dos enfermeiros, *“nem sempre as chefias intermédias estão disponíveis e têm (...) esse olhar para promover nesses enfermeiros, que fizeram formação acrescida na especialidade e mestrado, para depois utilizarem esse conhecimento nos seus serviços (...) as chefias intermédias muitas vezes, não estão despertas para isso”* (E21). Na perspetiva de Burhans e Alligood (2010), era suposto acontecer exatamente o contrário, uma vez que os enfermeiros gestores deveriam implementar estratégias para que os enfermeiros prestadores de cuidados mobilizassem os seus conhecimentos tendo em vista a qualidade dos cuidados, o que também está preconizado no Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, relativo ao perfil de competências do enfermeiro gestor.

Apesar de regulamentado, nem sempre é isso que tem acontecido, *“tenho a pós-graduação em supervisão (...) agora tenho ficado com alunos (...) muitas vezes eram só para os elementos mais velhos, independentemente se têm formação, se têm gosto...”* (E1).

No âmbito das estratégias de desenvolvimento, a importância da aprendizagem pelo erro foi também identificada nos discursos, *“eu acho que nós aprendemos muito com os erros... Ninguém erra porque quer. Às vezes, achamos que estamos a fazer a coisa correta e no final não deu o resultado que queríamos (...) aí não só devemos parar e assumir o nosso erro, como devemos partilhá-lo porque com o erro dos outros, eu aprendo também e mudo a minha prática”* (E12).

Embora a aprendizagem pelo erro seja frequentemente abordada, nos contextos, há dificuldades em implementá-la, *“não é fácil fazer esse processo de crescimento (...) os enfermeiros deviam de ter esta cultura de aprendizagem pelo erro (...) discutir casos que aconteceram com eles, que é para melhorarmos (...) mas eles têm receios de serem punidos”* (E41).

Efetivamente, se por um lado se reconhecem as potencialidades de refletir sobre o erro, por outro, existe uma forma muito fácil de culpabilizar o enfermeiro sem se perceber o que ocorreu, *“quando ocorrem eventos negativos em que exista uma possibilidade de configurar uma prática menos adequada, acho que há uma facilidade muito rápida (...) por parte do enfermeiro chefe, em culpabilizar logo o enfermeiro que provocou o dano, em vez de refletir nos eventos que tiveram que existir para que o problema ocorresse”*

(E14). As pessoas não erram porque querem, frequentemente, algo teve que ocorrer para que existisse o erro, emergindo daí a necessidade de explorar as eventuais causas.

Decorrente do predomínio de uma cultura de culpabilização perante as falhas e suas potenciais consequências, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), é necessário encorajar a notificação do erro, isenta de culpa, promovendo uma análise do incidente num clima de aprendizagem e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A *“sua análise deve objetivar-se mais sobre os vícios do sistema do que na culpabilização dos profissionais”* (Ibidem, p.30).

Para além do incentivo à formação e da aprendizagem pelo erro, surgiram referências às estratégias de motivação. Neste sentido, uma das estratégias de motivação apontadas refere-se à flexibilidade de horário, *“um elemento que fizesse a ligação, que colaborasse com o serviço, acho que devia (...) ser proporcionado um horário facilitado”* (E25). Para além disso, numa clara alusão a potenciais desigualdades, os participantes referiram que *“os enfermeiros chefes têm a noção que o horário, o número de turnos, muitos turnos seguidos facilitam ou, por outro lado, dificultam o nosso dia-a-dia... e é fácil de notar se há recompensa ou se pelo contrário há injustiças”* (E4). A importância de existirem benefícios e equidade nos horários de trabalho já tinha sido identificada por Ernest, Jiang e Krishnamoorthy (2004), constituindo de facto uma estratégia de motivação

As recompensas e os reforços positivos foram identificados nos discursos dos participantes, *“o que eu acho que é muito positivo, e que vivenciamos muito com a enfermeira chefe são os reforços positivos que ela acaba por nos dar (...) apesar de todas as contingências que ela sabe que passamos, acaba por nos dar o reforço (...) Dá-nos sempre algum alento”* (E17).

No estudo realizado por Cecagno, Cecagno e Siqueira (2005), os enfermeiros consideraram que o elogio e o reconhecimento são fatores relevantes como estratégia de motivação. No nosso estudo, em alguns contextos, a ausência desses fatores foi destacada, *“os enfermeiros chefes não elogiam as pessoas e os enfermeiros chefes não percebem a importância que o elogio tem (...) A minha chefe acha que eu sou competente, até me reconhece competências, mas nunca me disse... nem uma vez”* (E14); *“é raro os chefes elogiarem os enfermeiros”* (E4).

Por fim, uma estratégia de desenvolvimento profissional que na perspetiva dos participantes constitui atualmente um desafio é a supervisão clínica, *“eu acho que há uma coisa que é capaz de vir ajudar muito a organização dos cuidados de enfermagem, que é a supervisão clínica (...) mas supervisão (...) naquele sentido de apoiar... de ajudar o outro a refletir”* (E50), o que efetivamente já está contemplado no Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março.

Enquanto última função da gestão, surge o controlar. Na perspetiva de Teixeira (2013, p.8), *“mais do que descobrir culpados e puni-los, a prática da função controlo deve conduzir à determinação correta dos desvios verificados e definir ações necessárias para que sejam corrigidos e evitados no futuro”*. No âmbito da categoria controlar, dos discursos, emergiram essencialmente aspetos relacionados com a necessidade de **supervisão dos cuidados de enfermagem**, *“um aspeto muito importante (...) é a supervisão dos cuidados. Porque eu tive a experiência (...) de nós trabalharmos só dois enfermeiros de tarde com trinta camas e, andarmos aqui para trás e para a frente (...) e, também já passei por essa situação de ter três (...) em que se fez menos, do que se tivesse os outros dois a trabalhar sozinhos (E33).*

Na perspetiva de um participante, *“apesar de existirem auditorias a vários níveis, acho que um controlo ainda maior, acho que não seria exagerado... parece que nunca chega. Um controlo ainda maior sobre os cuidados que são prestados, sobre os procedimentos que são efetuados, é sempre bem-vindo” (E17).*

Efetivamente, há situações em que *“as pessoas parece que não se responsabilizam e às vezes parece que é preciso a figura de uma pessoa ou de um “polícia” para que as coisas sejam feitas (...) e se não se tiver a presença do “polícia” parece que (...) alguém irá fazer...” (E17)*. Como explicitado pelo participante, *“o profissional deve ter na sua mente aquilo que deve fazer, prestar os cuidados da maior qualidade, ter atenção a todos os processos de doença, todas as fases da doença, ter em atenção não só a pessoa, mas também à família. Planear a alta (...) fazer os ensinamentos, aquelas coisas que às vezes causam mais fricção nas pessoas, mas é preciso a presença de um “polícia” (E17).*

Conforme clarificado num relato, os elementos da equipa de enfermagem estão divididos em três níveis, *“há uns na média que (...) cumprem mais ou menos, depois há os que não cumprem nada e há os excessivamente cumpridores, mas os excessivamente, qualquer dia também cansam (...) E, embora haja uma média que até vai cumprindo e vai fazendo, o ideal era que andassem todos ali pela média e para o máximo possível” (E33).*

O referido *“passa basicamente pelo enfermeiro chefe que, neste momento se demitiu dessas tarefas. Passa demasiado tempo a fazer horários, a cobrir turnos porque não tem enfermeiros suficientes” (E33)*. Apesar da supervisão dos cuidados de enfermagem ser uma função das chefias operacionais, no estudo realizado por Potra (2015), também não constituía, em todos os casos, uma atividade planeada, nem sistematizada.

Embora a supervisão dos cuidados seja importante, a **avaliação de desempenho dos enfermeiros**, enquanto ferramenta essencial na gestão de recursos humanos, é fundamental, *“eu acho que a gestão é mesmo isso (...) um responsável para avaliar os seus próprios colaboradores, não é só chegar ao fim do ano e dizer ele é bom (...) e tem um muito bom (...) É preciso dizer realmente se faz ou não, porque se não, depois*

também começa a haver divisão da equipa” (E33). Tal como referiram Pereira e Moreira (2015), é crucial que o enfermeiro gestor, enquanto avaliador, utilize estratégias para aumentar a perceção, por parte dos enfermeiros avaliados, de um sistema de avaliação de desempenho preciso e justo. Na realidade, o que se tem constatado na prática é que “muitas vezes és tratado igual quer tenhas uma boa prestação, quer sejas um bom enfermeiro ou quer faças os cuidados mínimos” (E1).

Para além da ausência de incentivos/recompensas, ainda que não necessariamente monetárias, a avaliação de desempenho não reconhece o mérito, sendo nessa perspetiva pouca justa, *“face à falta de dotação financeira e à incapacidade para premiar o mérito de quem realmente produz, acabou por se minimizar esse sistema de avaliação, que acaba por não ser muito justo” (E35). À semelhança do referido, Pereira e Moreira (2015), na investigação que realizaram, confirmaram existir um grau elevado de perceção de injustiça, com conseqüente desmotivação e insatisfação pelo sistema de avaliação vigente, que se deve principalmente à falta de precisão da avaliação, relacionada com a cotação atribuída não diferenciadora do desempenho e do mérito.*

Também no nosso estudo, relativamente às metodologias de avaliação de desempenho, dos discursos emerge alguma insatisfação, *“hoje em dia (...) as pessoas estão um bocadinho desmotivadas porque é assim, eles olham para o lado, este enfermeiro tratou, por exemplo, de cem doentes, eu tratei só dez e, ele ganha o mesmo que eu e não teve reconhecimento nenhum e, as pessoas acabam por se comparar pelo lado negativo (...) e fazem só o indispensável” (E35). Corroborando Pereira e Moreira (2015), esta situação pode tornar-se problemática, influenciando negativamente o comprometimento organizacional, a motivação e a satisfação no trabalho, com conseqüências negativas no desempenho e na qualidade dos cuidados.*

No que concerne à implementação das metodologias de avaliação de desempenho, dos discursos dos participantes, emergem dificuldades, algumas delas decorrentes das dúvidas que atualmente os enfermeiros manifestam relativamente aos dois sistemas avaliativos até então vigentes. O sistema de avaliação legislado no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, aprovado através do Despacho n.º 2/93, de 30 de março, e um outro regulado pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, estabelecido na Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, conhecido como Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP), aplicado à carreira especial de enfermagem (SIADAP 3).

No que concerne ao primeiro sistema de avaliação (Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro), a atribuição de menção qualitativa é realizada em entrevistas periódicas, *“nas avaliações, para mim é positivo perguntar à minha chefe o que é que preciso de mudar para melhorar e ela dizer que não preciso de melhorar nada. Só que lá está (...) a*

avaliação continua a ser satisfaz! E a gente não percebe isso! (...) Se a gente não precisa de mudar nada é porque está tudo bem!” (E6). De facto, há a percepção de que a menção qualitativa de satisfaz e não satisfaz não é, de todo, reveladora o desempenho dos enfermeiros.

Uma vez que está prevista a implementação do sistema de avaliação regulado pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, em alguns contextos, os enfermeiros têm vindo a familiarizar-se com as particularidades da nova metodologia de avaliação, *“cada vez mais, a nossa avaliação é norteadada por objetivos. Estamos a entrar numa nova metodologia de avaliação em que me é proposto “x” objetivos e eu tenho que trabalhar para aqueles objetivos” (E5).*

O problema é que, a par da indefinição relativa à nova carreira de enfermagem, nas instituições hospitalares, a criação de condições à operacionalização e implementação do SIADAP, adaptado à carreira de enfermagem (Administração Central do Sistema de Saúde, 2014b), não tem vindo a decorrer ao mesmo nível, o que é evidenciado nos relatos, *“o nosso sistema de avaliação tem objetivos da instituição aos quais tem de ser dado cumprimento... tem objetivos individuais, que é o chamado SIADAP (...) nós já fazíamos essa simulação, digamos que já há cinco anos (...) porque todos os anos nos prometem que o SIADAP vai ser válido e depois não é” (E35); “já tivemos formação sobre o SIADAP, mas ainda não está a ser implementado” (E4).*

Para além da indefinição inerente ao sistema de avaliação, surgiram referências em relação ao avaliador, que, nos contextos da prática em estudo, é o enfermeiro gestor, *“não há supervisão de cuidados, não há supervisão de registos, depois tem um formulário anual para a avaliação de desempenho que diz que tem a ver com isto, isto e isto e entra no sistema e vê: fez, não fez, fez, não fez. Mas (...) o facto de estar registado como feito, não quer dizer que tenha sido feito, infelizmente” (E33); “agora estamos (...) a fazer as entrevistas de avaliação para determinarmos os objetivos, e muitas vezes no nosso dia-a-dia falta-nos muito o tempo, para nos sentarmos com as pessoas e conversarmos... se calhar isso evitava (...) algumas situações que podem ser grandes problemas” (E53).*

A avaliação de desempenho enquanto promotora do desenvolvimento de competências, ainda que pontualmente, foi referida, *“no âmbito da avaliação de desempenho (...) com o meu superior hierárquico, definimos que eu iria melhorar a minha prestação de cuidados no âmbito da família. E eu nunca mais me esqueci, foi um contrato que fiz na altura com a minha chefe (...) e o ter percebido que era uma parte que me estava a falhar (...) foi muito significativo para mim” (E21).*

Partindo do pressuposto que a avaliação de desempenho pode contribuir para a satisfação profissional, motivação e melhoria do desempenho do profissional de enfermagem, é premente a adoção de uma metodologia, que de acordo com os

participantes, para além de justa, deveria premiar o mérito, mediante processos de avaliação rigorosos e transparentes.

Relativamente às **estratégias de melhoria da qualidade**, surgiram referências à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, aos indicadores e às auditorias.

Em relação à avaliação dos cuidados de enfermagem, a falta de feedback à equipa foi identificada, *“eu sei que a nossa chefe, todos os meses tem a avaliação do serviço (...) Quando é que nos é comunicado essa avaliação, se é positiva, se é negativa? (...) nunca há esse feedback, que eu acho que era importante”* (E1). Para além da ausência de feedback, em alguns contextos *“não são definidas estratégias claras para que se melhorem esses dados referentes à qualidade ou à falta dela”* (E21)

A oportunidade de melhoria a partir dos resultados dos indicadores, já descrita na literatura (Quadros et al., 2016), foi também referida pelos participantes, *“nós aqui temos a possibilidade de introduzir programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente tendo por base indicadores de enfermagem... temos essa prática nomeadamente no serviço... produzimos indicadores de enfermagem em tempo real”* (E40). Desta forma, e tal como apresentado no relato, *“conseguimos perceber onde é que estamos melhor, onde estamos pior e quais são as áreas que temos realmente que melhorar”* (E20).

Segundo Cavalcante et al. (2015), os indicadores podem e devem ser utilizados como ferramenta de apoio à gestão, uma vez que permitem compreender onde estamos e até onde queremos e podemos ir, *“é um grande apoio à gestão que nos permite verificar o que é que nós não estamos a fazer bem ou que não estamos a fazer tão bem. E qual é a margem de progresso que nós queremos alcançar”* (E40). No estudo realizado pelos autores (Ibidem), os enfermeiros consideraram que um dos principais benefícios do uso dos indicadores é a possibilidade de estabelecerem metas para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Nesta perspetiva, apesar de em Portugal o uso dos indicadores de enfermagem, nos contextos dos serviços, constituir uma experiência desigual, está claro para alguns participantes que, *“há uma forma de garantir a qualidade... é a forma da identificação para já dos indicadores que nós temos e que são base de trabalho para se poder melhorar...”* (E46).

De acordo com Caldana et al. (2011), os indicadores constituem um contributo à tomada de decisão dos enfermeiros gestores perante a identificação de resultados insatisfatórios, o que também foi referido pelos participantes do nosso estudo, *“se eu perceciono nesse acompanhamento e monitorização dos indicadores que vamos fazendo continuamente que (...) um determinado tipo de foco não está ou está aquém das nossas expectativas (...) temos que perceber efetivamente (...) o que está a acontecer... E vamos ter de*

introduzir medidas corretivas” (E40).

Neste sentido, e como clarificado pelo participante, *“os indicadores que eu tenho não os encaro só para chegar ao fim do ano e apresentar (...) Eu abro todos os meses, olho e digo: não, ainda estamos aqui, podemos melhorar, tudo isso serve de quadro de bordo, ou seja, serve para melhorarmos” (E41).* Tal como referido por Caldana et al. (2011), o propósito é tornar o processo de avaliação dos cuidados uma parte integrante da assistência e não apenas uma tarefa a ser cumprida. Em consonância com o mencionado, a disponibilização dos resultados dos indicadores, como forma de garantir a avaliação sistemática do processo de assistência de enfermagem, é, na perspectiva dos autores, essencial.

Como confirmado na investigação realizada por Cavalcante et al. (2015), os relatos de alguns participantes evidenciaram a importância da divulgação dos resultados dos indicadores para a equipa de enfermagem, *“é dado conhecimento aos enfermeiros como é que estamos em termos dos indicadores (E20); “gosto de dar a conhecer os resultados do serviço, mas também de ver os dos outros (...) Os do serviço são estes, e onde é que nós nos posicionamos, comparativamente aos outros serviços. É importante este feedback para eles perceberem” (E45).*

Na perspectiva de Caldana et al. (2011), a utilização dos indicadores não tem apenas um carácter fiscalizador, sendo, simultaneamente, uma ferramenta educativa que permite alcançar melhorias nos serviços. O referido foi também evidenciado nos discursos, *“eu acho que esta metodologia que nós temos vindo a utilizar é a melhor, que é: meus amigos, isto está a correr melhor por isto (...) estão aqui os indicadores (...) nisto e nisto, temos que melhorar, porque toda a gente sabe como é que se faz bem, só que depois no dia-a-dia as coisas complicam-se” (E46); “é muito importante eu alertar os enfermeiros: olhem que a nossa taxa de efetividade de complicações está neste nível. Eu mostro-lhes os indicadores e envio-lhes para o e-mail também” (E41).*

Para além da importância da divulgação dos resultados dos indicadores, Cavalcante et al. (2015) referiram que a discussão sobre os mesmos junto à equipa de enfermagem deve ser adotada como estratégia para identificar fragilidades e estabelecer metas com vista à melhoria da assistência prestada, acrescentando que este deve ser um trabalho conjunto entre gestores e profissionais envolvidos no cuidado.

Em consonância com o referido, a reflexão e discussão em equipa sobre os resultados dos indicadores foi um aspeto salientado, *“conseguimos perceber as áreas em que, se calhar, temos que intervir mais, as áreas em que já estamos bem e a manter. Conseguimos também detetar áreas nas quais não intervimos e é preciso refletir sobre o porquê de não se intervir” (E20); “cada serviço tem a sua metodologia de trabalho e dificuldades, e então, tendo em conta a nossa realidade, analisamos (...) é engraçado,*

porque (...) também gera alguma discussão e isto é feito à luz dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem” (E45).

Ainda no âmbito da função de controlo do processo de gestão, surgiram referências relativas às auditorias. Na perspetiva de Scarparo et al. (2009), a auditoria é um elemento essencial para avaliar a qualidade da assistência, oferecendo subsídios para os profissionais orientarem as suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva. Silva, Lima e Sousa (2016) descrevem a auditoria como uma ferramenta de gestão essencial à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Relativamente às auditorias, dos discursos dos participantes, emergiram referências à importância das mesmas enquanto oportunidades de melhoria, *“nós para termos qualidade há uma coisa fundamental, nós temos que ter as tais auditorias e eu quando falo em auditorias (...) não é auditorias no sentido de fiscalizar, é uma auditoria no verdadeiro sentido da palavra. É nós identificarmos as não conformidades para depois tentarmos corrigir” (E44).* No sentido do referido, Bazzanella e Slob (2013) consideraram que a auditoria pode ser vista como um processo educativo no qual não se procura responsáveis pela falha, mas onde se questiona o porquê da não conformidade.

Ao objetivar o uso das auditorias internas como ferramenta de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, os participantes, para além das auditorias realizadas em todos os contextos da instituição, mencionaram as efetuadas apenas no serviço, *“nós temos aqui auditorias em sistemas de informação (...) mas depois temos as outras auditorias (...) que são feitas pela própria equipa que vê o que está mal... temos de melhorar aqui, temos de melhorar ali (...) É através dessa ferramenta da qualidade que a gente consegue ter mais qualidade, é uma ajuda muito grande” (E44).* Do referido, fica claro que, independentemente do tipo de auditoria, o objetivo é identificar os aspetos a melhorar no sentido de garantir a qualidade.

A realização de auditorias por diferentes elementos da equipa, cada um direcionado para uma área, foi identificado nos discursos, *“de x em x tempo a enfermeira chefe diz: hoje vocês vão fazer uma auditoria interna de como está a ser registado o sinal vital dor (...) são práticas boas que acabam por envolver toda a equipa porque esses estão na dor (...) os outros estão nas úlceras de pressão, os outros estão na queda... Acaba por se envolver a equipa toda num processo de melhoria” (E12).* Bazzanella e Slob (2013), afirmaram que, a participação dos enfermeiros, nos processos de auditoria, contribuiu de forma eficaz para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

O feedback sobre os resultados das auditorias é pertinente quer para os enfermeiros chefes, quer para os enfermeiros prestadores de cuidados, *“damos os resultados de cada serviço, porque isto quando a gente vê os nossos serviços... não gosta de ver um bocadinho abaixo... e os enfermeiros chefes são fundamentais” (E47); “se houve alguma*

auditoria que não esteve tão bem, tudo isso é logo passado à equipa (...) não é apontar o dedo a ninguém, mas é realmente importante para que as coisas melhorem” (E31).

Decorrente do descrito anteriormente, acreditamos, tal como referido por Franco et al. (2010), que as atividades de controle de qualidade proporcionam aos enfermeiros uma contínua avaliação da prática numa procura permanente da excelência do exercício profissional. Para além disso, dos aspetos que emergiram no âmbito do processo de gestão, ficou claro que a atuação do enfermeiro gestor pode ter um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados.

Concluída a explanação dos achados que emergiram no âmbito do processo, sintetizamos na Figura 15 as unidades temáticas, bem como as categorias identificadas.

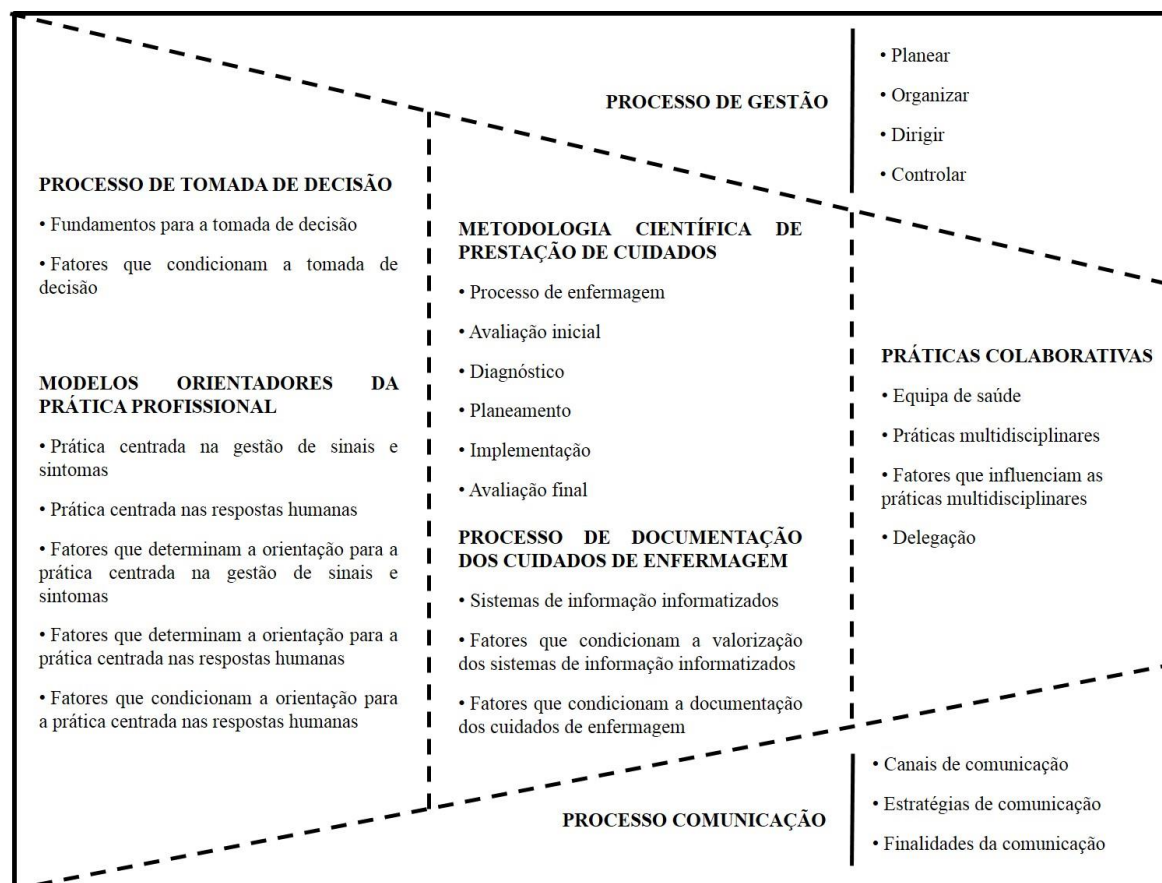


Figura 15 - Unidades temáticas e categorias da componente processo

Em síntese, no âmbito do processo, os achados indiciam que a par das particularidades inerentes ao sentido atribuído à conceção e prestação de cuidados de enfermagem, há temáticas que premeiam e influenciam o exercício profissional dos enfermeiros, de que

são exemplo as práticas colaborativas, o processo de comunicação, bem como o processo de gestão.

2.3 O emergir dos resultados

De acordo com Donabedian (2003), os resultados representam as mudanças desejáveis ou indesejáveis que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde. Na perspectiva do autor, os resultados incluem alterações no estado de saúde, mudanças nos conhecimentos e no comportamento dos clientes e familiares, satisfação dos clientes e familiares com os cuidados prestados, bem como a satisfação dos profissionais.

Atualmente, os principais desafios para as instituições de saúde, que procuram a qualidade na prestação de cuidados, centram-se nos resultados (Cavalcante et al., 2015). Para além disso, no contexto ocidental, a par dos constrangimentos económicos, o envelhecimento da população, a maior prevalência de doenças crónicas e o aumento das expectativas dos cidadãos colocam desafios aos profissionais, que se deparam com a necessidade de prestar contas sobre o que fazem e sobre os resultados que a população pode obter com o que fazem (Amaral, 2014a).

Os resultados em enfermagem, não sendo um conceito novo, têm hoje maior acuidade pela necessidade que as profissões têm de demonstrar a sua efetividade. Tal como referido por Amaral (2010), apesar de no modelo proposto por Donabedian em 1966 já ter sido introduzida a noção de resultado, o foco dos investigadores foi durante alguns anos as estruturas hospitalares e os processos envolvidos. Na perspectiva do autor, o foco nos resultados apenas surgiu mais recentemente, em grande parte pelo facto dos cuidados de saúde serem um fenómeno multidimensional, prestados por diversos profissionais e influenciados por uma multiplicidade de variáveis ambientais e organizacionais, algumas vezes de difícil operacionalização. Efetivamente, não é fácil fazer a ligação entre cuidados prestados e resultados obtidos, o que Donabedian (2003) classificou como “*problem of attribution*”.

A dificuldade que os enfermeiros ainda evidenciam em enunciar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem justifica o facto de, no nosso estudo, os achados relativos a esta componente terem sido menos frequentes. Apesar da referência a indicadores quantitativos ter sido pouco evidente, foram valorizadas as menções qualitativas. Assim, no âmbito da área temática **resultados nos clientes**, emergiram como categorias: satisfação dos clientes, complicações e ganhos em saúde (Quadro 21).

Quadro 21 - Resultados nos clientes

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Satisfação dos clientes	<ul style="list-style-type: none"> · Métodos de avaliação quantitativa · Métodos de avaliação qualitativa
Complicações	<ul style="list-style-type: none"> · Quedas · Úlceras de pressão · Episódios de aspiração · Macerações · Infeções
Ganhos em saúde	<ul style="list-style-type: none"> · Conhecimentos adquiridos pelos clientes · Clientes capacitados · Autonomia dos clientes

Já em 2001, Mezomo afirmava que cada organização deveria saber se está a conseguir, ou não, atender às expectativas dos seus clientes. Citando o autor *“isto parece óbvio, mas é preciso ser recordado porque o cliente, por vezes, pode ser considerado como “problema” quando reclama os seus direitos”* (p.229). Certo é que, após quase duas décadas, há contextos em que o referido ainda necessita de ser lembrado.

No nosso estudo, a preocupação com a satisfação do cliente foi evidenciada em alguns relatos, *“toda a gente que trabalha neste serviço sabe que um objetivo a atingir, é efetivamente a satisfação das pessoas, que se sintam satisfeitas com aquilo que lhes foi proporcionado ao longo do internamento”* (E55). Tal como referido por Freitas, Parreira e Domingues (2016), a satisfação dos clientes é um indicador valioso da qualidade em saúde e em particular da qualidade dos cuidados de enfermagem, fazendo, por isso, todo o sentido a sua avaliação.

Relativamente aos **métodos de avaliação quantitativa**, nos discursos dos participantes, emergiu o recurso a questionários, *“a todos os nossos utentes que têm alta facultarmos um questionário para ser preenchido longe do contexto da instituição (...) é com satisfação que eu digo que esses resultados (...) são francamente positivos... muito acima dos 90%”* (E40); *“relativamente à satisfação do cliente nós temos um pequeno questionário”* (E35); *“e depois os resultados vêm por e-mail da administração e temos obtido bons resultados”* (E38).

O facto de, em alguns contextos, o preenchimento do questionário ocorrer após o internamento na instituição foi um aspeto valorizado, *“não queremos uma proximidade, até porque muitas vezes (...) esses dados acabam por ser viciados, porque as pessoas estão muito influenciadas e têm receio de manifestar de forma negativa (...) queremos que o utente ao ter alta leve para casa um questionário”* (E40).

Nas situações em que não existe avaliação quantitativa, foi apontada a importância da mesma existir, *“nós não medimos (...) eu acho que fazia sentido medir (...) até porque a percepção que as pessoas têm da satisfação varia de acordo com os seus modelos mentais e com as suas crenças”* (E14) e, nesse sentido, *“perceber que tipo de doentes é*

que não percebiam os cuidados de enfermagem como adequados e mesmo tendo sido eles prestados de uma forma adequada, acho que é muito importante, porque se calhar ia mostrar coisas boas e fazer perceber que se calhar devíamos ter olhado aqui para esta dimensão e não olhamos” (E14).

Efetivamente, sendo a satisfação um conceito multidimensional, os diversos atores envolvidos, de que são exemplo os enfermeiros e os clientes, têm perspetivas diferentes quanto ao valor atribuído a cada dimensão, razão pela qual, com o intuito de perseguir os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2012a), seja imprescindível obter a opinião dos mesmos (Freitas, Parreira e Domingues, 2016). Também de acordo com o Ministério da Saúde (2010), o envolvimento dos clientes no desenvolvimento dos hospitais e na monitorização da sua atividade, implica a criação de instrumentos de recolha ativa, sistemática e obrigatória da opinião dos doentes, familiares e cuidadores.

Apesar de existirem instrumentos que permitem monitorizar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem recebidos, emergiram nos discursos referências a **métodos de avaliação qualitativa**, frequentemente relacionados com as expressões de satisfação dos clientes, *“a nível de satisfação do cliente já tivemos várias vezes ali na unidade, agradecimentos pós-alta, a referenciar os cuidados de enfermagem” (E32); “apesar deste serviço ter muito trabalho, eu considero que os nossos utentes acham satisfatório os cuidados que os enfermeiros prestam. O que nos traduz isto é os elogios que nos enviam em verso, em prosa, durante o ano, em que eu faço um registo e envio à equipa, que é a principal motivação que eles têm para prestar bons cuidados” (E54)*

De facto, e tal como ficou clarificado por um participante, a expressão de satisfação dos clientes é frequentemente uma recompensa, *“os níveis de satisfação dos doentes não pioraram, apesar de a equipa ter ficado drasticamente mal dotada (...) e é o que eu digo, a tal satisfação dos doentes, em relação aos cuidados recebidos (...) é um âmago para a nossa alma (...) é o que nos motiva, o que nos impele a continuar a trabalhar mesmo em condições às vezes adversas” (E39).*

A utilização da expressão de satisfação ou insatisfação dos clientes, como estratégia de melhoria também foi mencionada, *“da mesma forma que há essa situação para as opiniões favoráveis, as desfavoráveis obviamente também são um contributo significativo (E55); “Os nossos doentes não são doentes temporários... a convivência acaba por ser muito extensa (...) permite um maior à vontade para apontar as satisfações e as insatisfações, mas o mais importante são as insatisfações (...) permitem-nos logo identificar o que é que nós podemos mudar” (E12).*

Para além da satisfação, ainda no âmbito da área temática resultados nos clientes, emergiu a categoria complicações. De acordo com a Estratégia Nacional para a

Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio), nas instituições prestadoras de cuidados, as áreas mais relevantes para a qualidade são as relacionadas à segurança cirúrgica, ao controlo de infeção, à resistência a antibióticos, à segurança na utilização da medicação, à identificação inequívoca dos doentes, bem como à prevenção da ocorrência de quedas e à prevenção de ocorrência de úlceras de pressão. Assim, em consonância com as áreas relevadas, o contributo da enfermagem está essencialmente direcionado para a prevenção de complicações. No modelo de efetividade das funções de enfermagem, proposto por Irvine, Sidani e Hall (1998), a prevenção de complicações já constituía uma categoria de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A importância da ausência de **quedas**, enquanto resultado positivo, foi referido nos discursos, *“devo dizer que nos indicadores, as nossas taxas estão acima dos 90% e em alguns casos nos 100% para situações de prevenção de complicações relacionadas por exemplo com quedas”* (E40); *“o doente teve um internamento razoável se não houve quedas”* (E20).

A ausência de **úlceras de pressão** foi também abordada, *“se o doente não ganha uma úlcera de pressão (...) é uma vitória, eu consigo entregar o doente a outra instituição em condições de ser reabilitado, por exemplo (...) se eu tiver um doente com AVC que tem uma úlcera de pressão já não vai ser aceite. Portanto, isso vai atrasar o processo de reabilitação do próprio utente”* (E35); *“é na prevenção de úlceras, que nós também temos insistido bastante e temos conseguido bons resultados em termos de prevenir essas complicações”* (E6).

Tal como referido por Quadros et al. (2016), o índice de quedas e a incidência de úlceras de pressão são indicadores comumente relacionados com a qualidade dos cuidados de enfermagem. Decorrente da relevância desses dois indicadores, em Portugal, a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras de pressão constituem objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). A ênfase atribuída pelos participantes às quedas e às úlceras de pressão decorre também da importância destes resultados, no âmbito dos sistemas de qualidade atualmente implementados em algumas instituições hospitalares. Para além das quedas e das úlceras de pressão, foi relevada a ausência de **episódios de aspiração**, *“temos vindo a investir na prevenção de aspirações, nomeadamente aquando das refeições, e a verdade é que já não me lembro de uma situação dessas”* (E4).

Outro aspeto mencionado refere-se à ausência de **macerações**, *“o doente teve um internamento razoável se não houve macerações”* (E20).

Relativamente às **infecções**, existem realidades distintas, “as infecções passaram a zero nas fístulas e nas próteses” (E50); “o nosso serviço (...) sendo um internamento polivalente há um grande risco de infeção e há uma grande necessidade de instituir medidas de controlo de infeção e de prevenção da infeção. É uma realidade que nós vivemos aqui e é algo de dramático, a taxa de infeção no serviço é muito grande” (E9).

Para além das complicações, outros resultados evidenciados pelos participantes referem-se aos ganhos em saúde. Num estudo realizado por Gardner, Gardner e O’Connell (2013), usando o modelo de Donabedian, de entre os principais resultados dos cuidados de enfermagem, destacaram-se o conhecimento e a capacidade dos clientes para alcançarem o autocuidado, bem como o conhecimento sobre a sua condição de saúde.

No nosso estudo, no âmbito dos ganhos em saúde, os **conhecimentos adquiridos pelos clientes** emergiram dos discursos, quer relativamente aos doentes, “era diabético e fazia uma coisa mal em casa e nós dizermos o que está correto... ele sair daqui com essa informação, para mim é qualidade” (E6), quer em relação ao membro da família prestador de cuidados, “não basta que o doente saiba, o prestador de cuidados também sai daqui a saber” (E4).

A referência aos **clientes capacitados** foi também salientada, “os doentes que têm problemas respiratórios, começam a perceber que se fizerem as coisas de uma forma e não de outra, ficam menos cansados, que isso não é o médico que lhes ensina, é o trabalho do enfermeiro” (E20); “os ensinamentos são sempre estruturados (...) fazemos ao cuidador, depois fazemos o treino (...) tem de fazer à nossa frente para ver se está apto ou não” (E8); “a verdade é que vão para casa capacitados para cuidarem de si... ou melhor, para se autocuidarem...” (E4). O mencionado pelo participante vem revelar a importância atribuída pelos enfermeiros à promoção da independência na concretização das atividades inerentes ao autocuidado.

Outra tipologia de resultados destacada pelos participantes refere-se aos ganhos em **autonomia dos clientes**, “doentes (...) que veem que dia após dia com as intervenções que os enfermeiros têm, começam a recuperar alguma da autonomia” (E20); “um doente que (...) já consiga ter alguma autonomia é uma satisfação enorme e o doente é o primeiro a reconhecer (...) o que é muito bom” (E22). No que concerne à promoção da autonomia foi evidente o valor atribuído à capacidade de decisão do cliente, “para além do investimento na independência, temos procurado ajudar os doentes a decidirem autonomamente...” (E24).

Efetivamente, e tal como clarificado por um participante, “o enfermeiro (...) tem também a tal área autónoma (...) que concorre (...) para uma maior autonomia do doente e o doente ir embora mais rápido e mais capacitado” (E33).

Tal como referido por Manzo, Brito e Alves (2013), o grande diferencial das instituições está nas pessoas e no desempenho profissional das equipas. Nesta perspetiva, os atributos da estrutura podem ter pouco significado se as pessoas não se sentirem envolvidas e comprometidas com a qualidade e com os resultados obtidos nos clientes, em resposta às suas necessidades.

Nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática que intitulamos de **resultados nos enfermeiros**, emergiram como categorias: satisfação profissional e compromisso com a instituição (Quadro 22).

Quadro 22 - Resultados nos enfermeiros

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Satisfação profissional	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Avaliação quantitativa da satisfação profissional</i> · <i>Satisfação expressa pelos enfermeiros</i>
Compromisso com a instituição	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Motivação para o trabalho</i> · <i>Reconhecimento profissional</i>

Na perspetiva de Dinis e Fronteira (2015), a satisfação profissional é uma condição imprescindível para a melhoria do funcionamento das organizações, no entanto, nem sempre é evidente a sensibilidade das instituições para a avaliação e/ou para a promoção da satisfação dos seus funcionários.

A referência à **avaliação quantitativa da satisfação profissional**, apesar de pouco frequente, foi encontrada nos discursos, “de dois em dois anos é avaliada a satisfação dos funcionários. Tudo isto decorrente de sermos acreditados” (E49); “acho que, nesta missão estão a esquecer-se da satisfação dos profissionais, que tem vindo a degradar-se muito (...) o ano passado apliquei os questionários de satisfação profissional e o nível de insatisfação é elevadíssimo e preocupa-me bastante. Entreguei o relatório à direção de enfermagem e até hoje não tive feedback (E42).

Relativamente à **satisfação expressa pelos enfermeiros**, os achados foram essencialmente de insatisfação, “há profissionais muito insatisfeitos, porque de facto isto sente-se muita sobrecarga de trabalho e as dotações não estão seguras” (E42); “para além das 40 horas, cada vez nos exigem mais, mas continuamos a não ser valorizados (...) estamos cá para executar o que nos mandam, o que logicamente tem vindo a agravar a insatisfação” (E4).

Nos relatos dos participantes, verificamos que as manifestações verbais de insatisfação, para além de estarem relacionadas com a própria profissão, também foram enunciadas em relação à carga de trabalho, às elevadas exigências e à falta de valorização, o que corrobora os resultados de outros estudos (Morais et al., 2016).

No âmbito do compromisso com a instituição, e relativamente à **motivação para o trabalho**, os achados encontrados referem-se sobretudo à falta de motivação, “eu acho

que a maior parte dos enfermeiros, neste momento, encontra-se desmotivado e, acaba por vir trabalhar para fazer aquilo que é o essencial para o bem-estar do doente” (E20).

Conforme descrito na literatura (Cecagno, Cecagno e Siqueira, 2005), a falta de motivação torna o profissional pouco produtivo, diminuindo o seu comprometimento com o local onde atua, induzindo-o a tornar-se “desmotivado” e levando outros a este mesmo caminho. Como referido pelos participantes, atualmente nas instituições hospitalares “há uma maior desmotivação a nível dos enfermeiros e, penso que isso também influencia a prestação de cuidados, sem sombra de dúvidas” (E32); “90% da nossa equipa está desmotivada” (E1); “não há nada que nos motive” (E6).

Em relação ao **reconhecimento profissional**, nos discursos dos participantes, surgiram essencialmente alusões à falta de reconhecimento, “depois da parte da administração não existe esse reconhecimento! (...) A recompensa é só mesmo olhar para o cliente... e muitas vezes o agradecimento que nos faz (...) Porque, fora isso, não temos outro reconhecimento” (E6); “A equipa está cansada, exausta, os recursos são poucos, tudo isto se cruza, porque depois também não se sentem muito reconhecidos, não têm reconhecimento a nível superior, isso também é gerador de desmotivação, eu vou dando o meu feedback, mas se calhar ao nível da direção, deveria haver mais feedback (...) e não há” (E42).

Cecagno, Cecagno e Siqueira (2005) constataram que a maioria dos enfermeiros a trabalhar em instituições hospitalares estavam descontentes relativamente à valorização e reconhecimento que recebiam. De facto, apesar do seu trabalho ser essencial nas instituições não é valorizado, não sendo simultaneamente criadas condições de crescimento e capacitação, que poderiam constituir uma ferramenta capaz de garantir o seu compromisso com a instituição.

Certo é que, “a ausência contínua de reconhecimento, pode vir a comprometer a qualidade dos cuidados prestados” (E4). No estudo realizado por Hart (2015), os enfermeiros manifestaram falta de reconhecimento pela complexidade do seu trabalho, para além disso, o impacto emocional do sentimento de serem subvalorizados/subestimados influenciou negativamente a forma como os enfermeiros desempenhavam o seu trabalho.

Relativamente à componente resultados, sintetizamos na Figura 16 as unidades temáticas, bem como as categorias identificadas.

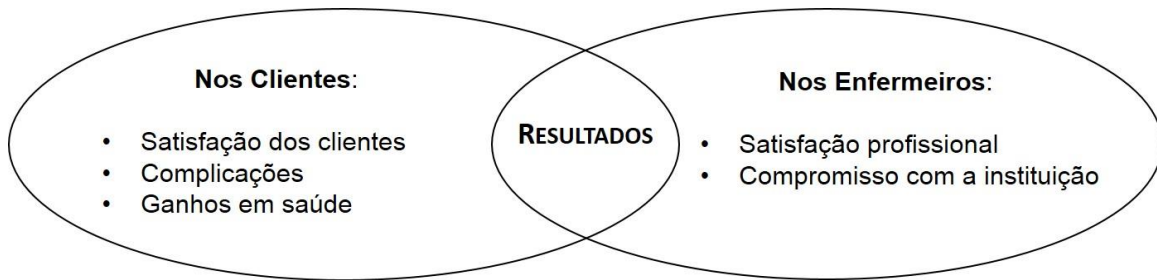


Figura 16 - Unidades temáticas e categorias da componente resultado

Não obstante, os eventos relacionados a alguns resultados nos clientes não dependerem exclusivamente da enfermagem, uma vez que podem ser influenciados por fatores externos, ficou claro no discurso dos participantes a pertinência do contributo dos enfermeiros para a sua concretização, sendo que a satisfação profissional e o compromisso com a instituição poderão ser determinantes.

CAPÍTULO IV - DO QUE TEMOS AO QUE QUEREMOS - A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR

A evidência e o conhecimento da prática profissional fortaleceram a nossa convicção relativamente à necessidade de desenvolver uma investigação integrada no domínio da disciplina de enfermagem. Meleis (2005) refere que o domínio é a perspetiva e o território da disciplina onde está incluído o objeto, os valores, as crenças, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, bem como os métodos usados no fornecimento de respostas da disciplina. Perante o referido pela autora, e uma vez que ao longo dos estudos realizados definimos um percurso que culminou na identificação desses elementos, acreditamos que esta foi uma investigação no domínio da disciplina de enfermagem.

Decorrente do contributo dos enfermeiros que participaram nos dois estudos, incluídos nesta investigação, este é o momento de refletir sobre o que temos, mas também deixar claro o que queremos.

Corroborando Machado (2013, p.23), *“expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros”*, no entanto, existem fatores que nem sempre têm permitido tal desiderato. Certo é que as transformações no sistema de saúde e a emergência de novos modelos de prestação de cuidados desafiam as profissões a demonstrarem a qualidade da sua contribuição para a saúde das pessoas. Na literatura, os indicadores dessa qualidade têm tido por referência um quadro concetual que incluiu a estrutura, o processo e os resultados (Amaral, 2010).

Neste sentido, com base no modelo proposto por Donabedian (1980, 2003) e nos resultados obtidos na nossa investigação, apresentamos o modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais em enfermagem, que poderá, simultaneamente, constituir uma referência para o investimento nos atributos que promovem ou condicionam a qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. Usando uma estratégia combinada, com recurso às três categorias de informação (estrutura, processo e resultados), foi possível identificar fragilidades em termos de qualidade, bem como propor estratégias de melhoria. Importa referir que este modelo explicativo, para além de permitir analisar a prática profissional de enfermagem, apresenta possíveis conexões entre os referenciais da enfermagem e da qualidade.

De revelar que os componentes do modelo apresentado (Figura 17), integram os resultados do estudo I e II.

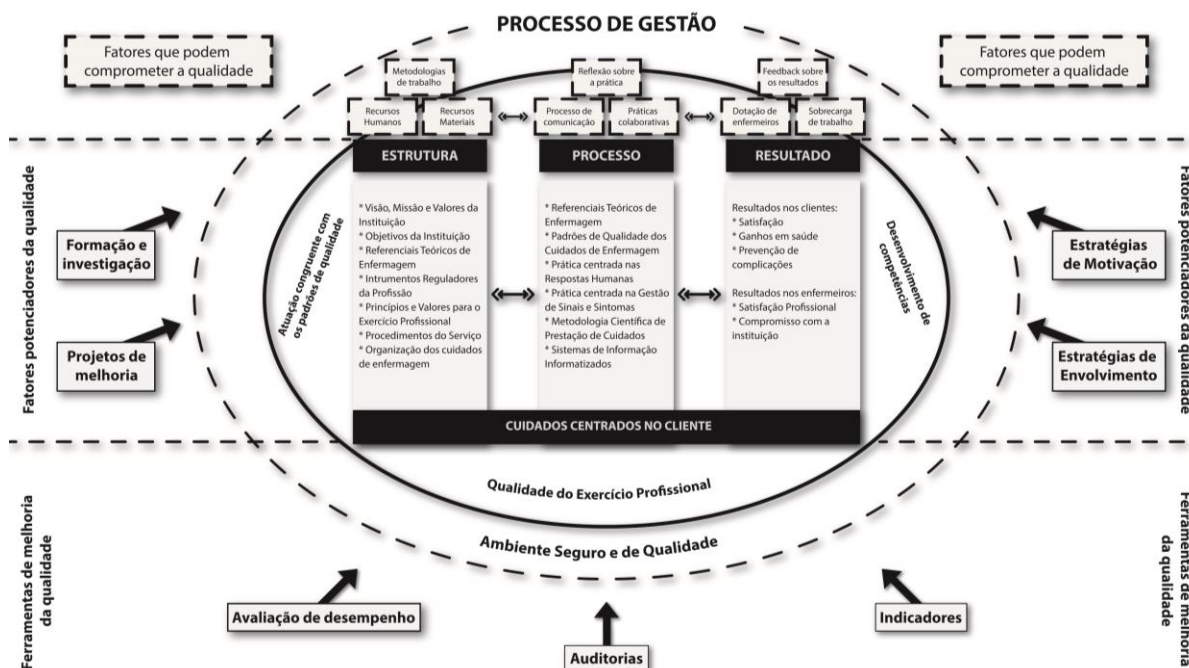


Figura 17 - Modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais em enfermagem

Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional nas instituições hospitalares, contudo, os achados indiciam que nem sempre se sentem parte integrante das mesmas. Muitos dos participantes consideram ser necessário garantir um maior envolvimento e participação nas políticas organizacionais. Amaral et al. (2013) num estudo realizado em quatro instituições hospitalares da região centro de Portugal, através da aplicação do instrumento *Practice Environment Scale of the Work Nursing Index*, constataram em todos os hospitais uma concordância negativa relativamente à dimensão participação nas políticas do hospital, o que também foi confirmado por Lake e Friese (2006) nos hospitais *não magnet* da Pensilvânia.

Para além das dificuldades inerentes à participação, foram expressas pelos participantes preocupações relativamente à dificuldade em desenvolver um exercício profissional sustentado e congruente com a visão, missão, valores e objetivos das instituições, especialmente por duas razões. Por um lado, os constrangimentos relacionados com as condições e os recursos necessários à convergência de interesses, por outro, a fraca apropriação de tais desígnios, influenciada pela ausência de proximidade com os órgãos de gestão de topo. Efetivamente, são poucos os enfermeiros que decorrente de uma pesquisa intencional conseguem integrar a complexidade dos conteúdos inerentes ao

planeamento estratégico da instituição de que fazem parte, sendo logicamente difícil desenvolver esforços para a sua concretização.

No seguimento do referido, Manzo, Brito e Alves (2013) consideraram que a comunicação é imprescindível no contexto hospitalar, gerando forças indispensáveis à sua dinâmica e contribuindo simultaneamente para potenciar comportamentos congruentes com as políticas instituídas e com os padrões de qualidade previamente estabelecidos. Seria, portanto, uma estratégia para integrar as partes, contribuindo para que o conjunto atingisse a sua finalidade.

Considerando a necessidade de fomentar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, a promoção de condições para o investimento na formação e na investigação, já previsto na Reforma da Organização Interna dos Hospitais (Ministério da Saúde, 2010), deveria estar garantida nas instituições. A partir do reconhecimento de que a política de formação na instituição e no serviço não tem acompanhado a evolução da disciplina de enfermagem, são exigidas novas estratégias formativas.

A formação centrada nas situações que emergem dos contextos da prática, em que a atuação do enfermeiro pode ser o ponto de partida, foi relevado pelos participantes. Neste sentido, para além da atualização relacionada com os processos patológicos e terapêuticos, atualmente frequente nos contextos hospitalares, é emergente focar a atenção em áreas de enfermagem. Neste contexto, o desafio passa por estimular o desenvolvimento dos enfermeiros numa perspetiva de enfermagem avançada (Silva, 2007), considerando que os contributos teóricos da disciplina são importantes e indissociáveis da sua prática (McEwen e Wills, 2016). Esta nova perspetiva servirá para refletir sobre as práticas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Tal como referido por Flores, Oliveira e Zocche (2016), a formação no contexto hospitalar, deve ser permanente e a construção do conhecimento faz-se na contextualização do aprendido e do vivido. Em consonância com o referido, a formação deve estar centrada no desempenho e na sustentação da decisão clínica, de forma a obterem-se a curto e a longo prazo melhorias significativas em matéria de qualidade na prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2010).

Conforme enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (2014a), perante a pertinência da investigação centrada na melhoria da prática dos enfermeiros, bem como da necessidade de se incorporarem novos conhecimentos provenientes da investigação, é imprescindível que exista a possibilidade efetiva de investigar para além dos contextos académicos, ou seja, nos contextos da ação, o que efetivamente não tem sido promovido.

Ainda no âmbito das políticas das instituições, em consonância com os resultados obtidos por Cavalcante et al. (2015), as contribuições dos indicadores para o planeamento da formação contínua e para o estabelecimento de programas de melhoria contínua da

qualidade, ao nível da instituição e/ou serviços, foram identificadas nos relatos dos participantes. Os achados reforçam a necessidade de divulgar e refletir junto das equipas de enfermagem sobre os indicadores, enquanto ferramenta essencial à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Para além disso, os relatos denotam que, no âmbito dos serviços, a melhoria contínua da qualidade deve implicar o envolvimento de toda a equipa e não apenas de alguns elementos, facto ainda frequente nos contextos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014a), para a existência de práticas profissionais de excelência, é condição *obrigatória* “a construção de ambientes favoráveis ao exercício profissional, os quais se caracterizam, entre outros parâmetros, pela existência de recursos humanos adequados, em quantidade e qualidade, às necessidades dos utilizadores” (p.9). Embora já exista um documento normativo para a regulação da dotação de enfermeiros em todos os contextos da prática clínica, que deixa claro que todas as organizações de saúde devem garantir o cumprimento da dotação adequada de recursos de enfermagem, nos contextos da prática, os enfermeiros têm-se deparado com imensas dificuldades, temendo pôr em causa a qualidade da conceção e da prestação dos cuidados de enfermagem.

Na perspetiva de Freitas e Parreira (2013), é fundamental dispor de recursos de enfermagem adequados, assegurando a dotação em quantidade, mas também em qualidade, para que os enfermeiros possam orientar a sua prática de forma a prestar cuidados seguros e de qualidade. Um aspeto relevante do discurso dos enfermeiros radica na ausência de reconhecimento pela formação efetuada, bem como no não aproveitamento das qualificações dos enfermeiros. Recorde-se que à data da realização da investigação, 43,3% dos enfermeiros com cursos de especialização não exercem a sua atividade profissional na área da especialidade.

Para além dos recursos humanos, decorrente das particularidades de alguns contextos, foi mencionada pelos participantes a importância dos recursos materiais. Na sequência da análise dos discursos, depreende-se que os equipamentos e as condições físicas existentes nos serviços, nem sempre facilitam uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade.

Focando a atenção naquilo que é concretizado com os recursos disponíveis, importa refletir sobre a organização dos cuidados de enfermagem. Tal como referido por Machado (2013), as metodologias de trabalho configuram-se como um elemento importante à qualidade dos cuidados de enfermagem, traduzindo-se na componente estrutura que influencia os resultados. Relativamente a este aspeto apesar de ser claro para os enfermeiros quais as metodologias que se coadunam com a qualidade dos cuidados de enfermagem, dos discursos, emergem fragilidades que justificariam

mudanças em alguns contextos. Ainda que teoricamente não seja a metodologia em uso, os achados denotam práticas que se “aproximam” do método funcional. O problema é que, conforme referem Silva, Costa e Silva (2013), *“a metodologia de orientação dos cuidados pelo método funcional integra-se na visão do modelo biomédico e não na concepção de práticas orientadas para as respostas humanas aos processos de vida”*.

Por outro lado, apesar de não constituir uma realidade generalizável, a tentativa de aproximar a metodologia de trabalho em uso ao método de enfermeiro de referência vem reforçar a percepção da influência deste atributo na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda no âmbito da estrutura, os enfermeiros, que atribuem relevância à existência de uma orientação concetual para a prática, acreditam que a mesma terá de surgir nos órgãos de gestão de topo das instituições. Nesta perspetiva, o recurso a teorias para orientar a prática de enfermagem constitui um desafio emergente, garantindo uma enfermagem mais eficaz, mas essencialmente mais significativa para as pessoas.

De acordo com os resultados do estudo quantitativo, as concepções inerentes ao referencial teórico de Virginia Henderson são aquelas com que a maioria dos enfermeiros se identificam, sendo que no discurso dos participantes do estudo qualitativo é também esse o modelo que frequentemente orienta a prática profissional dos enfermeiros. O referido está em consonância com vários estudos (Huitzi-Egilegor et al., 2012, 2014) e, mais uma vez, vem confirmar que o modelo de Virginia Henderson é um dos mais conhecidos no mundo (McEwen e Wills, 2016).

Importa, no entanto, destacar as instituições hospitalares que, com o passar do tempo e perante a evolução da disciplina de enfermagem, têm vindo a empenhar-se em mudanças que julgam culminar numa prática de enfermagem rigorosa, que na perspetiva de Huitzi-Egilegor et al. (2014), deve estar baseada nos pressupostos científicos e filosóficos que cada uma das teorias adotadas expõe. Nos casos identificados na nossa investigação, estas mudanças estão principalmente relacionadas com a “substituição” do referencial teórico de Virginia Henderson pelo de Afaf Meleis e Dorothea Orem.

Apesar de, no momento atual, a tentativa de apropriação do referencial teórico de Afaf Meleis e Dorothea Orem estar essencialmente adstrita a alguns serviços, como resultado de iniciativas e casuísticas de alguns enfermeiros, importa relevá-la, uma vez que constitui uma oportunidade para a mudança de paradigma.

Para além dos referenciais teóricos da disciplina, na perspetiva dos participantes, numa procura permanente da excelência no exercício profissional, é essencial uma atuação congruente com os referenciais da profissão, com especial destaque para os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nunes (2011), numa reflexão sobre a importância dos padrões de qualidade, lembra que se por um lado o enfermeiro se reconhece capaz de agir autonomamente, por outro, de forma complementar, emerge a necessidade de agir em conformidade com os padrões de excelência. Na perspectiva da autora, *“pode qualificar-se a ação de alguém pela aplicação de aferidores de excelência, de preceitos que definem o sucesso e, ao mesmo tempo, avaliam e normativizam um nível de qualidade”* (Ibidem, p.38), considerando que essa é a função dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Decorrente do referido, cabe a cada um deliberar como age em cada circunstância, sem no entanto ser descurado o facto de que qualquer ato profissional deve seguir as regras de excelência. Conforme referido pelo ICN (2016b), a forma como os enfermeiros demonstram a qualidade e o impacto do seu trabalho é fundamental para garantir que o resto do sistema compreende e valoriza o papel que os enfermeiros desempenham. Neste sentido, é essencial que os enfermeiros estejam ativamente envolvidos na concretização dos padrões de qualidade. Tal como referido por Potra (2015), os padrões de qualidade devem servir de guia e estímulo às práticas dos enfermeiros, influenciando o comportamento das equipas no sentido da excelência.

No estudo quantitativo, os resultados obtidos com a aplicação da escala de percepção das atividades de enfermagem, que contribuem para a qualidade dos cuidados (Martins et al., 2016a), denunciam uma atuação dos enfermeiros portugueses tendencialmente congruente com os padrões de qualidade, tendo sido evidenciado que, na sua maioria, os enfermeiros concretizam “às vezes” ou “sempre” as atividades inerentes a cada uma das dimensões.

Decorrente da análise efetuada, as atividades inerentes às dimensões “promoção da saúde”, “bem-estar e autocuidado” e “readaptação funcional”, foram aquelas que os enfermeiros percecionaram como menos executadas, exigindo portanto que se repensem as práticas, no sentido de uma atuação congruente com os enunciados descritivos em causa. Importa salientar que as atividades mais frequentemente concretizadas pelos enfermeiros, se reportam à dimensão “prevenção de complicações”, o que, mais uma vez, comprova a relevância dos modelos orientadores da ação centrados na prevenção de complicações (Pereira, 2009; Machado, 2013).

Neste sentido, se, por um lado, compete aos enfermeiros agir em conformidade com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, por outro, cabe às instituições hospitalares criar ambientes favoráveis, adequando os recursos e criando estruturas que permitam o desenvolvimento de competências dos profissionais e, conseqüentemente, um exercício profissional de qualidade.

Na perspectiva de Gerolin e Cunha (2013), o problema é que na sequência de mudanças socio-político-económicas, as alterações ocorridas na gestão hospitalar têm trazido

impacto em aspetos administrativos e assistenciais, de modo que, para que os hospitais se mantenham sustentáveis, os profissionais que fazem parte do seu corpo funcional vivenciam dificuldades em garantir a qualidade, ou seja, em executar as atividades que satisfaçam os padrões previamente definidos.

A procura de níveis cada vez mais elevados de qualidade dos cuidados prestados, aliados aos problemas decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afetam os enfermeiros de todo o mundo (ICN, 2015), exigindo um constante movimento de repensar a gestão e a assistência de enfermagem, sempre em busca das melhores práticas, que otimizem recursos e garantam uma assistência segura e de qualidade (Gerolin e Cunha, 2013). As economias e as sociedades mudaram substancialmente ao longo das últimas décadas, mas os métodos e as práticas continuam as mesmas. Práticas que por muito tempo consideramos padrão, hoje, devem ser questionadas (Ibidem) e, na nossa perspetiva, é este o desafio!

Corroborando Silva (2006, p.306), *“não há uma prática de enfermagem: há práticas de enfermagem”*, e neste sentido *“não há um modelo em uso: há vários modelos em uso”*. Da investigação realizada, constatámos que os modelos orientadores da prática profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar, são influenciados por duas perspetivas, uma teórica e uma prática.

No âmbito da perspetiva teórica, a dupla influência resulta essencialmente dos referenciais teóricos que foram surgindo ao longo do desenvolvimento concetual da enfermagem num contexto internacional, bem como dos instrumentos reguladores que emergiram durante o desenvolvimento da profissão de enfermagem em Portugal. Relativamente à perspetiva prática, a influência decorre essencialmente do desenvolvimento profissional da enfermagem em proximidade com a medicina, numa tendência clara para o modelo biomédico.

A formação realizada pelos enfermeiros, os locais onde desenvolveram ensinamentos clínicos/estágios, os contextos onde exerceram e exercem a sua atividade profissional, foram os aspetos que emergiram dos discursos dos participantes como sendo os decisivos para o grau de influência da perspetiva teórica e/ou prática no seu exercício profissional.

Apesar de em alguns locais ser notória a orientação para uma prática centrada nas respostas humanas dos clientes, há um número significativo de contextos em que as práticas estão tendencialmente centradas na gestão de sinais e sintomas, com uma grande valorização da prevenção de complicações e da deteção precoce de sinais e sintomas de agravamento, tradutores de alterações nos processos corporais. No mesmo sentido, Benedet et al. (2016) referiram que os cuidados de enfermagem no contexto hospitalar têm vindo a estar comprometidos, uma vez que refletem uma atuação

focalizada em sinais e sintomas e não nas necessidades dos clientes. Na perspetiva de Souza, Santos e Monteiro (2013), para além de centradas na gestão de sinais e sintomas das doenças, as práticas ainda permanecem fragmentadas, prevalecendo a lógica dos serviços, em detrimento das necessidades de quem recebe o cuidado. Neste contexto, decorrente de uma prestação de cuidados centrada nas tarefas, vai predominando uma prática automatizada, que dificulta o afastamento do modelo biomédico.

Corroborando Silva (2011), apesar do longo percurso de teorização deixar claro um progressivo distanciamento do modelo biomédico, a aplicação destes pressupostos nos cuidados prestados às pessoas não traduz a mesma evolução. Em Portugal, as práticas dos enfermeiros continuam a deixar transparecer o domínio biomédico, orientando-se para a gestão de sinais e sintomas associados a cirurgias, medicação e patologias, tal como constatado nos achados da nossa investigação.

No entanto, o modelo biomédico que sustentou, e ainda sustenta em algumas instituições, uma conceção de cuidados restrita à gestão de sinais e sintomas tem-se vindo a mostrar insuficiente para atender às mais recentes necessidades dos clientes (Morais, 2012; Sousa, Martins e Pereira, 2015). Na verdade, nos últimos anos, no contexto hospitalar, a prestação de cuidados pontuais e despersonalizados, dirigidos ao caso, e não à pessoa, numa intervenção preferencialmente dedicada à resolução de doenças agudas (Ministério da Saúde, 2010), tem-se revelado profundamente desajustado às reais necessidades da população.

É, nesse contexto, que alguns autores acreditam que a prática orientada pelas teorias seja o futuro da enfermagem (McEwen e Wills, 2016). Efetivamente, é urgente desconstruir algumas práticas rotinizadas e (re)construir algo sustentado. O problema é que algumas das dificuldades prendem-se com o conhecimento e valorização dos enfermeiros relativamente ao contributo dos referenciais teóricos da disciplina. Efetivamente, ao longo da investigação, constatámos que o escasso domínio concetual do que é enfermagem, já confirmado por Moraes (2012), tem influenciado negativamente a sustentação da prática profissional.

No seguimento do referido, identificaram-se, no contexto da prática hospitalar, enfermeiros cujos olhares sobre os contributos dos referenciais da disciplina e da profissão de enfermagem determinam a existência de quatro perspetivas diferentes. Os enfermeiros que não conhecem, ou então conhecendo, não valorizam o contributo dos referenciais teóricos da disciplina, nem dos instrumentos reguladores da profissão, exercendo a enfermagem numa vertente predominantemente prática, muito centrada no domínio interdependente, privilegiando uma atuação baseada no cumprimento das prescrições e na prevenção de complicações e deteção de sinais e sintomas de agravamento clínico associado aos diferentes processos patológicos. O problema desta

perspetiva é que não se trata apenas de uma atitude intelectualmente indiferente relativamente à teoria, mas também de uma tendência para uma prática orientada pelas tarefas.

Um segundo grupo de enfermeiros que não estão consciencializados do uso dos referenciais teóricos, nem dos instrumentos reguladores da profissão, ou que têm dúvidas relativamente ao contributo dos mesmos, e que exercem a enfermagem numa vertente essencialmente prática, deixando, no entanto, transparecer uma preocupação pelas respostas dos clientes aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Um terceiro grupo de enfermeiros que conhecem e valorizam os referenciais teóricos da disciplina, bem como os instrumentos reguladores da profissão, e que, atualmente, em contextos da prática não facilitadores se deixam influenciar pelos modelos em uso e, como referem os participantes, “não sendo mais fortes que eles”, exercem a profissão no mesmo sentido da maioria.

Por fim, um quarto grupo de enfermeiros, tendencialmente mais pequeno, que conhecendo e valorizando os referenciais teóricos da disciplina, bem como os instrumentos reguladores da profissão, mesmo em contextos pouco ou nada facilitadores, têm feito um esforço para valorizar a dimensão autónoma da profissão.

Apesar do conteúdo relacionado com os modelos e teorias de enfermagem estar incorporado em todos os níveis do ensino, um traço relevante do discurso dos participantes radica na necessidade de os mesmos serem abordados com a preocupação de maior proximidade aos contextos da prática, o que facilitaria a sua incorporação e implementação. De outra forma, os enfermeiros continuarão a afirmar: “isto é (...) *muito bonito na teoria, mas na prática é outra coisa*” (E9).

A existência de pouca clarificação entre os modelos e teorias de enfermagem e o processo de enfermagem justificam uma necessidade urgente de clarificação. De facto, corroborando Huitzi-Egilegor et al. (2014, p.773), “*enquanto o processo de enfermagem é uma metodologia para a organização da prática profissional, os modelos e as teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido a essa prática*”.

Acrescem ainda as dificuldades que os enfermeiros verbalizaram relativamente ao sistema de informação em uso e à classificação internacional para a prática de enfermagem, aspetos que, para além de comprometerem a documentação, colocam em causa a possibilidade de gerar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que também já foi confirmado noutras investigações (Pereira, 2009; Machado, 2013; Sousa, Martins e Pereira, 2015).

Ainda decorrente dos achados, importa também clarificar que a CIPE®, o SAPE e o SClínico®, apesar da relevância que tiveram, ao longo da última década, no

desenvolvimento da enfermagem, não devem, nem podem, ser confundidos com os modelos teóricos, porque efetivamente não o são.

O facto do SAPE e, posteriormente, do SClínico[®], que constituem sistemas de informação de enfermagem com uma estrutura tradutora do processo de enfermagem, terem sido implementados sem que, na maioria dos contextos, existissem referenciais teóricos que orientassem a colheita e organização dos dados, a identificação de diagnósticos e a prescrição das intervenções poderão justificar alguma confusão.

Huitzi-Egilegor et al. (2014), num estudo que teve como objetivo analisar os modelos que têm sido utilizados na implementação do processo de enfermagem, constataram que perante a inexistência de qualquer modelo, prevalecem os critérios dos enfermeiros e/ou das instituições e, efetivamente, é isso que vai acontecendo. A necessidade de utilizar uma teoria de enfermagem para guiar e fundamentar as ações dos profissionais durante as etapas do processo de enfermagem foi também relevado por Freitas, Queiróz e Souza (2007).

Apesar do conhecimento dos enfermeiros acerca dos modelos e teorias de enfermagem estar pouco clarificado, existindo simultaneamente alguma confusão entre esses modelos e teorias e os instrumentos que foram surgindo ao longo do desenvolvimento da enfermagem, é de relevar a coerência dos enfermeiros portugueses em relação aos fundamentos teóricos com os quais mais se identificam. De facto, decorrente dos resultados obtidos no estudo quantitativo, é interessante verificar que a opção pelas conceções, que mais se adequam à prática, seja maioritariamente a mesma, isto é, quando um enfermeiro se identifica com um referencial teórico de enfermagem, identifica-se quase sempre, em relação a todos os conceitos metaparadigmáticos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Neste sentido, no estudo ficou claro que as conceções que obtiveram maior concordância foram as de Virginia Henderson, Afaf Meleis, Dorothea Orem, Madeleine Leininger e Callista Roy.

O contributo da “Escola das Necessidades” (Pepin, Kérouac e Ducharme, 2010) no desenvolvimento da enfermagem portuguesa, para além de ter sido significativo, continua a influenciar a prática profissional de muitos enfermeiros. Na perspetiva de Huitzi-Egilegor et al. (2014, p.773), *“as orientações ou modelos de enfermagem utilizados determinam a prática, que é apoiada pelos fundamentos teóricos que cada modelo contém e com os quais o enfermeiro se identifica”*. Decorrente dos resultados obtidos, é com base no referencial teórico de Virginia Henderson que os enfermeiros vão validando as necessidades e os problemas dos clientes e, relativamente aos quais planeiam as intervenções intencionalmente direcionadas para a substituição da pessoa naquilo que ela não pode fazer, ou seja, no que a torna dependente.

Ainda inserida na “Escola das Necessidades” (Pepin, Kérouac e Ducharme, 2010), importa relevar que em alguns contextos a perspetiva de Dorothea Orem têm orientado a ação dos enfermeiros, essencialmente focada na intenção de suplementar ou complementar os clientes com dependência nos autocuidados, na concretização das atividades inerentes aos mesmos.

Na sequência da evolução da enfermagem em Portugal, e da influência dos contextos de ensino, tantas vezes mencionada pelos participantes, ao longo da última década, tem vindo a evidenciar-se um interesse gradualmente crescente pelo referencial teórico de Afaf Meleis, segundo o qual assistir as pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante da enfermagem (Meleis et al., 2000). O referido justifica o facto de na nossa investigação, uma percentagem significativa de enfermeiros qualificar as conceções de Afaf Meleis como totalmente de acordo com a sua prática. Ainda que apenas em alguns contextos, começa a denotar-se uma preocupação em evoluir de uma lógica marcada pelo pressuposto de “fazer pelo doente”, para uma enfermagem marcada pelo pressuposto de “fazer com o doente” (Machado, 2013).

Em Portugal, não foram encontrados estudos que fornecessem dados numéricos sobre os modelos e as teorias de enfermagem utilizados e/ou com os quais os enfermeiros se identificassem. No entanto, a congruência observada nos resultados do estudo quantitativo torna-os mais consistentes e deixa claro que os enfermeiros enfocam o seu papel na satisfação das necessidades fundamentais e das necessidades de autocuidado; na facilitação dos processos e das experiências humanas de transição; nas atividades de assistir, apoiar e capacitar as pessoas a manter ou readquirir o bem-estar de formas culturalmente significativas, bem como, nas capacidades de adaptação das pessoas, enfatizando a promoção da saúde, a estabilidade, a homeostasia e a qualidade de vida.

À semelhança do que constatámos em Portugal, a pouca aplicabilidade das teorias de enfermagem nas instituições de saúde públicas foi também confirmada por Sousa, Santos e Monteiro (2013), no Brasil. Por outro lado, em Espanha, uma percentagem significativa de serviços usam uma teoria de enfermagem (Huitzi-Egilegor et al., 2012).

Apesar de ser notória a integração na prática de aspetos inerentes à teoria exposta, de que é exemplo a ênfase colocada no autocuidado, na gestão do regime terapêutico, na preparação do regresso a casa, no papel de membro da família prestador de cuidados, emerge simultaneamente dos discursos dos participantes, algum défice de conhecimento e clarificação que acaba por condicionar a necessária estruturação e sistematização da ação profissional, cuja repercussão é notória na descrição de práticas incompletas e fragmentadas, frequentemente ancoradas em argumentos frágeis e pouco consistentes.

Efetivamente, apesar de começar a ser notória a relevância atribuída a áreas de atenção no âmbito da disciplina de enfermagem, decorrente do referido pelos participantes,

ficámos com a mesma percepção de outros autores, de que o desenvolvimento da enfermagem não possibilitou ainda que as práticas reflitam o que é ensinado na formação, verificando-se, à semelhança com outros estudos, uma dissonância entre o objeto de estudo da disciplina no meio académico e no contexto profissional (Basto, 1998; Silva, 2007; Silva, 2011; Machado, 2013; Padilha, 2013; Sousa, Martins e Pereira, 2015; Martins et al., 2016b). Apesar do referido depender de fatores relacionados com os ambientes da prática, é fortemente influenciado pelos enfermeiros.

Já em 2001, Hesbeen referia que *“a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida. Da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executam. Da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a qualidade”* (p.68).

Atendendo a que a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros emerge dos contributos disciplinares e profissionais, torna-se clara a necessidade de promover a aproximação dos enfermeiros dos referenciais que deveriam sustentar a sua prática. De facto, tal como preconizado por Silva (2007), há já quase uma década, é fundamental tornar evidente a evolução do exercício profissional dos enfermeiros de uma lógica predominantemente executiva, para uma lógica progressivamente mais concetual.

Partindo do pressuposto que uma profissão que não reconhece as suas correntes de pensamento se empobrece, desvinculando o saber fazer do saber pensar (Rosa et al., 2010), o desafio passa por refletir sobre os referenciais teóricos de enfermagem, não só no espaço académico, mas também nos contextos da prática.

No sentido do referido, e depois de identificada esta necessidade, em alguns contextos da prática hospitalar, com o intuito de se clarificar a natureza da enfermagem e a essência de ser enfermeiro, têm-se vindo a desenvolver esforços, no sentido de influenciar o pensamento, os discursos e até a forma de agir dos enfermeiros que constituem a equipa. A melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros implica repensar conceitos, valores, atitudes, mas essencialmente, exige o desenvolvimento de uma base de sustentação sólida.

Os achados indiciam uma preocupação dos enfermeiros em verem refletidos na prática os contributos da teoria exposta, detetando eles próprios necessidade de repensar a conceção, a prestação, a documentação e a organização dos cuidados de enfermagem.

Certo é que, independentemente dos modelos de cuidados adotados, o primeiro pressuposto da qualidade é a focalização nos clientes, garantindo que toda a ação se orienta no sentido dos objetivos que os clientes entendem ser os que melhor servem os seus interesses (Ministério da Saúde, 2010; Ferreira e Amendoeira, 2015). Relativamente ao referido, o ICN (2015) lembra que a abordagem em equipa é a pedra angular dos cuidados centrados nos clientes e os enfermeiros têm um contributo importante para o

funcionamento e eficácia das equipas de saúde. O problema é que, apesar da crescente sensibilização para os potenciais benefícios das práticas colaborativas, em muitas organizações de saúde não existe um trabalho em equipa eficaz, havendo consequências negativas sobre os resultados nos clientes. Na perspetiva dos participantes da nossa investigação, o referido tem comprometido de forma significativa a discussão sobre os cuidados, bem como o planeamento da alta dos clientes.

Na sequência do enfoque nos atributos de estrutura e processo, os enfermeiros demonstraram dificuldades em enunciar os resultados, sendo que os mencionados estavam fundamentalmente orientados para a prevenção de complicações nos clientes.

À luz da atual política de qualidade em saúde, o contributo dos profissionais de enfermagem insere-se fundamentalmente numa perspetiva interdependente, centrada na prevenção de complicações e na deteção de sinais e sintomas de agravamento. Ainda que os ambientes da prática no contexto hospitalar sejam cada vez mais complexos e exijam frequentemente uma priorização das intervenções interdependentes, que não podem, nem devem menosprezar, os enfermeiros anseiam um contributo mais significativo para a qualidade, mas essencialmente para os clientes. Acreditando que o saber agir não é suficiente, o querer e o poder agir (Le Boterf, 2005) dependem essencialmente dos enfermeiros e do contexto.

Em consonância com os resultados obtidos por Fradique e Mendes (2013), há a perceção de que a qualidade de cuidados existente nos serviços está relacionada com a capacidade do enfermeiro gestor definir estratégias que possibilitem o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, bem como em garantir ambientes de prática facilitadores da melhoria do desempenho e potenciadores de práticas profissionais de qualidade. Potra (2015) acrescenta que a atuação do enfermeiro gestor pode influenciar os conhecimentos, as capacidades e os comportamentos dos enfermeiros, mas também a sua orientação concetual para a prática.

A formação em serviço e os projetos de melhoria são, na perspetiva dos participantes, pretextos interessantes para gerar reflexões sobre as práticas, com contributos potencialmente significativos na definição de modelos de cuidados, que se espera que sejam cada vez mais afastados de práticas rotinizadas. Acresce ainda que, com uma abordagem centrada na melhoria contínua da qualidade, é possível promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

Neste contexto, a importância dos enfermeiros gestores reconhecerem as necessidades e potencialidades dos enfermeiros da equipa que lideram, a par da qualidade do feedback e da interação que estabelecem com os mesmos, foi mencionada pelos participantes.

Segundo Silva, Lima e Sousa (2016), nos últimos anos, a forma de gerir a qualidade nas organizações de saúde tem provocado nos gestores e nos profissionais de saúde alguma inquietação, que na perspetiva dos autores reflete o descompasso existente entre as exigências da organização, as práticas de gestão e as necessidades dos profissionais. De modo a minimizar a existência de desfasamentos, é urgente a adoção de estratégias de gestão participativa.

Os enfermeiros são profissionais fulcrais em qualquer organização de saúde e, como tal, para além de ser importante valorizar o seu desempenho, é necessário que as instituições tenham perfeitamente definidas estratégias de desenvolvimento profissional, de motivação, bem como de recompensa e incentivos (Ministério da Saúde, 2010; Pereira e Moreira, 2015). Os incentivos são um meio importante para motivar e melhorar o desempenho dos enfermeiros, ainda que sejam não financeiros, na forma de reconhecimento do trabalho, desenvolvimento da carreira ou horários flexíveis (ICN, 2015).

Para além disso, a melhoria contínua da qualidade, que requer o envolvimento de todos, é consonante com níveis de satisfação profissional em que os profissionais se sentem membros ativos e influenciadores da qualidade (Machado, 2013), o que, como verificámos, nem sempre constitui uma preocupação das organizações. Certo é que em ambientes não favoráveis à prática é improvável que os enfermeiros estejam e deem o seu melhor (ICN, 2015). Como clarificam Manzo, Brito e Alves (2013), os profissionais são o cerne da política de qualidade, pois têm um papel essencial na implementação e manutenção do processo, sendo que parte da eficiência será determinada pelo seu grau de satisfação.

Tendo em consideração a importância atribuída pelos participantes ao uso dos indicadores e das auditorias para a avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, é urgente a implementação/otimização dessas ferramentas no âmbito das instituições hospitalares, o que na nossa perspetiva terá repercussões interessantes no exercício profissional dos enfermeiros. Tal como defendido por alguns autores (Scarparo et al., 2009; Caldana et al., 2011; Rocha et al., 2016), os indicadores e as auditorias podem ser utilizados como estratégias para ampliar cada vez mais a cultura da qualidade dos cuidados de enfermagem nas instituições hospitalares, desde que sem carácter punitivo.

Atendendo a que os ambientes da prática contribuem significativamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Lake, 2002; Lake e Friese, 2006; Friese et al., 2008; Amaral e Ferreira, 2013; Amaral et al., 2013; ICN, 2014), é urgente que nos diferentes níveis de gestão exista uma preocupação em agir no sentido de otimizar os ambientes,

sugerindo-se repensar as práticas e implementar modelos de prática profissional promotores da qualidade (Ribeiro, Martins e Tronchin, 2016).

Tal como perspectivado por D`Innocenzo, Adami e Cunha (2006), com o enfoque na qualidade, a assistência de enfermagem deve ter como finalidade a melhoria contínua da prestação de cuidados, bem como a definição de estratégias para alcançá-la, tendo em consideração que a qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas sim como um processo contínuo.

Como referido por Cardoso e Hennington (2011), a possibilidade de mudança das práticas encontra potencial nos próprios profissionais, sendo que as possíveis transformações que ocorram não são isentas de esforço e conflitos, uma vez que exigem sair da “zona de conforto”, envolvendo escolhas quanto ao sentido de orientação que se pretende adotar nas práticas. Partilhando da ideia das autoras, acreditamos que as mudanças nas práticas profissionais dos enfermeiros, só podem acontecer a partir dos próprios enfermeiros, de um reposicionamento desencadeado pelo desconforto coletivo e propiciado por um movimento de “contágio” entre os mesmos, sejam eles enfermeiros, enfermeiros especialista ou enfermeiros gestores.

O modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais em enfermagem, numa perspetiva tridimensional, pretende retratar os fundamentos que sustentam a prática profissional, bem como os fatores que no contexto hospitalar promovem ou comprometem a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Por outro lado, a identificação dos fatores potenciadores da qualidade dos cuidados de enfermagem pode constituir um contributo interessante para orientar as práticas de gestão no sentido de promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros e a criação de ambientes de prática profissional adequados.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de uma investigação centrada na sustentação das práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar, de modo a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, para além de relacionada com uma inquietação pessoal resultante da nossa vivência e experiência profissional, representou na realidade o nosso maior desafio.

A falta de estudos em Portugal sobre esta temática, a relevância do conhecimento sobre a forma como os enfermeiros sustentam a sua prática em contexto hospitalar, a par da identificação dos aspetos que promovem e comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem, constituíram a nossa principal motivação. Neste contexto, assumindo a natureza e complexidade dos fenómenos de interesse, optou-se por uma investigação, que contemplou a realização de dois estudos e que determinou, conseqüentemente, a adoção das metodologias quantitativa e qualitativa.

Assim, num primeiro momento, com uma abordagem quantitativa, realizámos um estudo onde participaram 3451 enfermeiros que exerciam funções em 36 instituições hospitalares EPE de Portugal continental. Apesar de ter sido projetada uma técnica de amostragem probabilística, aleatória estratificada e proporcional, as particularidades inerentes às autorizações das instituições hospitalares para a realização da investigação impediram tal desígnio. Neste sentido, a técnica de amostragem usada foi não probabilística, de conveniência. Apesar da amostra incluir enfermeiros de todas as instituições hospitalares EPE, que aceitaram participar no estudo, representando os serviços de medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas e de medicina intensiva e urgência, o facto de não se poder assumir que a amostra é representativa do universo, determina a necessidade de algum cuidado na extrapolação dos dados.

Em consonância com os resultados obtidos no estudo quantitativo, verificámos que a opção pelas conceções que mais se adequam à prática, é maioritariamente a mesma, ou seja, quando um enfermeiro se identifica com um referencial teórico, identifica-se quase sempre, em relação a todos os conceitos metaparadigmáticos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Neste sentido, constatámos que os enfermeiros qualificaram como totalmente de acordo com a sua prática as conceções de Virginia Henderson, Afaf Meleis, Dorotfhea Orem, Madeleine Leininger e Callista Roy.

A congruência observada nos resultados torna-os mais consistentes e, tomando por foco as conceções de enfermagem, ficou claro que os enfermeiros assistem a satisfação das necessidades fundamentais que as pessoas executariam sem auxílio caso tivessem a força, a vontade e os conhecimentos necessários, facilitam os processos de transição, ajudando as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar, promovem ou recuperam a capacidade para o autocuidado e para a adaptação, sempre de formas culturalmente significativas e benéficas.

No contexto nacional, considerando os resultados obtidos relativamente aos quatro conceitos metaparadigmáticos, enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, constatámos que no Norte e Centro é unânime a concordância com as conceções de Virginia Henderson, Afaf Meleis e Dorothea Orem, por outro lado, em Lisboa e Vale do Tejo, no Alentejo e no Algarve, a unanimidade na concordância relativamente aos quatro conceitos é apenas constatada em relação às conceções de Virginia Henderson.

Decorrente da implementação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em algumas instituições, os enfermeiros passaram teoricamente a exercer uma prática sustentada nos mesmos, numa orientação tendencialmente mais clara para os enunciados descritivos e, conseqüentemente, para a melhoria contínua da qualidade.

Atendendo a que a investigação foi realizada no contexto nacional, importa relevar que o enquadramento legal e concetual das práticas de enfermagem não tem sido igualmente valorizado pelos enfermeiros no contexto hospitalar.

No segundo estudo, com uma abordagem qualitativa, na sequência de uma amostragem intencional, participaram 56 enfermeiros que exerciam funções em 19 dos 21 Centros Hospitalares EPE de Portugal continental.

Os resultados do estudo qualitativo permitiram-nos constatar que as práticas profissionais sustentadas em referenciais teóricos de enfermagem são, ainda, consequência de iniciativas de enfermeiros que exercem funções em alguns serviços, constituindo, em poucas situações, resultado de iniciativas da própria instituição.

Ainda que nem sempre tenha sido conscientemente reconhecido pelos participantes, constatámos que os modelos de Virginia Henderson e de Dorothea Orem têm orientado a ação dos enfermeiros, o primeiro no sentido de fazer pelo cliente o que ele não pode e o segundo no sentido de assistir e promover a capacidade dos clientes para a satisfação das necessidades de autocuidado. O facto de um número significativo de enfermeiros qualificarem as conceções de Afaf Meleis, relativamente aos quatro conceitos metaparadigmáticos, como totalmente de acordo com a sua prática, poderá constituir uma oportunidade de desenvolvimento de uma prática profissional mais sistematizada e intencional. No mesmo sentido, importa referir que em alguns contextos da prática hospitalar a utilização do referencial teórico de Afaf Meleis, enquanto orientação

conceitual para a prática de enfermagem, evidencia uma preocupação em mudar de paradigma.

Ambos os estudos permitiram conhecer algumas particularidades da evolução e da influência que os modelos e teorias de enfermagem tiveram e têm no exercício profissional dos enfermeiros, tendo sido possível perceber simultaneamente a apropriação dos instrumentos reguladores da profissão.

Decorrente do percurso efetuado e da proximidade estabelecida com diferentes contextos da prática hospitalar, acreditamos que a valorização da enfermagem depende essencialmente “do querer” dos enfermeiros, incluindo-se aí os subsídios trazidos pelos referenciais teóricos, cujas concepções os mesmos consideraram como totalmente de acordo com a sua prática.

Embora tivesse sido frequente a referência a uma atuação congruente com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, foram identificadas fragilidades, nomeadamente no âmbito da “promoção da saúde”, do “bem-estar e autocuidado” e da “readaptação funcional”.

Apesar do esforço manifestado pelos enfermeiros em aproximar os modelos expostos aos modelos em uso, da análise de alguns discursos, ficámos com a perceção da existência de práticas fragmentadas, descontínuas e pouco sistematizadas, o que constitui um excelente pretexto para continuar o desenvolvimento de investigações no âmbito desta problemática.

No modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais, as componentes da estrutura enunciadas pelos enfermeiros estão associadas a questões da instituição, dos serviços e da disciplina e profissão de enfermagem, que influenciam o processo e os resultados. No âmbito do processo, foram abordados os modelos orientadores da prática profissional, a metodologia de prestação de cuidados, o processo de documentação, bem como o processo de comunicação, as práticas colaborativas e o processo de gestão. Em relação à componente resultados, destacaram-se os relacionados com os clientes e com os enfermeiros. Em contraste com outras investigações centradas nas relações entre os elementos das componentes estrutura, processo e resultado, este modelo explica o modo como os diversos fatores podem contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ficou claro que existem necessidades de melhoria em alguns elementos da estrutura e do processo, de modo a otimizar os resultados. Os fatores que comprometem a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e uma atuação congruente com a sustentação desejada são de diferentes âmbitos: institucionais, de gestão, de recursos humanos e materiais, bem como relacionados com a própria organização dos cuidados de enfermagem. No entanto, a tudo isto, acresce a falta de motivação dos enfermeiros,

que sendo essenciais no contexto hospitalar, não se sentem envolvidos, nem reconhecidos.

Relativamente aos modelos orientadores da prática profissional, verificou-se que estavam predominantemente centrados na gestão de sinais e sintomas. Neste contexto, foi particularmente notória a relevância de uma prática profissional orientada para a prevenção de complicações. A intenção dos enfermeiros em adotar uma prática centrada nas respostas humanas dos clientes tem sido negativamente influenciada pela dificuldade em integrar os referenciais teóricos da disciplina e os instrumentos reguladores da profissão.

Efetivamente, apesar do crescente interesse em utilizar os referenciais da disciplina e da profissão para orientar a prática de enfermagem, as fragilidades inerentes a esse processo têm determinado avanços e retrocessos, com resultados que variam de acordo com os contextos da prática. Certo é que nas instituições hospitalares, e conseqüentemente nos serviços, a consolidação desses referenciais constitui atualmente um desafio.

Embora na generalidade seja notória a tentativa dos enfermeiros irem para além de uma abordagem centrada no modelo biomédico, procurando integrar nas suas práticas focos de enfermagem no âmbito do *core* da disciplina, a dificuldade em aceder e se apropriarem do conhecimento já desenvolvido tem-se repercutido em abordagens superficiais, nem sempre tradutoras da melhor ajuda profissional possível. Neste contexto, apesar da existência de evidência científica relativamente à reconstrução da autonomia dos clientes, à preparação do regresso a casa, à preparação do membro da família prestador de cuidados, à gestão do regime terapêutico, constatámos que há conhecimento produzido na área de enfermagem que ainda não é utilizado pelos enfermeiros, determinando a existência de diversas lacunas.

Apesar de alguns enfermeiros revelarem interesse em basear a sua ação profissional no conhecimento formal da enfermagem, evidenciaram dificuldades em aproximar a teoria da prática, o que efetivamente tem comprometido o crescimento científico da enfermagem, no âmbito da equipa multidisciplinar.

Independentemente das dificuldades manifestadas, na nossa perspetiva, é prioritária a clarificação dos conteúdos relativos aos referenciais teóricos, ao processo de enfermagem, à classificação internacional para a prática de enfermagem, bem como ao SAPE e ao SClínico®. Concomitantemente à referida clarificação, seria imprescindível que os enfermeiros conhecessem e se apropriassem dos instrumentos reguladores da profissão.

Apesar da evolução teoricamente significativa, só a consolidação dos fundamentos teóricos permitirá uma prática sustentada e sistematizada. Embora atualmente não exista

consenso entre os enfermeiros relativamente ao contributo dos referenciais teóricos no exercício profissional, a coerência dos resultados do estudo quantitativo revela uma oportunidade de definir um novo rumo.

Embora a cultura de valorização da qualidade já seja uma realidade entre alguns profissionais e em algumas instituições hospitalares, é necessária uma maior apropriação e um maior envolvimento, de modo a ocorrer uma efetiva qualidade dos cuidados de enfermagem.

No domínio da gestão organizacional, a ausência de envolvimento e reconhecimento dos enfermeiros assumiu nos discursos um relevo particular, dando expressão à necessidade de se fomentar a participação destes profissionais, o que potencialmente teria repercussões significativas na qualidade dos cuidados prestados nas instituições.

A nível da gestão operacional, ficou clara a necessidade dos enfermeiros gestores desenvolverem nos serviços uma cultura de valorização dos enfermeiros e de promoção do seu potencial, incentivando, apoiando e elogiando o seu esforço em fazer cada vez melhor. Por outro lado, e ainda que em ambientes onde o tempo é sempre escasso, para além da necessária gestão de recursos humanos e materiais, é importante adotar estratégias que garantam que os enfermeiros estejam sensibilizados e imbuídos do espírito de que os padrões de qualidade a alcançar podem sempre ser melhorados.

Os relatos dos participantes deixaram transparecer a pertinência dos momentos de reflexão na concretização de uma ação profissional solidificada. Neste sentido, e entendendo a qualidade como um processo contínuo, a criação de condições para uma prática profissional sustentada nos referenciais teóricos da disciplina e nos instrumentos reguladores da profissão, também requer um investimento permanente, fortemente impulsionado pelos enfermeiros gestores. A não concretização de tal desígnio, sob a alegação da falta de tempo, pode efetivamente comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A procura incessante pela melhoria da qualidade do serviço prestado tem sido uma realidade nas instituições de saúde. Decorrente deste cenário, no ambiente hospitalar, fortemente alicerçado num modelo biomédico, surge a possibilidade de promover mudanças nas práticas dos enfermeiros no sentido de viabilizar uma atuação congruente com o *core* da disciplina e com o mandato social da profissão. Tal como preconizado na literatura de enfermagem, fundamentar e basear a prática dos enfermeiros nas conceções da disciplina, bem como nos princípios e valores da profissão, constitui atualmente um dos maiores desafios.

Na nossa perspetiva, os resultados que emergiram dos dois estudos representam um contributo que pode orientar a mudança de paradigma na prestação de cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. Para além disso, consideramos que os estudos

realizados são relevantes do ponto de vista teórico, uma vez que constituem um contributo significativo para o desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A consciencialização dos enfermeiros relativamente aos atributos que promovem ou comprometem a qualidade dos cuidados constituirá a primeira etapa de um novo percurso.

É provável que os resultados obtidos nesta investigação possam gerar uma nova forma de olhar para as práticas de enfermagem, na certeza porém, de que a (re)criação e renovação dos modelos em uso dependerá dos contextos, mas essencialmente dos profissionais de enfermagem que atuam nesses contextos.

Não obstante os contributos desta investigação, torna-se relevante assinalar que ainda que constituísse um fator impossível de prever e contornar, assumimos como fragilidade o facto da técnica de amostragem usada ter sido não probabilística.

Chegados ao final da elaboração desta investigação, é pois o momento de fazer um balanço do que foi o nosso percurso. Neste sentido, da análise efetuada, destacamos como pontos fortes a experiência dos investigadores no contexto da prática hospitalar, bem como a consciencialização sobre o contributo dos referenciais da disciplina e da profissão para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. No que concerne aos pontos fracos, salientamos o tempo disponível para a realização da investigação, que sempre concorreu com o tempo associado ao nosso exercício profissional no contexto hospitalar, bem como a ausência de bolsa que ajudasse a suportar os gastos económicos, nomeadamente inerentes às deslocações para as instituições hospitalares num contexto nacional.

Relativamente às ameaças, evidenciamos as exigências inerentes às autorizações por parte das comissões de ética e dos conselhos de administração, que diferiram significativamente entre as instituições hospitalares, bem como a impossibilidade de poder realizar a investigação em alguns serviços e mesmo em alguns hospitais. Por fim, relativamente às oportunidades, destacamos as contribuições da investigação para o ensino, para a prática e para a investigação.

No que se refere ao ensino, os resultados da investigação justificam a adoção de estratégias de ensino-aprendizagem potenciadoras da apropriação dos referenciais teóricos da disciplina e dos instrumentos reguladores da profissão, de modo a gradualmente ir promovendo a aproximação dos modelos de exercício profissional expostos pela teoria de enfermagem aos modelos de exercício profissional em uso nos contextos.

Na prática, na área da prestação de cuidados, emerge a necessidade de se aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre os fundamentos teóricos da disciplina e os aspetos inerentes à regulação do exercício profissional, bem como desenvolver estratégias que

potenciem a adoção de práticas sistematizadas, sustentadas no conhecimento formal de enfermagem. Na área da gestão, o modelo explicativo da sustentação das práticas profissionais poderá ser um contributo significativo para a criação de ambientes favoráveis a um exercício profissional de qualidade.

No âmbito da investigação, seria interessante a realização de estudos alicerçados na observação, em contexto real, numa perspetiva de investigação interpretativa, cujo intuito seria, por um lado, confirmar a consonância entre os aspetos referidos pelos enfermeiros e o exercício da prática profissional e, por outro lado, estudar a problemática dos fatores que facilitam ou comprometem a qualidade dos cuidados prestados.

Para terminar, reconhecemos que apesar da dedicação e do esforço desenvolvido ao longo da concretização desta investigação, os resultados constituem apenas um pretexto e um ponto de partida para a mudança que atualmente julgamos necessária no exercício profissional dos enfermeiros. A oportunidade de refletir sobre as práticas constituiu-se desde o início como desafiadora e estimulante, permitindo-nos conhecer sob diferentes perspetivas o exercício profissional dos enfermeiros no contexto hospitalar. Decorrente do que vimos, ouvimos e sentimos, almejamos que esta investigação suscite novos estudos sobre o tema, além de provocar nos enfermeiros a motivação para a mudança que todos queremos.

Embora a proximidade entre o real e o ideal esteja condicionada pelos contextos da prática hospitalar, está intrinsecamente dependente da intencionalidade dos enfermeiros. Por esse motivo, reforçamos a importância de sustentar a prática nos referenciais teóricos da disciplina e nos instrumentos reguladores da profissão, como estratégia para uma atuação congruente com o mandato social da enfermagem.

Apesar do enriquecimento pessoal e profissional que este percurso nos proporcionou, dedicamos esta investigação aos enfermeiros que nos ajudaram, até este momento, a concretizar a maior parte dela. E porque não encontramos melhores palavras, deixamos-vos um dos contributos: *“Não é fácil (...) querendo conseguimos (...) os recursos humanos são fundamentais, os recursos financeiros também são... é todo um conjunto de fatores que nos poderão eventualmente ajudar e que seriam uma mais-valia. Mas, acho que passa essencialmente pelo querer (...) Mas... tem que ser cada um de nós... individualmente **eu quero, eu faço** (...) depois isto acaba por se conseguir...”* (E29).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2014a). *Circular Informativa Nº21/2014/DPS/ACSS*. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/CI21.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2014b). *Circular Informativa Nº18/2014/DRH/URT/ACSS*. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Informativa/2014/Circular_Informativa_18_2014.pdf
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., ... Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health services research*, 45(4), 904-921. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908200/>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2016. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/11/03/bmjqs-2016-005567.full>
- Alfaro-Lefevre, R. (2014). *Aplicação do Processo de Enfermagem*. (8ª ed.). Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Alves, A. C. (2012). *Ensino de Teorias de Enfermagem na Formação Profissional do Enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Itajubá, Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.
- Amaral, A. F. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, (21), 96-105. Disponível em: http://www.sinaisvitais.pt/formasau/documents/rie/Rie5_r.pdf
- Amaral, A. F. (2014a). *Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e Efetividade*. (Tese de Doutoramento não publicada). Coimbra, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. F. (2014b). Um Modelo de Efetividade de Cuidados de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(8), 20-34.

- Amaral, A. F., Ferreira, P. L. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, (5), 66-74. Disponível em: http://sinaisvitalis.pt/formasau/documents/rie/Rie5_r.pdf
- Amaral, A. F., Ferreira, P. L., Vidinha, T. S., & Cardoso, M. L. (2013). A percepção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados em quatro hospitais da região centro. *Revista Investigação em Enfermagem*, (4), 78-81. Disponível em: http://sinaisvitalis.pt/formasau/documents/RIE4_s2/Rie4_Serie2web.pdf
- Anacker, A. D., & Viegas, M. F. (2016). Representações sobre as práticas educativas de qualificação profissional em serviço de trabalhadores da enfermagem de uma unidade hospitalar. *Revista de Ciências da Educação*, 1(34), 141-160. Disponível em: <http://revista.unisal.br/ojs/index.php/educacao/article/view/493/363>
- Andrade, J. S., & Vieira, M. J. (2005). Nursing care in practice: Problems, perspectives, and need for systematization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 261-265. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300002&script=sci_arttext&tlng=es
- Ano, V. M., Vannuchi, M. T., Haddad, M. C., & Pissinati, P. S. (2015). Performance evaluation under the opinion of the nursing staff from a public university hospital. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), 1403-1410. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27886/pdf_1
- Araújo, D. R., Sampaio, F. M., Castro, M. C., Pinheiro, S. A., & Macedo, A. P. (2014). Testing in time: from the classical management theory to the current organisation of Nursing work. *Revista de enfermagem referência*, 4(2), 111-120. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30404/3/Revista_de_Enfermagem__Refer%C3%A0ncia_RIII13109_English.pdf
- Aued, G. K., Bernardino, E., Peres, A. M., Lacerda, M. R., Dallaire, C., & Ribas, E. D. (2016). Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 142-149. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0142.pdf>
- Avilés Reinoso, L., & Soto Núñez, C. (2014). Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*, 13(34), 323-329. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/181411/0>
- Backes, M. S., Sousa, F. G., & Erdmann, A. L. (2008). O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 319-326. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6490/3857>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: EDIÇÕES 70.

- Basto, M. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar em Enfermagem*, 13(2), 11-18. Disponível em:
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RIIsj6IR9YSoJ:pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf+&cd=7&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RIIsj6IR9YSoJ:pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf+&cd=7&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt)
- Bazzanella, N. A., & Slob, E. (2013). Audit as an analysis tool to improve the quality of service provided. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 3(2), 50-65. Disponível em:
<http://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/176/168>
- Benedet, S. A., Gelbcke, F. L., Amante, L. N., Padilha, M. I., & Pires, D. P. (2016). Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4780-4788. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bessa, S. (2009). A “Comunicação Organizacional” nos hospitais públicos em Portugal: uma necessidade ou um luxo?. In: 6º Congresso SOPCOM, (pp.3954-3963). Disponível em:
http://conferencias.ulusofona.pt/index.php/sopcom_iberico/sopcom_iberico09/paper/viewFile/373/367
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa*. (Tese de Doutoramento não publicada). Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Brito, M. A. (2016). A Reconstrução da Autonomia: Uma Teoria Explicativa. In: Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (Org). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2004). *Do silêncio à voz*. Coimbra: Ariadne.
- Burhans, I. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(8), 1689–1697. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x/abstract>.
- Caldana, G., Gabriel, C. S., Bernardes, A., & Évora, Y. D. (2011). Performance indicators for hospital nursing service: integrated review. *Revista RENE*, 12(1), 189-97. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_html_site/a25v12n1.html
- Campos, A. M. (2012). *Satisfação dos Utilizadores de Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem em Suporte Eletrónico: Um Estudo no Centro Hospitalar*

de Coimbra, E.P.E.. (Dissertação de Mestrado não publicada). Coimbra, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

- Cardoso, C. G., & Hennington, É. A. (2011). Multidisciplinary meetings: the health team work in construction and waiting for the subjects of change. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9, 85-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005
- Carpinteira, S. F., Sanchez, M. C., Pereira, M. J., & Castro, M. R. (2014). The theoretical models in nursing services in vision of nurses of assistance: an exploratory study. *ACC CIETNA*, 2(2), 5-19. Disponível em: http://www.usat.edu.pe/files/revista/acc-cietna/2014-l/ponencia_7.pdf
- Cavalcante, P. S, Rossaneis, M. A., Haddad, M. D., & Gabriel, C. S. (2015). Healthcare quality indicators used in hospital nursing care management. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(6), 787-793. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7052>
- Cecagno, D., Cecagno, S., & Siqueira, H. C. (2005). Worker of nursing: collaborating agent in the execution of the institutional mission. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 22-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100004&script=sci_arttext
- Chiavenato, I. (2014). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. (9ª ed.). São Paulo: Editora Manole Lda.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. (2012). Perception of organizational culture in public health facilities with different management models. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 103-112. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln6/serllln6a10.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. (1998). *Diário da República n.º 93, Série I-A*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (1996). *Diário da República n.º 205 — I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro. (2009). *Diário da República, n.º 184, 1.ª série*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro. (1991). *Diário da República n.º 257/1991, Série I-A*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. (2015). *Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II*. Ministério da Saúde, Lisboa.

- Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho. (2009). *Diário da República*, n.º 120, 2.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. (2015). *Diário da República N.º 102/2015 – II Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dias, A. M. (2012). *A Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?*. Loures: Lusociência.
- Dias, L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. Disponível em: <http://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/viewFile/73/49>
- Dias, M. A. (2006). Humanization of the hospital space: a shared responsibility. *Revista Mundo da Saúde São Paulo*, 30(2), 340-343. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/humanizacao.pdf
- Dinis, L. I., & Fronteira, I. (2015). The influence of job rotation in the job satisfaction of nurses in a surgical service. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 17-26. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200003
- D'Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. (2006). The movement for quality in healthcare and nursing services. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000100016&script=sci_arttext&tlng=es
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Doengues, M., & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interativo para o Raciocínio Diagnóstico*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Doran, D.I., Sidania, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895528>

- Dourado, S. B., Bezerra, C. F., & Anjos, C. C. (2014). Knowledge and applicability of nursing theories by undergraduate students. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(2), 284-291. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/9931>
- Dowding, D., & Thompson C. (2003). Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 49–57. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02770.x/abstract>
- Duarte, M. C. (2014). *Processo de Cuidados do Enfermeiro e Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Convalescença*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model®: Blending Dual Paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88. Disponível em: http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2003/01000/The_Quality_Caring_Model_C___Blending_Dual.10.aspx
- Duque, H. (2009). *O Doente Dependente no Autocuidado: Estudo sobre a Avaliação e Ação Profissional dos Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Erickson, J. I., & Ditomassi, M. (2011). Professional practice model: strategies for translating models into practice. *Nursing Clinics of North America*, 46(1), 35-44. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646510001040>
- Ernest, A., Jiang, H., & Krishnamoorthy, M. (2004). Staff scheduling and rostering: a review of applications, methods and models. *European Journal of Operational Research*. 153(1), 3-27. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037722170300095X>.
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 21. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000700003
- Fernandes, S. J. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. (Tese de Doutoramento não publicada). Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Ferreira, C. I. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. *Revista da UIIPS*, 3(5), 396-407. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/112>

- Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Revista Percursos*, (3), 36-40. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n3_Jan2007.pdf
- Flores, G. E., Oliveira, D. L., & Zocche, D. A. (2016). Permanent education in the hospital context : the experience that brings new meaning to nursing care. *Trabalho, educação & saúde. Rio de Janeiro*, 14(2), 487-504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000200487&script=sci_arttext
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fradique, M. D., & Mendes, L. (2013). Effects of leadership in improving the quality of nursing care. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 45-53. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn10/serlIn10a06.pdf>
- Fradique, M. J. (2012). *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Covilhã, Universidade da Beira Interior.
- Franco, J. N., Barros, B. P., Vaidotas, M., & D'Innocenzo, M. (2010). Nurses' perception on the results of quality indicators for the improvement of professional practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 806-810. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Frederico, M., & Castilho, A. (2006). Percepção de liderança em enfermagem: validação de uma escala. *Psychologica*, (43), 259-270.
- Frederico-Ferreira, M., & Silva, C. F. (2012). Health management reforms – challenges faced by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 85-93. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a09.pdf>
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Souza, J. A. (2007). The Nursing Process according to the view of nurses from a maternity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 207-212. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200015
- Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (2013). Safe staffing for nursing practice: operationalization of the concept and its impact on outcomes. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 171-178. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200020
- Freitas, M. J., Parreira, P. M. & Domingues, J. P. (2016). Assessment of the psychometric properties of the Patient Satisfaction with Hospital Nursing Care

Scale. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(10), 9-17. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388247711001>

– Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. *Health Services Research*. 43(4), 1145-1163. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18248404>.

– Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Rev Bras Enferm*, 57(2), 228-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2>

– Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. (2009). Nursing Process: from theory to the practice of care and research. *Escola Anna Nery*, 13(1), 816-818. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100026&script=sci_arttext

– Gardner, G., Gardner, A., & O'Connell, J. (2013). Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of clinical nursing*, 23(1-2), 145-155. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12146/full>

– Gerolin, F. S., & Cunha, I. C. (2013). Modelos Assistenciais na Enfermagem-Revisão de Literatura. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 37-40. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/500>

– Gomes, J. A. (2010). *Percurso para a Avaliação da Qualidade no Bloco Operatório*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Braga, Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho.

– Gomes, J. A. (2011). *Percurso para a Avaliação da Qualidade em Unidades de Internamento: Resposta para a Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

– Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: How three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease?. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal*, 16, 28-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17252898>

– Hagbaghery, M. A., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 3(2), 1-11. Disponível em: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-3-2>

– Hammond, K. (1996). Upon Reflection. *Thinking and Reasoring*, 2(2/3), 239-248.

- Hart, C. (2015). The elephant in the room: nursing and nursing power on an interprofessional team. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(8), 349-355. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26247656>
- Harwood, L., Ridley, J., Lawrence-Murphy, J. A., White, S., Spence-Laschinger, H. K., ... O'Brien, K. (2007). Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment – Part II. *CANNT Journal*, 17, 35-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17691709>
- Häyrynen, K., Saranto, K., & Nykänen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, 77 (5), 291-304. Disponível em: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(07\)00168-2/pdf](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(07)00168-2/pdf)
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(5), 772-777. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500772&script=sci_arttext&lng=pt
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., Esnaola-Herrero, M. V., & Asurabarrena-Iraola, C. (2013). Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health área. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1049-1053. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76021/79650>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., Zubero-Linaza, J., & Zupiria-Gorostidi, X. (2012). Use of the nursing process at public and private centers in a health area. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(5), 903-908. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/48631/52677>
- International Council of Nurses. (2016b). *Enfermeiros: uma força para a mudança – Para um Sistema de Saúde mais resiliente: Dia Internacional do Enfermeiro 2016*. Genebra: Internacional Council of Nurses. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIE_VF_site.pdf
- International Council of Nurses (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação*. Genebra: Internacional Council of Nurses. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf

- International Council of Nurses (2014). *Enfermeiros: uma força para a mudar – Um Recurso Vital para a Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2014*. Genebra: Internacional Council of Nurses. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2014_vf_2_proteg.pdf
- International Council of Nurses (2015). *Enfermeiros: Uma Força para a Mudança*. Genebra: Internacional Council of Nurses. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE2015_vf.pdf
- International Council of Nurses. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Genebra: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Genebra: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses. (2016a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015*. Genebra: International Council of Nurses.
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-87. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/9124ecf812743784a1763dea5b522691/1?pq-origsite=gscholar>
- Johnson, M., Butcher, H., Swanson, E., & Bulechek, G. (2009) - *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Kobayashi, H., Takemura, Y., & Kanda, K. (2011). Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 419-425. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00836.x/full>
- Kurcgant, P. (2011). Nurses' professional training. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 307-308. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200001
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12015780>.
- Lake, E., & Friese, C. (2006) - Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16439923>.
- Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L., & Madsen, J. K. (2002). There is no gap 'per se' between theory and practice: Research knowledge and clinical knowledge are

developed in different contexts and follow their own logic. *Nursing Outlook*, 50(5), 204-212.

- Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Coletivas – Respostas a 80 Questões*. Porto: Edições ASA.
- Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. (2009). *Diário da República*, n.º 180, 1.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Diário da República*, n.º 181, 1.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Leite, F. G. (2016). *Sistemas de Informação: Contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros num Departamento de Medicina*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Lins, G. A., Armendaris, M. K., Pinho, D. L., Kamada, I., Jesus, C. A., & Reis, P. E. (2013). Theory of Human Becoming in nursing ecology: applying Meleis' s evaluation method. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(4), 1179-1186. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400037&script=sci_arttext&tlng=pt
- Loureiro, A. S., Galego, I., Banza, J., Martins, R., & Lobo, S. (2012). Delegation in Nursing. *Percursos*, (23), 9-11. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9246/1/Revista%20Percursos%20n23_Delega%C3%A7%C3%A3o%20em%20Enfermagem.pdf
- Lucas, H. (2010). Interdisciplinary Communication in Health: Importance and Challenges. *Nursing*, (257).
- Lucero, R., Lake, E., & Aiken, L. (2009) - Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2299-2310. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19737326>
- Luna, J. R., Concha, P. J., & Escobar, J. M. (2007). Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 45-57. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006
- Machado, N. J. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação*. (Tese de Doutoramento não publicada). Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade Católica Portuguesa.
- Manzo, B. F., Brito, M. J., & Alves, M. (2013). Influence of communication in the hospital accreditation process. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(1), 46-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100007

- Martins, M. M., Gonçalves, M. N., Ribeiro, O. M., & Tronchin, D. M. (2016a). Quality of nursing care: instrument development and validation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 920-926. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000500920&script=sci_arttext&tlng=en
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., ... Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de família: Atitudes dos enfermeiros face a família: Estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Barbieri, M. C., Martins, M. M., Figueiredo, M. H., Martinho, M. J., Andrade, L. M., Oliveira, P. C., ... Carvalho, J. C. (Coords.). (2010). *Redes de conhecimento em enfermagem de família*, 20-33. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Martins, T., & Rocha, M. C. (2016). Autocuidado: Foco Central para a Prática de Enfermagem. In: Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (Org). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.13-28). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (Org). (2016b). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Martins, V. P. (2004). A humanização e o ambiente físico hospitalar. In *Anais do I Congresso Nacional da ABDEH - IV Seminário de Engenharia Clínica*, São Paulo, 1º Volume, (pp. 63-67). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf
- Matos, J. C., Luz, G. D., Marcolino, J. D., Carvalho, M. D., & Pelloso, S. M. (2011). Teaching nursing theories in nursing schools within Paraná State-Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 23-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
- McCrae, N. (2011). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222–229. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21906131>
- McEwen, M. (2016a). Visão Geral da Teoria na Enfermagem. In: McEwen, M., & Wills, E. M. *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4ª ed., pp.24-50). Porto Alegre: ARTMED.
- McEwen, M. (2016b). Aplicação da Teoria na Prática de Enfermagem. In: McEwen, M., & Wills, E. M. *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4ª ed, pp.422-440). Porto Alegre: ARTMED.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.

- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22229897>
- Meehan, T. C. (2012). The Careful Nursing philosophy and professional practice model. *Journal of clinical nursing*, 21(19), 2905-2916. Disponível em: http://www.carefulnursing.ie/assets/28/8828A3CD-1095-45C2-AAE74A41DA0DE4D6_document/The_Careful_Nursing_Philosophy_and_Professional_Practice_Mod.pdf
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3ª ed.) London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5ª ed.) London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. Disponível em: http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo: Editora Manole Lda.
- Miguel, A., Rocha, A., & Rohrich, O. (2014). *Gestão Emocional de Equipas: Em Ambientes de Projeto*. Lisboa: FCA Editora Informática.
- Ministério da Saúde. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9549940>
- Monteiro, M. C. (2010). *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar – O Início da Dependência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Morais, C. (2012). *Matrizes Conceptuais dos Enfermeiros no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: Uma Abordagem Fenomenológica da Intencionalidade dos Cuidados*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Coimbra, Escola Superior de Enfermagem.

- Morais, M. P., Martins, J. T., Galdino, M. J., Robazzi, M. L., & Trevisan, G. S. (2016). Nurse's Work Satisfaction in a University Hospital. *Revista Enfermagem UFSM*, 6(1), 1-9. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/142545>
- Morgado, T. M., & Nunes, L. R. (2016). Opinions about bedside nursing handover in surgical units: translation, adaptation and validation of questionnaires. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 75-85. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000200009
- Mota, L. A. (2010). *Sistemas de Informação: A natureza dos dados partilhados entre Enfermeiros e Médicos: Um estudo de Caso num Departamento de Cirurgia de um Hospital Central do Porto*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Mota, L. A., Pereira, F. M., & Sousa, P. A. (2014). Nursing Information Systems: exploration of information shared with physicians. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 85-91. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000100010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2010). *A Atividade de Enfermagem: O Modelo de Intermédio Cultural, uma Realidade Incontornável*. Lisboa: Edições PIAGET.
- Neves, M. A. (2002). A Tomada de Decisão em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 6(2), 25-35.
- Neves, M. A. (2005). Intervenções de Enfermagem – Razões e Bases da Tomada de Decisão pelas Enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9(2), 2-13.
- Neves, M. M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 125-134. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II Congresso da Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lucilia_Nunes2/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_deciso_clnica_em_enfermagem/links/545638d30cf2cf5164802d42.pdf
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temo ao que queremos – na encruzilhada do presente. *Revista Percursos*, (Esp), 36-42. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf
- Nunes, L. (2011) – Significar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Caminho Estratégico de Desenvolvimento. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. (38), 90-95.

-
- O'Brien-Pallas, L., Meyer, R. M., Hayes, L. J., & Wang, S. (2010). The Patient Care Delivery Model – An open system framework: conceptualisation, literature review and analytical strategy. *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), 1640-1650. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21118325>
 - Oliveira, A. M., Lemes, A. M., Ávila, B. T., Machado, C. R., Ordones, E., Miranda, F. S., ... Leão, L. R. (2010). Professional relationship between nurses and doctors at the clinical hospital of federal university of goiás: the view of nurses. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 10(2), 58-67. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022010000200005
 - Oliveira, J. (2005). Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (19), 12-15. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_19_Dezembro_2005.pdf
 - Oliveira, L. R., & Schilling, M. C. (2011). Analysis of the nursing service in the process of hospital strategic planning. *REGE Revista de Gestão*, 18(2), 225-243. Disponível em: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:avS_xSMoZ0EJ:scholar.google.com/+An%C3%A1lise+do+servi%C3%A7o+de+enfermagem+no+processo+de+planejamento+html&hl=pt-PT&as_sdt=0,5
 - Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., ... Martins, M. M. (2011). Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a08.pdf
 - Oliveira, R. S., Almeida, E. C., Azevedo, N. M., Almeida, M. A., & Oliveira, J. G. (2015). Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem. *Revista Uniabeu*, 8(20), 350-362. Disponível em: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/1912>
 - O'Nan, C. L., Jenkins, K., Morgan, L. A., Adams, T., & Davis, B. A. (2014). Evaluation of Duffy's Quality Caring Model® on Patients' Perceptions of Nurse Caring in a Community Hospital. *International Journal for Human Caring*, 18(1), 27-34. Disponível em: <http://internationaljournalforhumancaring.org/doi/abs/10.20467/1091-5710-18.1.27>
 - Ordem dos Enfermeiros. (2001a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 - Ordem dos Enfermeiros. (2001b). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias - Parecer nº CJ/20 – 2001*. Conselho Jurisdicional, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros*, (13), 2-23.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Delegação – Tomada de Posição - Parecer nº 136/2007*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007b). *Sistema de Informação em Enfermagem - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Mobilidade interna e sistema de registos informatizados e sua validação - Parecer nº CJ2/2008*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer2_2008_mobilidade_interna_sistema_registo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014a). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Anuário estatístico*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015_DadosEstatisticos_00_Nacionais_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos en la Práctica*. Barcelona: Masson.

- Padilha, J. M. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. (Tese de Doutoramento não publicada). Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Paiva, A. A. (2016). Prefácio. In: Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (Org). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pajnikihar, M., & Butterworth, T. (2005). Nursing in Slovenia: A consideration of the value of nursing theories. *Journal of Research in Nursing*, 10, 45-56. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/244919435_Nursing_in_Slovenia_A_consideration_of_the_value_of_nursing_theories
- Palmer, S. P. (2014). Nurse retention and satisfaction in Ecuador: implications for nursing administration. *Journal Nursing Management*, 22:89-96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445380>
- Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Revista cubana de salud pública*, 30(1), 17-36. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/spu04104.pdf
- Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Parse, R. R. (2005). Parse's criteria for evaluation of theory with a comparison of Fawcett's and Parse's approaches. *Nursing Science Quarterly*, 18, 135-137. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0894318405275860>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La Pensée Infirmière*. (3ª ed.) Montréal: Chenelière Éducation.
- Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Estudo Empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados*. (Tese de Doutoramento não publicada). Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Pereira, N. M., & Moreira, V. (2015). Nursing Professionals Performance Appraisal: Perception of Justice of the Ratees. *Pensar Enfermagem*. 19(2), 18-51. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/doc2_18_53\(5\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/doc2_18_53(5).pdf)
- Pereira, R. P., Cardoso, M. J., & Martins, M. A. (2012). Attitudes and barriers to evidence-based nursing practice in a community context. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 55-62. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11146>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Pinho, L. B., Santos, S. M., & Kantorski, L. P. (2007). Analysis of the nursing work process in the intensive care unit. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16(4), 703-711. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400015
- Pinto, L. F. (2009). *Sistemas de informação e profissionais de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado não editada, de Gestão dos Serviços de Saúde). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Portaria n.º 242/2011 de 21 de Junho. (2011). *Diário da República, n.º 118, 1.ª série*. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, Lisboa.
- Porto, A. R., Thofehrn, M. B., Pai, D. D., Amestoy, S. C., Joner, L. R., & Palma, J. S. (2013). Nursing theories and models that enhance professional practice. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(5), 155-161. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1720>
- Potra, T. M. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento não publicada). Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Pridmore, J. A., Murphy, F., & Williams, A. (2010). Nursing models and contemporary nursing 2: can they raise standards of care?. *Nursing Times*, 106, 22-25.
- Proot, I. M., Crebolder, H. F., Abu-Saad, H. H., & Meulen, R. H. (1998). Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(3), 139-145. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9801636>
- Quadros, D. V., Magalhães, A. M., Mantovani, V. M., Rosa, D. S., & Echer, I. C. (2016). Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 684-690. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0684.pdf>
- Queirós, P. J. (2014). Disciplinary concepts in use by undergraduate and master's students in nursing. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 29-40. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000200004&script=sci_arttext&tlng=p
- Queirós, P. J. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 20(3), e201600/9. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Queiros2/publication/305399581_O_conhecimento_em_enfermagem_e_a_natureza_dos_seus_saberes/links/578d37ba08ae5c86c9a6574b.pdf

- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 157-164. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000300018&script=sci_arttext&lng=es
- Rego, A., Cunha, M. P., Gomes, J. F., Cunha, R. C., Cardoso, C. C., & Marques, C. A. (2015). Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano. Lisboa: EDIÇÕES SÍLABO Lda.
- Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. (2015). *Diário da República*, n.º 48, 2.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. (2011). *Diário da República*, n.º 35, 2.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. (2015). *Diário da República*, n.º 79, 2.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho. (2016). *Diário da República*, n.º 139, 2.ª série. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Reinoso, L. A., & Nuñez, C. S. (2014). Nursing models in critical care units: step toward advanced nursing care. *Enfermagem Global*, 13(34): 323-329. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3ª ed.). Porto: Legis.
- Ribeiro, O. M. (2011). *Famílias com Dependentes: Um Olhar sobre a Pessoa Dependente*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 125-133.
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M., & Ferreira, P. J. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista Millenium*, 1-20. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>
- Ribeiro, P. (2013). Formação Contínua em Enfermagem: Quais as Motivações?. *Nursing*, (288). Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-continua-em-enfermagem-quais-as-motivacoes/>

- Rocha, J. S., Sala, A. D., Almeida, E. B., Mancusi, F. C., Gerolin, F. S. F., Bucione, F. T. S., ... Moraes, S. (2016). Relato de experiência: construção do modelo assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz. *Revista Acreditação*, 6(11), 72-85. Disponível em: <http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/view/245>
- Rosa, L. M., Sebold, L. F., Arzuaga-Salazar, M. A., Santos, V. E., & Radünz, V. (2010). Nursing theoretical frameworks production of scientific knowledge. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(1), 120-125. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nex tAction=Ink&exprSearch=18413&indexSearch=ID>
- Ruiz, P. B., Perroca, M. G., & Jericó, M. D. (2016). Cost of nursing turnover in a Teaching Hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 101-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000100101&script=sci_arttext&tlng=pt
- Ruiz, S. S., Parra, M. L., Pelaez, S. V., & Sabater, D. A. (2010). Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. *Enfermería Global*, 9(1), 1-11. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93711/0>
- Sade, P. M., & Peres, A. M. (2015). Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 988-994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600988&script=sci_abstract&tlng=pt
- Santos, J. L., Prochnow, A. G., Lima, S. B., Leite, J. L., & Erdmann, A. L. (2011). Communication conceptions in Hospital Nursing Management between head nurses in a University Hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 959-965. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400024&script=sci_abstract&tlng=pt/
- Santos, J. L., Prochnow, A. G., Silva, D. C., Cassettari, S. D., Guerra, S. T., & Erdmann, A. L. (2012). Managerial Communication in Hospital Nursing: Obstacles and Strategies to Overcome Them. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(2), 392-407. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3761>
- Scarparo, A. F., Ferraz, C. A., Chaves, L. D., & Rotta, C. S. (2009). Conceptual and methodological approach and the purpose of nursing audit. *Revista RENE*, 10(1), 124-130. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n1_html_site/a14v10n1.htm
- Scarparo, A. F., Laus, A. M., Azevedo, A. L., Freitas, M. R., Gabriel, C. S., & Chaves, L. D. (2012). Reflections on the use of delphi technique in research in nursing. *Revista*

- RENE, 13(1), 242-251. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3804>
- Schaurich, D., & Crossetti, M. D. (2010). Knowledge production on nursing theories: analysis of the area periodicals, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 182-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27>
 - Schon, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
 - Shah, M. (2015). Compare and Contrast of Grand Theories: Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model. *Internacional Journal of Nursing Didactics*, 5(1), 39-42. Disponível em: <http://innovativejournal.in/ijnd/index.php/ijnd/article/view/28/56>
 - Silva, A. A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem – Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
 - Silva, A. P. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
 - Silva, K. R., Lima, M. D., & Sousa, M. A. (2016). Audit: nursing tool to improve quality of care. *Gestão e Saúde*, 7(2), 793-810. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1558/pdf>
 - Silva, M. A. (2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem – Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. (Tese de Doutorado não publicada). Porto, Universidade Católica Portuguesa.
 - Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). The Family in Primary Care: characterization of nurses' attitudes. *Revista de Enfermagem Referência*, III(11), 19-28. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII11/serIII11a03.pdf>
 - Silva, M. A., Pinheiro, A. K., Souza, Â. M., & Moreira, A. C. (2011). Health promotion in hospital settings. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 596-599. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027
 - Silva, M. G. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.
 - Silva, R. M. (2014). *Fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
 - Simões, M. C. (2014). *Respeito pela integridade da pessoa doente: uma virtude indispensável na enfermagem*. (Tese de Doutorado não publicada). Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
 - Soares, M. I., Camelo, S. H., Resck, Z. M., & Terra, F. D. (2016). Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 676-683.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400676

- Sousa, M. R., Martins, T., & Pereira, F. (2015). Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 55, 55-63. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000600007
- Sousa, P.A. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Souza, M. F., Santos, A. D., & Monteiro, A. I. (2013). The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital. *Revista Brasileira de enfermagem*, 66(2), 167-173. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200003&script=sci_abstract
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tannure, M. C., & Pinheiro, A. M. (2010). *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tareco, E. S. (2015). *Sistemas Informáticos para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faro, Universidade do Algarve, Faculdade de Economia.
- Teixeira, A. C., Nogueira, M. A., & Alves, P. J. (2016). Structural empowerment in nursing: translation, adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 39-46. Disponível em: http://ui.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2605&id_revista=24&id_edicao=97
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações*. (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Temido, M., & Dussault, G. (2014). Skill mix between physicians and nurses in Portugal: Legal barriers to change. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 45-54. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2014/pdfs-vol1/v32n1a07%20-%20Papeis%20profissionais.pdf>
- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making—the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence Based Nursing*, 7(3), 68-72. Disponível em: <http://ebn.bmj.com/content/7/3/68.full>

-
- Tojal, A. M. (2011). *A Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço* (Dissertação de Mestrado não publicada). Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
 - Tranquada, M. F. (2013). *A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa, ISCTE Business School, Instituto Universitário de Lisboa.
 - Varandas, M. D., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, (22), 141-158. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502012000300009
 - Venturi, K. K., Wolff, L. D., Meier, M. J., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2009). Modelo qualidade-cuidado[®]: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 280-285. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/8212>
 - Voyce, J., Gouveia, M. J., Medinas, M. A., Santos, A. S., & Ferreira, R. F. (2015). A Donabedian Model of the Quality of Nursing Care From Nurses' Perspectives in a Portuguese Hospital: A Pilot Study. *Journal of nursing measurement*, 23(3), 474-484.
 - Yuri, N. E., & Tronchin, D. M. (2010). Quality of maternal-child health care at a university hospital, according to the nurses' perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 331-338. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200013
 - Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Wrońska, I., Cuber, T., & Pajnikihar, M. (2013). Theoretical foundations of nursing practice in Poland. *Nursing science quarterly*, 26(1), 80-84. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/content/26/1/80.short>

ANEXOS

Anexo A

QUESTIONÁRIO – “*CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS:
CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS*”



43715

ID

--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS

CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS: CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

Doutoranda: Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Coorientadora: Professora Doutora Daisy Maria Rizatto Tronchin

2015



43715

ID

--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar, é uma área que exige estudos específicos. Recordamos que a Ordem dos Enfermeiros (OE) expressa que “*nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde*” (OE, 2001, p.4)¹.

No âmbito de um projeto de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, este questionário destina-se a identificar a perceção dos enfermeiros, no que concerne às atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como as conceções dos enfermeiros relativamente aos conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

Dada a pertinência da temática, solicita-se que dê a máxima atenção às questões colocadas, traduzindo nas respostas a sua opinião sobre os temas supracitados. Pela sua natureza e objetivos, não há respostas certas ou erradas, por isso, pedimos-lhe que responda segundo as instruções que lhe vão sendo dadas ao longo do questionário. É importante que responda a todas as questões, pois só assim, valida a sua colaboração. Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e, por conseguinte, os resultados da pesquisa não irão identificar os inquiridos, garantindo assim o anonimato.

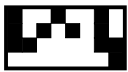
Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a declaração seguinte:

Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo, de forma clara e detalhada, que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e interromper a minha participação, se assim o desejar.

Este questionário vai ser submetido a leitura ótica. Por favor, preencha completamente os círculos com esferográfica azul ou preta e marque somente uma resposta por cada questão apresentada.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo,
pelo que desde já agradecemos a sua colaboração!

¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



43715

ID

Grupo I

CARACTERIZAÇÃO

1 - Serviço onde exerce funções

2 - Perfil sociodemográfico e profissional

2.1 - Género

- Feminino
- Masculino

2.2 - Idade (anos completos)

2.3 - Estado civil

- Solteiro
- Casado/União de facto
- Divorciado
- Viúvo

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

- Enfermeiro

Tempo de exercício profissional (anos) (meses)

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

- Enfermeiro Especialista/Especializado

Área da Especialidade

Tempo de exercício profissional (anos) (meses)

Tempo de exercício profissional na área da Especialidade (anos) (meses)

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

- Enfermeiro Gestor/Chefe

Tempo de exercício profissional (anos) (meses)

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

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

2.5 - Graus académicos e/ou outra formação

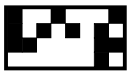
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-Doutoramento
- Outro(s) Cursos

Qual?

Qual?

Qual?

Qual?



43715

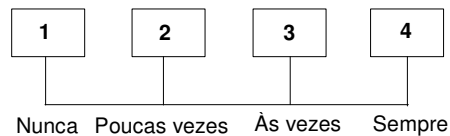
ID **3 - Teve formação específica referente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?**

- Sim
 Não

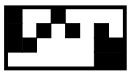
3.1 - Se sim, quantas horas de formação frequentou? horas**Grupo II****4 - ENQUANTO ENFERMEIRO, EXPRESSE A SUA OPINIÃO**

Atendendo a que são muitas as atividades que executa no âmbito do exercício profissional, solicitamos que faça uma reflexão sobre a perceção daquilo que acredita realizar na sua prática. Neste sentido, relativamente às atividades que se seguem, assinale com a resposta que melhor traduza a sua opinião.

Assim, numa escala de 1 a 4, considere:



4.1 - A satisfação do cliente	1	2	3	4
Respeita as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual dos clientes nos cuidados que presta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procura constantemente empatia nas interações com os clientes (doente/família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 - A promoção da saúde	1	2	3	4
Identifica as situações de saúde e os recursos do cliente/família e comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 - A prevenção de complicações	1	2	3	4
Identifica os problemas potenciais do cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescreve e implementa intervenções com vista à prevenção de complicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia as intervenções que contribuem para evitar os problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 - O bem-estar e o autocuidado	1	2	3	4
Identifica os problemas do cliente que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescreve e implementa intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referencia situações problemáticas identificadas que contribuam para o bem-estar e realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5 - A readaptação funcional	1	2	3	4
Dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planeia a alta dos clientes internados na instituição de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensina, instrói e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6 - A organização dos cuidados de enfermagem	1	2	3	4
Domina o sistema de registos de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece as políticas do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



43715

ID

4.7 - A responsabilidade e o rigor	1	2	3	4
Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista a prevenção de complicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstra responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, tendo em vista o bem-estar e autocuidado dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, com vista à prevenção de complicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstra rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referencia situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisiona as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grupo III

5 - ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Sobre a organização dos cuidados de enfermagem, solicitamos que, relativamente às afirmações que se seguem, assinale com a resposta que melhor traduza o seu conhecimento.

Assim, considere como opções:

Sim (S) Não (N) Não Sei (NS)

5.1 - Organização dos cuidados de enfermagem no hospital	S	N	NS
Existe, no hospital, um quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe, no hospital, um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe, no hospital, uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Caso tenha identificado um quadro de referências, especifique a sua natureza.

5.2 - Organização dos cuidados de enfermagem no serviço	S	N	NS
Existe, no serviço, um quadro de referências para o exercício profissional dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os cuidados de enfermagem prestados no serviço são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço é promotora da qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe, no serviço, uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Caso tenha identificado um quadro de referências, especifique a sua natureza.

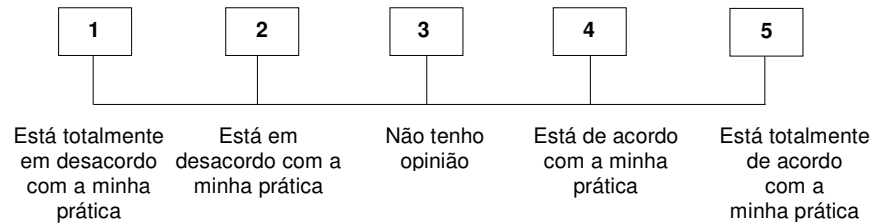
Qual é a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem usada no serviço?

Método funcional Método individual Método de equipa Método de enfermeiro responsável/de referência

**Grupo IV****6 - CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS**

Atendendo a que o sentido que dá à sua prática está relacionado com o conceito de enfermagem, com a forma como concebe a saúde e o ambiente, e ainda com a conceção que tem de pessoa, solicitamos que, relativamente aos enunciados que se seguem, assinale com a resposta que melhor traduza a sua opinião.

Assim, numa escala de 1 a 5, considere:

**6.1 - Conceções de enfermagem**

	1	2	3	4	5
A enfermagem é um serviço à humanidade, que consiste em pôr a pessoa doente ou sã nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa restabelecer ou preservar a saúde (Florence Nightingale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem caracteriza-se pela assistência à pessoa doente ou sã, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários, com o fim de conservar ou restabelecer a independência na satisfação das suas necessidades fundamentais (Virginia Henderson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma arte que se caracteriza pela assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado (Dorothea Orem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem baseia-se num processo interpessoal, significativo e terapêutico, que funciona em cooperação com outros processos humanos, tornando a saúde possível para os indivíduos (Hildegard Peplau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é um processo interpessoal de ação, reação, interação e transação, cujo objetivo é ajudar os indivíduos a preservar a sua saúde, de modo a que possam desempenhar as suas funções (Imogene King)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma ciência que se centra nos processos de vida humanos e nas capacidades de adaptação da pessoa, enfatizando a promoção da saúde, a estabilidade, a homeostasia e a qualidade de vida (Callista Roy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma profissão única, cuja intervenção está orientada para a integridade da pessoa, na medida em que se interessa por todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stresse, com a finalidade de reduzir os seus efeitos (Betty Neuman)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma ciência, cuja intervenção está orientada para a promoção da saúde na família e dos seus membros, pela ativação dos processos de aprendizagem e influência mútua (Moyra Allen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma profissão aprendida, uma ciência e uma arte, cuja centralidade reside na preocupação pelas pessoas e pelo mundo em que vivem, visando promover a sua saúde, a harmonia e o bem-estar (Martha Rogers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem, ciência e arte centrada na visão de que o ser humano é um ser unitário e livre para fazer escolhas em todas as situações, orienta os seres humanos em direção às maneiras de ser, encontrar significados nas situações, escolher modos de co-criar a sua própria saúde e viver a verdadeira presença na rotina da vida pessoal (Rosemarie Parse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem, enquanto ciência e arte humanista aprendida, está centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas atividades de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas e benéficas, ou para ajudar as pessoas a enfrentar as deficiências ou a morte (Madeleine Leininger)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma arte e uma ciência humana do cuidar, cujos processos transpessoais estão dirigidos à promoção da harmonia "corpo-alma-espírito" (Jean Watson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A enfermagem é uma ciência que está relacionada com as experiências humanas de transição, nas quais a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da sua intervenção; nesta perspetiva, o desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar (Afaí Meleis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



43715

ID

--	--	--	--	--

6.2 - Conceções de pessoa

	1	2	3	4	5
A pessoa, enquanto doente, é constituída por aspetos físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais (Florence Nightingale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um ser biológico, psicológico e social, que precisa de assistência para obter a saúde e a independência na satisfação das necessidades fundamentais (Virginia Henderson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um todo integral que funciona biológica, simbólica e socialmente e que apresenta exigências de autocuidado universais, de desenvolvimento e relacionadas com desvios de saúde (Dorothea Orem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um ser biopsicossocial e espiritual em desenvolvimento constante (Hildegard Peplau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um sistema aberto em transação com o ambiente, possuindo capacidade de perceber, pensar, sentir, conhecer, fazer escolhas e selecionar as alternativas (Imogene King)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa humana é um sistema de adaptação holístico. Enquanto sistema de adaptação, o sistema humano é descrito como um todo com partes que funcionam como uma unidade, possuindo capacidades de pensar e de sentir, através das quais se ajusta eficazmente às mudanças no ambiente (Callista Roy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um ser fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual, capaz de se desenvolver como um todo integral (Betty Neuman)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa, enquanto participante ativo de uma família ou grupo social, é capaz de aprender com as suas experiências (Moyra Allen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa, enquanto ser humano unitário e irreduzível, é um todo unificado, possuindo a sua própria integridade e manifestando características que são mais do que e diferentes da soma das suas partes (Martha Rogers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um ser intencional presente, envolvido e aberto para o mundo, escolhendo livremente o significado da situação e assumindo a responsabilidade pelas decisões (Rosemarie Parse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um ser que não pode ser dissociado da sua bagagem cultural (Madeleine Leininger)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é definida como uma forma de vida que cresce, compreendendo o corpo, a alma e o espírito (Jean Watson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa é um ser humano com necessidades que está em constante interação com o meio envolvente; apresenta capacidade para se adaptar às alterações, mas devido à doença, risco ou vulnerabilidade a potencial doença, experimenta ou fica em risco de experimentar um desequilíbrio que se manifesta por dificuldade em satisfazer as suas necessidades, incapacidade para tomar conta de si mesmo e por respostas não adaptativas (Afaf Meleis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.3 - Conceções de saúde

	1	2	3	4	5
A saúde é caracterizada pela ausência de doença e pela capacidade de utilizar plenamente os recursos (Florence Nightingale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde refere-se à capacidade da pessoa atuar de forma independente em relação às necessidades fundamentais (Virginia Henderson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde significa ser estrutural e funcionalmente completo e integrado, sendo que a saúde humana é a capacidade de refletir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar com os outros, evidenciando independência para o autocuidado (Dorothea Orem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde é uma representação do movimento contínuo da personalidade e de outros processos humanos, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Hildegard Peplau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde é definida como experiência dinâmica da vida de um ser humano, que induz o ajuste contínuo aos stressores do ambiente interno e externo, através do uso ideal dos recursos da pessoa para atingir o potencial máximo para a vida diária (Imogene King)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde é um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa integral e completa; é o reflexo do esforço constante realizado pela pessoa, em interação com o ambiente, para alcançar o máximo potencial de adaptação (Callista Roy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde é vista como um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança, sendo que a saúde e a doença estão em extremidades opostas; a saúde é a condição em que todas as partes e subpartes do sistema estão em harmonia com o sistema do cliente (Betty Neuman)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde é um processo social que reafirma os atributos interpessoais aprendidos e desenvolvidos com o tempo (Moyra Allen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde é um valor e um processo contínuo de intercâmbios energéticos que favorecem a expressão de um máximo potencial de vida (Martha Rogers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde reflete uma maneira de estar no mundo, de viver o dia a dia, não sendo uma sequência da saúde para a doença, nem uma dicotomia da saúde ou doença (Rosemarie Parse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde refere-se a uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e padronizados (Madeleine Leininger)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde refere-se à unidade e harmonia entre o corpo, a alma e o espírito (Jean Watson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A saúde refere-se ao bem-estar e conforto, não se reduzindo à ausência de doença (Afaf Meleis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



43715

ID **6.4 - Conceções de ambiente**

	1	2	3	4	5
O ambiente refere-se aos fatores externos que afetam a pessoa e o seu processo de saúde: ar, água, luz, calor, limpeza, tranquilidade, dieta adequada (Florence Nightingale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente é o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida, de forma positiva ou negativa (Virginia Henderson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se aos fatores externos que afetam o autocuidado; engloba aspetos físicos, químicos e biológicos; inclui a família, a cultura e a comunidade (Dorothea Orem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se a forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, a partir das quais a moral, os costumes e as crenças são adquiridos (Hildegard Peplau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente é um sistema aberto que possui fronteiras permeáveis e que permite a troca de energia e informação com a pessoa (Imogene King)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se a todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas, exigindo respostas de adaptação (Callista Roy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente envolve todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, influenciando e sendo influenciados por ela (Betty Neuman)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se ao contexto social em que se efetua a aprendizagem (Moyra Allen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente é um campo de energia multidimensional irreduzível, manifestando características diferentes das partes, no qual estão organizados e agrupados todos os elementos exteriores do campo humano (Martha Rogers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se ao mundo, ao universo e àqueles que ocupam espaços em conjunto com outros, numa troca constante de energia (Rosemarie Parse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se a todos os aspetos contextuais, físicos, ecológicos, sociais e culturais, em que se encontram os indivíduos e os grupos (Madeleine Leininger)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente refere-se à envolvimento interna e externa da pessoa; engloba o mundo físico e o mundo espiritual (Jean Watson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente envolve a família, grupos e comunidade onde a pessoa interage e as condições sob as quais vive e se desenvolve (Afaf Meleis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor confirme se respondeu a todas as questões.

Mais uma vez, muito obrigada!

A sua colaboração é fundamental para este estudo.

Olga Ribeiro, Junho de 2015

Anexo B

CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO QUANTITATIVO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A investigação para a qual solicitamos a sua colaboração “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem*”, realizada por Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro, está integrada no Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

Neste sentido, e integrado no estudo quantitativo, solicita-se a sua colaboração através do preenchimento de um questionário, objetivando identificar a perceção dos enfermeiros, no que concerne às atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como as conceções dos enfermeiros relativamente aos conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

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

Caso concorde em participar, solicitamos-lhe que assine o consentimento informado e, de seguida, responda ao questionário.

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Ao dispor para qualquer esclarecimento,

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

Telemóvel: 91 00 50 871

e-mail: olgaribeiro25@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____ declaro ter compreendido a informação que me foi fornecida acerca da investigação “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem*”, desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem de Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

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

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo, fornecendo dados que apenas serão utilizados para a investigação.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Anexo C

CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO QUALITATIVO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A investigação para a qual solicitamos a sua colaboração “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem*”, realizada por Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro, está integrada no Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

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

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

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

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Ao dispor para qualquer esclarecimento,

Com os melhores cumprimentos,

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____ declaro que fui convenientemente informado(a) acerca dos objetivos e procedimentos da investigação “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem*”, desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem de Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

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

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

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

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura da investigadora

Anexo D

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA A REALIZAR AOS ENFERMEIROS

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

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

GRUPO I

1 – Serviço onde exerce funções _____

2 – Perfil sociodemográfico e profissional

2.1 – Género

- Feminino
 Masculino

2.2 – Idade _____ (anos completos)

2.3 – Estado Civil

- Solteiro
 Casado/União de Facto
 Divorciado
 Viúvo

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

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

2.5 – Graus académicos e/ou outra formação

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado Qual?: _____
- Doutoramento Qual?: _____
- Pós-Doutoramento Qual?: _____
- Outro(s) Cursos: _____

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

- Sim
- Não

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

GRUPO II

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