



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS  
GERAIS  
EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem,  
Área de especialidade Gestão de Serviços de Enfermagem

por  
Virgínia Maria de Sousa Guedes

Julho de 2012





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem,  
Área de especialidade Gestão de Serviços de Enfermagem

Por Virgínia Maria de Sousa Guedes

Sob orientação de:

Professor Doutor João Luís Alves Apóstolo

Professora Doutora Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo

Julho de 2012



## Resumo

As competências do enfermeiro podem desenvolver-se desde o nível de iniciado, no momento da sua integração num serviço, até este atingir o mais alto nível de perícia, se existirem factores favoráveis para este processo (Benner, 2001). Estando a ideologia dos cuidados de saúde primários presente nos princípios norteadores da enfermagem, este contexto deverá ser favorável ao desenvolvimento.

Com base no referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003), pretendemos descrever quais as competências mais e menos compreendidas e concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários, bem como identificar as acções que as concretizam.

Este é um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, cuja amostra corresponde a 46 enfermeiros de cuidados gerais a trabalharem em cuidados de saúde primários, cujos dados foram recolhidos através de um questionário composto por uma escala de competências do enfermeiro de cuidados gerais (ECECG), tipo *Likert* (1-3), e através de respostas abertas.

Os resultados revelaram uma boa consistência interna da ECECG com um alfa de Cronbach entre 0,83 e 0,97. Existe uma correlação positiva entre as competências compreendidas e concretizadas nas variáveis compreendo e concretizo, sendo as competências mais compreendidas do que concretizadas. As competências mais compreendidas e concretizadas pertencem maioritariamente ao domínio da Prática profissional, ética e legal, sendo estas operacionalizadas através de acções ligadas à protecção do direito do cliente, à gestão do processo clínico, à informação adequada ao cliente e actuação de acordo com linhas de orientação. As competências menos concretizadas relacionam-se com a participação em programas de melhoria contínua da qualidade e actuação em situações de catástrofe. A compreensão das competências é um importante recurso para a sua concretização.

Conclui-se que investigar as competências no que diz respeito à sua compreensão e concretização, incluindo as acções que se desenvolvem neste contexto, é essencial para melhor conhecer as boas práticas dos enfermeiros. No entanto, é importante ter em conta os factores, internos e externos, que influenciam o

desenvolvimento das competências quando analisamos este processo com o objectivo de encontrar estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Competências, enfermeiro de cuidados gerais, cuidados de saúde primários.

## Abstract

The skills of the nurse may be developed since the start level, at the moment of its integration in a service, until it reaches the highest level of expertise, if there are favorable factors for this process (Benner, 2001). Being the ideology of primary health care present in the guiding principles of nursing, this environment should be conducive to development.

Based on the framework of the skills of the general care nurse (OE 2003), we pretend to describe what skills are the most and least understood and implemented by the general care nurse in primary health care as well as identify the actions that materialize it.

This is a descriptive exploratory study of quantitative nature of a sample of 46 general care nurses working in primary health care, which data were collected through a questionnaire made up of a range of skills of the general care nurse (ECECG), type *Likert* (1-3), and through open-ended responses.

The results revealed a good internal consistency of ECECG with a Cronbach's alpha between 0.83 and 0.97. There is a positive correlation between the skills understood and implemented in the variables understand and realize, being the skills more understood than realized. The skills more understood and realized mostly belong to the realm of professional practice, ethical and legal, which are operationalized through actions related to the protection of the customer right, the management of the clinical process, the appropriate information to the client and act in accordance with orientation lines. The competencies less achieved relate to the participation in programs of continuous quality improvement and performance in disaster situations. The understanding of skills is an important resource for their accomplishment.

It is concluded that investigate the skills concerning their understanding and implementation, including the actions developed in this context, it is essential to better know the fine practices of nurses. However, it is important to take into account the factors, internal and external, that influence the development of skills when we analyze this process in order to find strategies to improve the quality of care.

Keywords: skills, general care nurse, primary health care.



## **Agradecimentos**

*À Professora Doutora Henriqueta Figueiredo, pelo seu incentivo constante na busca do conhecimento num caminho já iniciado no curso de licenciatura, pela sua orientação e ajuda neste estudo e sobretudo pela sua sabedoria partilhada e amizade cultivada.*

*Ao Professor Doutor João Apóstolo, pela sua orientação e ajuda na construção deste estudo, pelas oportunidades de reflexão, críticas construtivas, rigor e sabedoria partilhada.*

*Ao Conselho Directivo do ACES Porto Ocidental, em especial à Enfermeira Carla Ferraz pela disponibilidade e contributo no processo de aplicação do instrumento de colheita dos dados, bem como às Enfermeiras que nele ajudaram: Enfermeira Vilma, Enfermeira Fátima Judite, Enfermeira Conceição, Enfermeira Carolina, Enfermeira Adelaide e Enfermeira Manuela.*

*Aos colegas Enfermeiros que deram os seu contributo directo ou indirecto, proporcionando momentos de discussão, reflexão e partilha de conhecimento: Joana, Paulina, Liliana, Daniela, Sandra, Sofia, Heloisa, Vera, Elisabete, Ivone e Enfermeira Fernanda Baião.*

*Ao Professor Clemente pela disponibilidade e contributo que proporcionou.*

*A todos os Enfermeiros que participaram neste estudo.*

*À minha Família, pela atenção prestada e motivação partilhada, em especial aos meus Pais, que me acompanharam de perto neste percurso, pelo carinho, incentivo e companhia.*



# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo I: Contextualização teórica.....</b>	<b>25</b>
1. Cuidados de Saúde Primários.....	27
1.1. Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	30
2. Enfermagem e Cuidados de Saúde Primários.....	35
2.1. Percursos e Desafios.....	35
2.2. Integração dos programas de saúde nos Cuidados de saúde primários.....	37
3. Pressupostos sobre o desenvolvimento de competências.....	47
4. Competências em enfermagem.....	55
<b>Capítulo II: Metodologia.....</b>	<b>65</b>
1. Objectivos e questões orientadoras.....	67
2. Desenho da investigação.....	69
2.1. População e amostra.....	69
2.2. Variáveis do estudo.....	70
2.3. Instrumento de colheita de dados.....	71
2.4. Análise e colheita dos dados.....	72
2.5. Exigências éticas do estudo.....	74
<b>Capítulo III: Apresentação dos resultados.....</b>	<b>77</b>
1. Apresentação e análise dos resultados.....	79
1.1. Compreensão das competências.....	79
1.2. Concretização dos competências.....	82
1.3. Descrição das variáveis <i>compreendo</i> e <i>concretizo</i> relativamente aos domínios.....	84
1.4. Variável <i>compreendo</i> e variável <i>concretizo</i> .....	87
2. Operacionalização das competências.....	89
<b>Capítulo IV: Discussão dos resultados.....</b>	<b>99</b>

1. Compreensão e concretização das competências.....	101
2. Operacionalização das competências.....	106
<b>Conclusões.....</b>	<b>111</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>115</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>123</b>
Anexo 1 – Competências do enfermeiro de cuidados gerais.....	125
Anexo 2 – Instrumento de colheita de dados.....	131
Anexo 3 – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados e parecer da Comissão de Ética para a Saúde.....	141
Anexo 4 – Carta de explicação do estudo.....	147
Anexo 5 – Descrição estatística das variáveis <i>compreendo</i> e <i>concretizo</i> .....	151
Anexo 6 – Unidades de contexto e unidades de registo da análise de conteúdo.....	167

## Abreviaturas e Siglas

art. – Artigo

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CE – Conselho de Enfermagem

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECECG – Escala de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

$f_i$  - frequência relativa

ICN – International Council of Nurses

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

$r_s$  – coeficiente de Spearman

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana



## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Estrutura orgânica dos ACES.....	33
Figura 2 – Modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Dreyfus.....	49
Figura 3 – Factores que influenciam o desenvolvimento de competências.....	51
Figura 4 – Tipologia das competências.....	53
Figura 5 – Domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais.....	61





## Índice de Quadros

Quadro 1 – Saberes que constituem a competência.....	52
Quadro 2 – O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem.....	57
Quadro 3 – Descrição das competências mais compreendidas.....	79
Quadro 4 – Descrição das competências menos compreendidas.....	80
Quadro 5 – Descrição das competências mais concretizadas.....	82
Quadro 6 – Descrição das competências menos concretizadas.....	83
Quadro 7 – Descrição das variáveis A (Prática profissional, ética e legal), B (Prestação e gestão dos cuidados) e C (Desenvolvimento profissional).....	85
Quadro 8 – Descrição do sub-domínio “Promoção da saúde”.....	87
Quadro 9 – Correlação entre a compreensão e concretização das competências em cada domínio.....	87
Quadro 10 – Correlação entre a compreensão e concretização das competências 17, 1, 8, 9, 31, 81, 90, 57 e 78.....	88
Quadro 11 – Distribuição da frequência das categorias pelas competências do enfermeiro de cuidados gerais.....	92
Quadro 12 – Acções que operacionalizam as competências mais concretizadas pelos enfermeiros.....	94
Quadro 13 – Frequência absoluta das categorias resultantes da análise.....	95

Quadro 14 – Acções representativas dos domínios do referencial de competências.....	96
---	----

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Características dos participantes da amostra segundo as variáveis.....70



# Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) podem ser definidos como um conjunto de actividades, um nível de cuidados, uma estratégia organizativa dos serviços de saúde ou uma filosofia dos sistemas de saúde (Biscaia et al, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os CSP como o primeiro nível de contacto de um sistema de saúde, que se traduz em cuidados de saúde essenciais, com base em métodos e tecnologias práticas, científicos e socialmente aceitável colocados ao alcance universal dos indivíduos, famílias e comunidade, com a sua inteira participação, a um custo que a comunidade e o país podem manter, com o sentido de autoconfiança e autodeterminação (Conferência de Alma-Ata, 1978).

O objectivo final dos CSP declarado em Alma-Ata mantém-se nos dias de hoje, independentemente da comunidade, país ou continente, centrando-se na melhoria das condições de saúde das populações (OMS, 2012). A redução da exclusão e desigualdade sociais em saúde, a organização dos serviços de saúde em função das necessidades das pessoas, a integração dos serviços de saúde em todos os sectores, a busca de modelos colaborativos de políticas de diálogo e o aumento da participação das partes interessadas são pontos-chave para o alcance desta meta (OMS, 2012).

Em Portugal, a história evolutiva dos cuidados de saúde, em particular dos CSP, iniciou-se ainda antes da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com os centros de saúde (CS) de primeira geração (Decreto-Lei n.º 413/71). Actualmente, os Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) (Decreto – Lei n.º 28/2008), integram um ou mais CS de terceira geração e são constituídos por várias unidades funcionais, como as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC) e as Unidades de Saúde Pública (USP).

A Declaração de Munique (OMS, 2000) foi um importante marco ao documentar a importância do papel dos enfermeiros na promoção da saúde no desenvolvimento comunitário, contribuindo para o desenvolvimento do modelo organizativo do enfermeiro de família, já sustentado pela regulamentação das USF (Decreto-Lei n.º 28/2008).

A diversidade de contextos e de alvos de cuidados potencia o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais. A prática profissional no contexto de CSP requer uma combinação pertinente e constante entre diversos recursos e capacidades para o saber gerir de forma eficaz as situações profissionais (Boterf, 2000; Perrenoud, 2001). Este processo pode ser influenciado por diversos factores, desde a bibliografia do sujeito, a formação e a situação profissional (Boterf, 2000) o que inclui a filosofia organizativa dos cuidados.

O desenvolvimento das competências em enfermagem, segundo Benner (2001), compreende 5 estádios: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. Esta evolução desenvolve-se em função das capacidades cognitivas do enfermeiro, ao longo do tempo, tendo início na fase de integração no serviço, evoluindo até este ser portador de uma enorme experiência, agindo com uma compreensão profunda da situação global, caracterizando-se como perito. Segundo este modelo, o enfermeiro competente, que se situa no terceiro estadio de desenvolvimento, necessita de trabalhar no mesmo serviço pelo menos dois anos, é capaz de elaborar um plano de cuidados numa perspectiva consciente, abstracta e analítica e é capaz de fazer face a alguns imprevistos (Benner, 2001).

O referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais, publicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2003 constitui um importante instrumento para a uniformização das competências. Este é constituído por um total de 96 competências demonstradoras da aplicação efectiva dos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, divididas em 3 domínios: Prática profissional, ética e legal, Prestação e gestão dos cuidados e Desenvolvimento Profissional (OE, 2003).

Num contexto de reforma dos CSP, torna-se importante avaliar o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro (de cuidados gerais) no seu contexto de trabalho. Pretendemos com este estudo investigar a percepção dos enfermeiros sobre a sua compreensão e concretização das competências em CSP. A principal finalidade do estudo é contribuir para a melhor compreensão da complexidade que é o processo de desenvolvimento de competências e, naturalmente, contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde de uma maneira geral.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelo referencial teórico que suporta toda a investigação: Cuidados de Saúde

Primários, Enfermagem nos CSP, Pressupostos teóricos sobre o desenvolvimento de competências e Competências em Enfermagem. O segundo capítulo é constituído pelos objectivos do estudo e questões orientadoras e descreve de forma sistemática o percurso da investigação, incluindo o instrumento de recolha dos dados. O terceiro capítulo contém a apresentação dos resultados obtidos, tendo em conta os objectivos e as questões de investigação. O quarto capítulo integra a discussão dos resultados, relacionando-os com o quadro de referência utilizado e com outros estudos. Terminamos com a apresentação das conclusões gerais e considerações finais.





# **Capítulo I: Contextualização Teórica**



# 1. Cuidados de Saúde Primários

A expressão “Cuidados de Saúde Primários” emergiu no séc. XX, quando na década de 60 surgiram reflexões sobre o sentido e a eficácia das acções desenvolvidas pela expansão da “medicina científica”, que se opôs à “medicina tradicional” e que substituiu toda a concepção de cuidados baseada nas actividades e necessidades de vida diária (Collière, 2001).

O movimento iniciou-se em 1977, impulsionado pela OMS quando, na 30<sup>a</sup> Assembleia de Saúde, foi debatida a necessidade de se atingir um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos do mundo inteiro desenvolverem uma vida produtiva a nível social e a nível económico. Na conferência internacional de Alma-Ata, realizada na Rússia em 1978, onde participaram 134 países incluindo Portugal, foi determinado que esta meta deveria ser concretizada através do desenvolvimento dos CSP, tornando-se esta oficial para todos os países pertencentes às OMS e ficando conhecida pela meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Nesta conferência os CSP foram definidos como sendo “*os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação*” (Conferência de Alma-Ata, 1978, p.2). Segundo a mesma, os CSP representam o primeiro nível de contacto no indivíduo, família ou comunidade no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e devem pautar-se por serem cuidados de proximidade desenvolvidos nos contextos onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam.

Vuori (1983) (citado por Santana & Costa, 2008, p. 32), definiu cuidados de saúde primários como um nível de *cuidados de primeira linha*, isto é, a sua característica fundamental reside no primeiro contacto com a população.

Por sua vez, Barbara Starfield (1998) referiu quatro elementos estruturantes para os CSP: primeiro contacto, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, longitudinais, permanecendo ao longo da vida, compreensivos, pela sua

abordagem global e holística e coordenados com os restantes níveis de cuidados (citado por Santana & Costa, 2008, p.32).

Em conformidade, Collière (2001) considera que os CSP baseiam-se numa concepção de saúde influenciada por factores biológicos, culturais, económicos, sociais e políticos. Esta concepção está intimamente ligada às condições de vida das famílias e dos grupos sociais, dependendo das diferentes fases da vida e deve ser construtiva do desenvolvimento social e económico do país. Deste modo, os CSP exigem e fomentam a auto-responsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados de saúde, tirando um maior partido possível dos recursos existentes a nível local, nacional e internacional (Biscaia, et al, 2008).

Estes intervêm a 3 níveis de prevenção (Stanhope & Lancaster, 1999):

- Primária: cuidados que se destinam a prevenir a aparecimento de uma doença, incluindo actividades de promoção de saúde e medidas de protecção específica;
- Secundária: cuidados que se destinam a detectar precocemente a doença e a tratá-la prontamente, no sentido de reverter, curar ou reduzir a sua gravidade;
- Terciária: cuidados orientados para a limitação da incapacidade e reabilitação com o objectivo de prevenir a progressão da doença, ou da manutenção da mais elevada qualidade de vida quando o processo da doença é irreversível.

Jamouille (2008), propõe pela primeira vez um nível quaternário de prevenção, cujo objectivo primordial é a identificação de indivíduos em risco de tratamento excessivo, para protegê-los contra intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (citado por Norman, 2009, p. 2013). Almeida (2005) acrescenta que o nível de prevenção quaternária assenta em dois princípios fundamentais: precaução e proporcionalidade, através dos quais a prática clínica pretende *curar (to heal) sem causar dano (to harm)* (p.95). De salientar que este nível de prevenção vem ao encontro das reflexões iniciadas na década de 60, que questionavam o sentido e a eficácia das acções desenvolvidas pela expansão da medicina e que impulsionaram o movimento dos CSP.

De acordo com o ICN (2008), podemos considerar quatro princípios fundamentais norteadores dos CSP: serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis (ausência de barreiras financeiras e geográficas), participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde (participação no planeamento e tomada de decisão acerca dos seus cuidados de saúde), abordagens intersectoriais à saúde (trabalho em conjunto com outros membros da comunidade) e tecnologia apropriada (deve ser adaptada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade).

No âmbito do quadro conceptual da declaração de Alma-Ata, foram definidas, em Setembro de 1998, 21 metas que representaram um instrumento essencial para o alcance de um maior nível de saúde da população europeia. Estas metas visaram a “saúde para todos no séc. XXI e permitiram que cada Estado membro do Comité Regional da OMS definisse as suas próprias estratégias de saúde. (OE, 2002) De entre todas destacam-se, no contexto dos CSP, a Meta 4, *Saúde para os jovens*, que pretende proporcionar educação e suporte sexual aos jovens e o acesso fácil a preservativos, reduzindo o risco de gravidezes não planeadas e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). A meta 6 alerta para a importância da prevenção ao nível da saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários com o objectivo de prevenir altas taxas de suicídio. As metas 7 e 8 prevêm a redução de doenças transmissíveis (tétano poliomielite, hepatite B, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tuberculose, malária...) e de doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, através de estratégias de prevenção, como a vacinação, ou a redução de factores de risco como o tabaco, álcool, alimentação não saudável e falta de exercício. A meta 11, *Uma vida mais saudável*, estabelece a promoção de uma alimentação saudável através da educação para a saúde. Igualmente relevante é a meta 13, *Locais saudáveis*, que aponta o lar como unidade primária da sociedade, ao qual as visitas domiciliárias poderão ser determinantes na acção da saúde. Também as escolas e as empresas são referidos como locais de promoção de saúde.

O Relatório Mundial de Saúde de 2008, referente aos CSP, considera que os sistemas de saúde estão a desenvolver-se num sentido que pouco contribuem para a equidade e justiça social: os sistemas de saúde estão centralizados de forma desproporcionada numa oferta limitada de cuidados curativos especializados, além

da prestação de serviços está a ser fragmentada por abordagens de controlo de doenças com objectivos imediatistas e uma gestão governamental *laissez-faire* que facilitou a expansão dum comercialização desregulamentada da saúde. A Declaração de Alma-Ata foi clara nos valores a seguir: justiça social, direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade. No entanto, o progresso em direcção a estes valores é muito irregular a nível mundial. Neste sentido e de acordo com a OMS (2008), são necessárias novas reformas que reorganizem a saúde como um cuidado primário, trabalhando em torno das necessidades e expectativas das pessoas de forma a torná-los socialmente mais relevantes, respondendo de melhor forma ao mundo em constante mudança.

### **1.1. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

Tendo em conta o conceito e as características definidos na Conferência de Alma – Ata, os CSP em Portugal têm uma história de 40 anos, estando indelevelmente associados aos CS.

A primeira geração de CS surgiu em 1971, aquando a criação do Decreto-Lei n.º 413/71, cujo objectivo era assegurar a toda a população um nível de cuidados de saúde e de apoio social aceitável, criando uma política de saúde baseada no investimento prioritário nos serviços de prevenção da doença. Os CS neste período estavam associados ao conceito de *saúde pública* onde eram realizadas actividades como vacinação, vigilância da grávida, vigilância da criança em saúde escolar e actividades da autoridade sanitária. Em paralelo coexistiam os Serviços Médicos Sociais e as Caixas de Previdência, que prestavam cuidados de saúde em regime ambulatorio, com uma componente curativa, onde era dada resposta imediata à procura expressa dos doentes, traduzida em consultas e visitas domiciliárias. No entanto, esta modalidade de assistência aos indivíduos era garantida sob taxas pessoais regulares, segundo normas previamente estabelecidas.

Depois de 1974, com a mudança do regime político, foi aprovada a nova Constituição, cujo artigo 64º ditava que todos os cidadãos tinham direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, através de um SNS

universal, geral e gratuito. Em 1979 a criação do SNS é consolidada através da Lei n.º 56/79, nos termos da Constituição.

A segunda geração de CS teve início em 1983 e foi caracterizada pela integração dos centros de saúde com os postos dos Serviços Médico-Sociais. Estes CS herdaram as estruturas físicas anteriores e os recursos humanos. Esta fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados e na optimização de recursos, no entanto, segundo Branco e Ramos (2001), não melhorou algumas características dos centros de saúde anteriores, tais como: acessibilidade de consultas e visitas domiciliárias oferecidas pelos Serviços Médico-Sociais e a programação com objectivos de saúde de actividade preventivas e de vigilância, em especial o âmbito a saúde materno-infantil.

Nesta fase, vários diplomas vieram substanciar o SNS, como a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto), o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 353/93 de 29 de Setembro Decreto-Lei n.º 413/71) e o Regulamento das Administrações de Saúde (Decreto – Lei n.º 335/93 de 29 de Setembro).

Após 16 anos de evolução surge em 1999, através do Decreto-Lei n.º157/99, a terceira geração de CS. Tinham como pressupostos a descentralização, aproximando tanto quanto possível a decisão do local de acção, assim como a contratualização das equipas, que se regeriam por sistemas de avaliação e monitorização dos orçamentos-programa que traduzissem as necessidades das populações. Segundo este Decreto-Lei, cada centro de saúde seria dotado de uma ou mais USF, uma Unidade Operativa de Saúde Pública, uma UCC, uma Unidade de Meios de Diagnóstico e Tratamento e de Especialidades (não obrigatório), uma Unidade de Internamento (não obrigatório), uma Unidade Básica de Urgência (não obrigatório) e serviços de apoio administrativo e apoio geral. Previa-se que a implementação deste novo modelo se concretizasse em três anos, o que não aconteceu.

Em 2003 surge um novo diploma legal para a rede de prestação de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 60/2003), sem implementação efectiva.

Dois anos mais tarde foram retomados para os CSP os princípios previstos no Decreto-Lei n.º 157/99, através do Decreto-Lei n.º88/2005, enfatizando a organização dos CS com base nas USF. Foi também criado um Grupo Técnico para a reforma dos CSP, e posteriormente a Missão para os Cuidados de Saúde

Primários (MCSP) através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. O governo pretendeu com a criação deste grupo a coordenação, o acompanhamento e a reestruturação dos CS, em especial a implementação das USF.

As USF surgem como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde assentando numa equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, secretários clínicos e pessoal auxiliar. Neste contexto, esta equipa é prestadora de cuidados de saúde através de uma filosofia de acessibilidade, continuidade e globalidade, focando as suas intervenções na promoção e vigilância da saúde individual e familiar, educação para a saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crónicas, reabilitação e educação dos cuidadores (DGS, 2002).

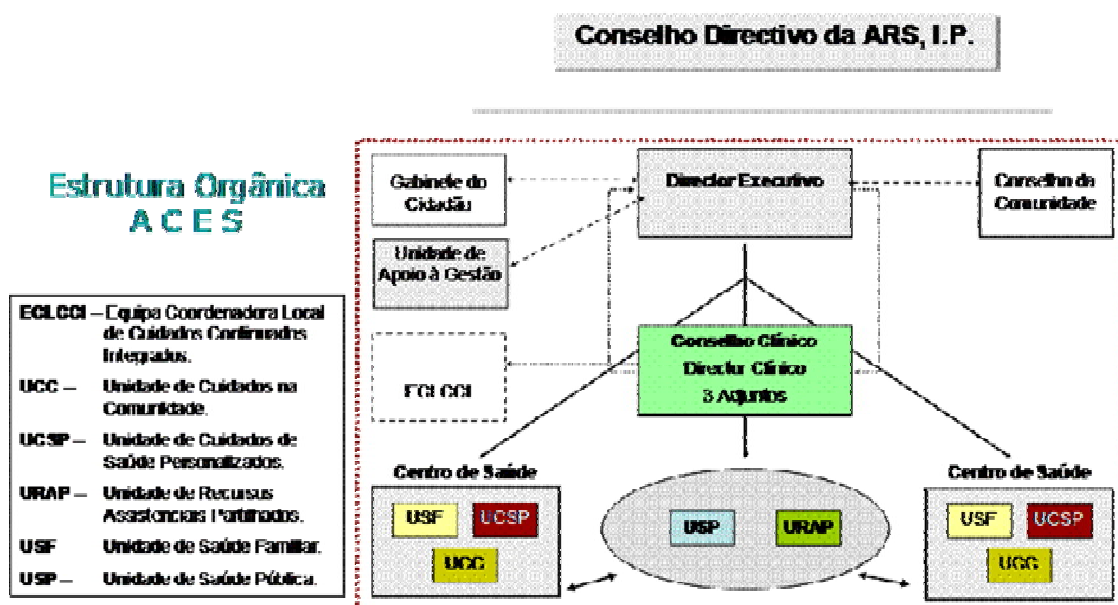
Posteriormente é regulamentada a implementação das USF, através do Despacho Normativo n.º9/2006, com o objectivo de agilizar o seu funcionamento. O regime jurídico das mesmas é regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 258/2007 que surgiu depois. Destaca-se neste diploma, o descrito no artigo 9º, alínea 2, *“a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica”*.

Em 2008, no seguimento de toda a reestruturação, foram criados os ACES pelo Decreto – Lei n.º 28/2008 (Fig.1).

Os ACES são serviços públicos de autonomia administrativa formados por várias unidades funcionais, constituindo um ou mais CS e que têm como missão garantir a prestação de CSP a uma determinada área geográfica.



Fig. 1 – Estrutura orgânica dos ACES



Fonte: MSCP. 2005. “Estrutura Orgânica dos ACES”. Disponível: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=28> (data da visita: 05/09/11)

Os ACES são constituídos por uma ou várias USF, UCSP, UCC, USP e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

As UCC, segundo o artigo 11º do mesmo diploma, “*prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física ou funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo*”. Actuam ainda na educação para a saúde, integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. As suas equipas são multidisciplinares, constituídas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas da fala, fisioterapeutas e outros profissionais de acordo com as necessidades e os recursos (Decreto – Lei n.º 28/2008). São unidades coordenadas por um enfermeiro e participam ainda em projectos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade.

O que surge de novo neste Decreto-Lei são os conceitos de UCSP e URAP. A UCSP tem uma estrutura idêntica às USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos (Decreto – Lei n.º 28/2008). A intervenção dos enfermeiros nestas unidades integra-se num atendimento global às necessidades e dinâmicas familiares, actuando como

recurso e agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente (quer em situações de crise como em questões de saúde), como também vivenciar processos de transição e os acontecimentos de vida não normativos (Martins, 2011). As URAP prestam serviços de consultoria e assistenciais a todas as unidades funcionais. A equipa destas unidades é composta por médicos especialistas (que não de medicina geral e familiar e saúde pública), assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de saúde oral entre outros (Decreto – Lei n.º 28/2008).

Faz parte também desta reestruturação a inclusão nos CSP da Rede Nacional de Cuidados Continuados (criada em 2006 pelo Decreto-Lei n.º101/2006) através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Deste modo, compete à UCC a constituição e coordenação destas equipas domiciliárias que integram a rede (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Em 2011 contam-se 72 ACES em todo o país. Estão registadas no sítio da MCSP 497 candidaturas para USF, das quais 381 foram aceites. 311 USF estão em actividade no momento (Ministério da Saúde, 2011a). Existem ainda registadas 273 candidaturas de UCC, das quais 131 já se encontram em funcionamento (Ministério da Saúde, 2011b).

Os centros de saúde de terceira geração conseguiram uma grande evolução de desempenho e qualidade nas avaliações de satisfação dos clientes e profissionais, no entanto, os sistemas de informação não permitem avaliar a evolução de desempenho das restantes unidades funcionais e dos ACES como um todo. (Barbosa et al, 2011) Um outro factor negativo prende-se com o facto de a adesão à reforma não ter vindo a ser uniforme ao longo do país, o que leva a alguma desigualdade de acesso aos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos, dependendo da área geográfica (Miguel & Sá, 2010). Deste modo, verifica-se também em Portugal níveis de desigualdades na equidade e na justiça social tais como os que são apontados pela OMS (2008), fruto dos défices evolutivos dos CSP.

## 2. Enfermagem e Cuidados de Saúde Primários

### 2.1. Percursos e desafios

Os princípios norteadores dos CSP estiveram presentes nos primórdios da história da enfermagem, mesmo antes do próprio conceito estar claramente definido pela Declaração de Alma-Ata, em 1978. A meta estabelecida pela OMS de “Saúde para Todos para o Ano 2000”, tinha como pré-requisitos o desaparecimento da ameaça de guerra, a igualdade de oportunidades para todos, a satisfação das necessidades fundamentais (alimentação, educação básica, água e saneamento, alojamento adequado). Estas são necessidades básicas, vitais ou de primeira linha e foram descritas por Florence Nightingale (1860), onde o conceito de enfermagem centrava-se na pessoa na melhor condição possível para que a natureza pudesse agir sobre si. Para Nightingale, a enfermagem deveria proporcionar atenção tanto a doentes como sadios, sendo a promoção da saúde primordial nas suas acções. Virgínia Henderson identificou também algumas necessidades de saúde que compreendem os cuidados de enfermagem, tais como *respirar normalmente, comer e beber de forma adequada, dormir e descansar, trabalhar de modo a sentir-se realizado, jogar e participar em diversas formas de recreação*, entre outras (Tomey & Alligood, 2004, p. 114).

Mais tarde, e já depois da Declaração de Alma-Ata, Jean Watson estabeleceu na sua teoria da ciência do cuidar, um cuidar eficiente que se reflectisse na promoção da saúde e crescimento individual e familiar, acreditando que a enfermagem se fundamenta na promoção da saúde e prevenção da doença (Tomey & Alligood, 2004).

Collière (2003) diz-nos que uma das competências mais importantes do enfermeiro nos CSP é descobrir, tendo em conta os lugares, as formas de viver, as crenças e os recursos das pessoas, o que favorece o seu desenvolvimento e o que lhes cria obstáculo, *“a fim de evitar que a doença apareça (prevenção primária), se instale (prevenção secundária) e se agrave (prevenção terciária)”* (p.243).

No contexto nacional surgiu recentemente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012), cujos pressupostos assentam no reconhecimento da complexidade do sistema familiar de acordo com a sua

globalidade, equifinalidade e auto-organização, considerando a família como alvo dos cuidados (Figueiredo, 2012, p. XI). Os princípios de intervenção deste Modelo enquadram-se no contexto geral dos CSP, em particular no âmbito das USF e UCSP (Figueiredo, 2012, p. XII).

Verificamos que a integração dos enfermeiros no contexto dos CSP é abrangente, estabelecendo ligação entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema. Exercem funções em autonomia ou em colaboração, para a prevenção da doença e da incapacidade, assim como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. O seu trabalho é amplo e abrange a promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados de bem-estar, o primeiro contacto para os cuidados e a gestão da doença. (ICN, 2008)

O quadro conceptual da Saúde 21, atribui um especial ênfase ao enfermeiro como agente activo ao longo do ciclo vital dos indivíduos e famílias, enunciando que *“no centro de saúde deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio. (...) Os cidadãos teriam o direito de escolher os dois, médico e enfermeira, cuja tarefa deveria incluir o suporte activo ao auto-cuidado.”* (p.23). (OMS, 2002) Deste modo, o enfermeiro deve focar-se nas famílias, realizando actividades de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados ao indivíduo em fase terminal e representando o elemento de referência para a entrada dos indivíduos no sistema de saúde (Schober & Affara, 2001).

Em 2000, a Declaração de Munique, aprovada na segunda conferência da OMS em enfermagem e enfermagem obstétrica, veio potenciar o papel do enfermeiro nos cuidados de primeira linha, tornando-se em mais um marco histórico. Uma das estratégias propostas no âmbito desta conferência foi o estabelecimento de programas e serviços de enfermagem comunitária e de enfermagem obstétrica centrados na família que levassem ao desenvolvimento do papel do enfermeiro de saúde familiar (OMS, 2000). Deste modo, e segundo a mesma declaração, este enfermeiro deverá:

- Ajudar as famílias na adaptação à doença e à incapacidade crónica, prestando cuidados nos seus domicílios em situações de crise;
- Aconselhar sobre os modos de vida e factores de risco ligados ao comportamento;

- Ajudar as famílias em questões ligadas à saúde;
- Detectar precocemente problemas e favorecer a tomada de consciência sobre os mesmos desde o seu início;
- Diagnosticar os efeitos dos factores socio-económicos sobre a saúde da família orientando a mesma para a instituição adequada;
- Contribuir para o encurtamento das hospitalizações ao prestarem cuidados de enfermagem no domicílio e desenvolvendo o papel de ligação entre a família e o médico, assumindo a responsabilidade, quando as necessidades identificadas requerem cuidados de enfermagem.

(OMS, 2000, p.1:139)

Em conformidades, Figueiredo (2006) refere que “*sendo os comportamentos saudáveis aprendidos em contexto familiar, um dos focos de atenção das estratégias de promoção da saúde será o sistema familiar*” (p. 13), o que enfatiza o papel dos enfermeiros o contexto dos sistemas de saúde, de acordo com a declaração de Munique.

Em Portugal, na sequência da subscrição desta a declaração, a OE organizou em 2000 a conferência nacional “A Cada Família o seu Enfermeiro”, que teve como objectivo a partilha de experiências de cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família. Uma das principais conclusões desta conferência centrou-se no aparecimento de uma nova cultura organizacional, conseqüente da organização do trabalho do enfermeiro de família, que resultou numa maior eficácia no planeamento e controlo dos problemas de saúde, assim como no desenvolvimento de competências favorecedoras à tomada de decisão (OE, 2002, citado por Figueiredo, 2009, p.62).

A implementação do enfermeiro de família como modelo organizativo dos cuidados é também sustentada pela regulamentação das USF, que prevê a atribuição de utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º28/2008).

## **2.2. Integração dos programas de saúde nos CSP**

Os CSP são o primeiro nível de contacto com o SNS de qualquer indivíduo. Os cuidados prestados a este nível são transversais ao ciclo de vida humano e a sua

complexidade é proporcional à variabilidade de transições vividas pelas pessoas, famílias e comunidades. O *International Council of Nurses* (ICN) afirma que “*a prática da enfermagem constitui a essência fundamental dos cuidados de saúde primários*” (2008, p.8).

Podemos estabelecer dois tipos de actividades fundamentais na prática de CSP (Bolander, 1998): protecção da saúde e promoção da saúde. As actividades de protecção da saúde são aquelas que visam a protecção contra a doença, em especial algumas doenças que possam assumir uma ameaça particular devido à idade, sexo, antecedentes de família ou outros factores. Podem ser também intervenções que visem reduzir os efeitos de uma doença que o indivíduo já possua. (Bolander, 1998) A promoção da saúde integra actividades que “*visam o melhoramento do bem-estar de um indivíduo, família ou grupo. A maior parte destas actividades consistem em comportamentos continuados, integrados no quotidiano das pessoas* (Bolander, 1998, p. 428). No âmbito destes dois tipos de actividades, o enfermeiro deve desenvolver intervenções centradas na pessoa, família e comunidade, desde o nascimento até à morte. Além da promoção da saúde e protecção da doença, estas actividades devem incluir a prevenção, a reabilitação e a prestação de cuidados a indivíduos doentes ou que se encontrem em estádios de final de vida, assim como desenvolver medidas de protecção de grupos sociais vulneráveis, nomeadamente crianças, idosos e deficientes (OE, 2004). O enfermeiro deve actuar como agente de mudança, estimulando novos comportamentos, atitudes e crenças de saúde. As capacidades utilizadas pelo enfermeiro como agente de mudança são: *inquirir, ajudar, ensinar, supervisar, coordenar, colaborar, consultar, negociar, confrontar, fazer lobbies, administrar e reconciliar* (Bolander, 1999, pp. 440, 441). A mudança envolve a educação/formação relativa a aspectos cívicos e éticos, que culminam com a principal actividade realizada no âmbito dos CSP: a educação para a saúde. (Custódio & Cabrita, 2002)

A educação para a saúde integra um “*processo de aprendizagem no qual o indivíduo modifica, de modo estável e consciente, o seu comportamento sem conflitos. Por este motivo é que é um processo longo, constituído activamente pelo educador que estimula a curiosidade e pelo educando que sente a necessidade de descobrir*” (Pacheco & Cunha, 2006, p.19) É praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção e é composto pelas etapas:

- Identificação das necessidades educacionais;
- Estabelecimento de objectivos educacionais;
- Selecção dos métodos;
- Implementação do plano educativo;
- Avaliação do processo.

No âmbito dos CSP, a educação para a saúde pode ter como objectivos (Pacheco & Cunha, 2006):

- Propor orientações técnicas de intervenção dos serviços para o eficiente uso de tecnologias de educação para a saúde;
- Proceder à análise de factores que condicionam a difusão das mensagens de educação para a saúde, identificando as técnicas e meios a adoptar;
- Proceder à análise de factores que conduzem a situações de insuficiências, excessos e desequilíbrios nutricionais da população;
- Propor regras e programas de educação alimentar e proceder à sua avaliação e revisão;
- Promover a educação para a saúde no que respeita ao controlo da sinistralidade, à prevenção do alcoolismo, tabagismo, toxicoddependência e SIDA.

Verificamos que os conceitos de promoção da saúde e educação para a saúde estão estreitamente ligados entre si, onde a promoção da saúde é um conceito mais abrangente que integra todas as actividades que visem o melhoramento da saúde do indivíduo/família/comunidade. A educação para a saúde é um processo que envolve sempre aprendizagem por parte do utente, sendo ela por si só uma actividade de promoção da saúde. A prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes (ou que se encontrem em estádios finais de vida), entre outras, são actividades que se envolvem em acções de promoção de saúde e educação em diferentes contextos. Deste modo, o enfermeiro deverá centrar as suas acções não na doença, mas *“na resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida, para além da colaboração na realização de actividades de diagnóstico e tratamento”* (OE, 2004, p.9). Deverá de actuar ao longo de todo o ciclo vital, no sentido de prevenir a doença, assim como de promover a readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência nas actividades de vida e adaptação

funcional e multifactorial através de processos de aprendizagem. Deverá ainda ajudar a pessoa e família a gerir os recursos da comunidade e promover a aprendizagem como forma de lidar com os desafios de saúde. (OE, 2004) Estes objectivos deverão ser alcançados em conformidade com os programas nacionais de saúde em vigor, tendo em conta os padrões de qualidade definidos pelo Conselho de Enfermagem (CE) da OE (2001), intervindo nas áreas de saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso (OE, 2004).

Deste modo, a actuação dos enfermeiros tem por base programas de saúde transversais a todo o ciclo vital, programas destinados a fases específicas do ciclo vital e programas específicos para situações de vulnerabilidade.

O Programa Nacional de Vacinação (PNV), é um plano nacional de saúde universal, gratuito e transversal a toda a vida, acessível a todas as pessoas presentes em Portugal (DGS, 2012). Este plano é consolidado ao nível dos CSP pelos enfermeiros. O seu cumprimento deve ser garantido a toda a população desde o nascimento e ao longo do ciclo vital: crianças, adultos (incluindo mulheres em idade fértil e grávidas) e idosos (OE, 2004), segundo o esquema preconizado. Desta forma, os enfermeiros devem divulgar o programa, motivar as famílias para o seu cumprimento e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis com especial atenção aos grupos com menor acessibilidade aos cuidados de saúde (DGS, 2012).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008), a saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir-se quando e com que frequência têm filhos. A consulta de planeamento é neste contexto uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados de saúde reprodutiva e deve assegurar outras actividades de promoção da saúde tais como: informação e aconselhamento sexual, fornecimento gratuito dos meios contraceptivos, prevenção e diagnóstico precoce das DST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas (OE, 2004; DGS, 2008).

O enfermeiro deve também identificar e orientar casais com problemas de infertilidade, assim como reconhecer e orientar indivíduos/casais com dificuldades sexuais (DGS, 2008).



O Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal, pretende orientar os profissionais na consulta de vigilância da grávida, assim como na identificação de necessidades locais em termos de grávidas e recém-nascidos (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006). Os cuidados pré-natais são uma variável fortemente associada à melhoria do resultado dos nascimentos. A promoção de hábitos saudáveis na gravidez, assim como o abandono de factores de risco devem fazer parte dos cuidados pré-natais prestados pelos enfermeiros à grávida. O enfermeiro deve também promover a adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar, e garantir os cuidados de enfermagem domiciliários às puérperas após a alta hospitalar (OE, 2004).

A saúde da criança e do adolescente abrange todos os aspectos que estão relacionados com o seu desenvolvimento, desde o seu nascimento até à idade adulta. Os cuidados de enfermagem à criança no âmbito dos CSP iniciam-se logo após a alta hospitalar do recém-nascido, através da visita domiciliária (OE, 2004). Os serviços de saúde devem possibilitar a visita domiciliária como meio de vigilância de saúde, *“especialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas de «risco»”*. (DGS, 2005a, p.6)

Os objectivos do acompanhamento do desenvolvimento infantil e da vigilância da saúde prendem-se com:

- A avaliação e registo do crescimento e desenvolvimento físico, psicomotor e psicossocial;
- Estimular a adopção de comportamentos saudáveis, a nível nutricional, exercício físico, vida ao ar livre, gestão do stress e prevenção de comportamentos nocivos;
- Promover o cumprimento do PNV;
- Aconselhar a suplementação vitamínica e mineral nas idades indicadas;
- Promover a saúde oral;
- Prevenir acidentes e intoxicações;
- Prevenir riscos decorrentes da exposição solar;
- Prevenir perturbações psicoafectivas;
- Detectar precocemente e encaminhar situações de doença, malformações congénitas, perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações no

desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, alterações neurológicas e psicoafectivas;

- Prevenir, identificar e abordar as doenças comuns nas demais idades;
- Sinalizar e proporcionar continuidade de cuidados à criança com doença crónica ou deficiência;
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência doméstica;
- Promover a auto-estima dos adolescentes;
- Apoiar e estruturar a função parental.

(DGS, 2005a)

As consultas de enfermagem de saúde infantil/juvenil de acordo com as orientações da Direcção Geral de Saúde (DGS) (OE, 2004) devem iniciar-se na 1ª semana de vida, com uma periodicidade média de 2 meses até aos dois anos, aumentando depois a periodicidade 1 ano e mais até se atingirem os 18 anos de idade.

No 1º ano de vida, deverá ser realizada promoção da saúde e educação aos pais no âmbito da alimentação, dentição, higiene, posição ao deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento, prevenção de acidentes, e sinais e sintomas de alerta (DGS, 2005a; Stanhope & Lancaster, 1999).

A partir do 1º ano de vida deve ser avaliada o início da comunicação verbal (linguagem) e o início da marcha, além dos parâmetros anteriores. A educação para a saúde deverá incidir sobre a alimentação, saúde oral, desenvolvimento, temperamento e relacionamento, prevenção de acidentes, dentição, higiene oral, calçado, estilos de vida saudáveis e controlo dos esfíncteres. (DGS, 2005a)

Entre os 4 e os 9 anos de idade deve ser iniciada a avaliação da tensão-arterial e postura. Deverão também ser abordados assuntos relacionados com a socialização, relacionamentos, actividades desportivas e culturais, no âmbito da educação para a saúde (DGS, 2005a).

Dos 10 aos 18 anos, o enfermeiro deve ter em conta na sua avaliação o estado pubertário em que a criança/adolescente se encontra. Devem ser abordados com o adolescente temas relacionados com a adolescência, sexualidade, prevenção de acidentes e cidadania (DGS, 2005a). Deverão também ser desenvolvidos projectos de educação sexual e reprodutiva que sejam transversais, articulados com

estabelecimentos do ensino básico, secundário (e universitário), com a colaboração de todos os educadores (OE, 2004).

O Programa Nacional de Saúde Escolar deve intervir em áreas de melhoria da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa em meio escolar. Este engloba actividades de vigilância e protecção da saúde, aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção de saúde (DGS, 2006). Os enfermeiros deverão garantir o cumprimento deste programa (OE, 2004), desenvolvendo um papel activo na gestão das determinantes de saúde de comunidade educativa e actuando nas áreas de saúde individual e colectiva, inclusão escolar (em especial de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais), ambiente escolar e estilos de vida (DGS, 2006). Inserido no contexto deste programa está também o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral que tem como objectivos a promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, a prevenção das doenças orais e o diagnóstico precoce e tratamento dentário; este programa destina-se a crianças desde o nascimento até aos 16 anos (e também às grávidas), sendo levado a cabo pelas equipas de saúde escolar dos CSP (DGS, 2005b).

O enfermeiro deverá ainda identificar e encaminhar crianças vítimas de negligência, maus-tratos e abusos sexuais (OE, 2004).

Uma das principais preocupações de saúde no início da idade adulta centra-se na prevenção das principais causas de morbilidade e mortalidade (Bolander, 1998). O papel do enfermeiro centra-se em garantir o bem-estar e a autonomia da pessoa adulta através da prestação de cuidados de enfermagem a todos os utentes (OE, 2004). As actividades que podem ser usadas para atingir este objectivo são *a avaliação e rastreio de saúde, a educação para a saúde, a promoção do autocuidado e a responsabilidade pessoal* (Bolander, 1998, p. 290).

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, pretende intervir directamente na promoção de estilos de vida saudáveis e mudança de comportamentos de risco relacionados com o consumo do tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stress, são factores que estão implicados na origem de doenças crónicas não transmissíveis tais como doenças cardiovasculares, cancro, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares e perturbações da saúde mental (DSG, 2004a).

Relativamente aos utentes com patologia crónica instalada, as intervenções de enfermagem têm como objectivo a promoção da autonomia na gestão da respectiva patologia (OE, 2004).

Tendo em conta o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, a consulta de enfermagem deve ser assegurada aos utentes com esta patologia (OE, 2004) e deverá incidir sobre (DGS, 2007b):

- Promoção de estilos de vida saudáveis;
- Prevenção e detecção precoce de doença ocular, renal, neuropática e pé diabético;
- Rastreio do pé-diabético;
- Intervenção na ferida do pé diabético;
- Monitorização de factores de risco;
- Educação terapêutica;
- Ensino para a auto-vigilância.

O enfermeiro deve realizar de igual forma, periodicamente, consultas a outros utentes com risco de doença cardiovascular (OE, 2004), procurando actuar sobre a prevenção e controlo dos factores de risco: hipertensão, dislipidémia, tabagismo, alimentação inadequada, excesso de peso, sedentarismo, diabetes Mellitus e stress excessivo (DGS, 2003).

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Oncológicas enfatiza a prevenção primária das doenças oncológicas através da mudança de aspectos comportamentais relacionados com o consumo do tabaco, alimentação, sedentarismo, exposição à luz solar e exposição profissional a produtos cancerígenos e infecciosos (DGS, 2007a). Estas estratégias estão igualmente integradas noutros Programas Nacionais tais como o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardíacas, Programa Nacional de Luta contra a Obesidade, Programa Nacional da Diabetes, Programa de Saúde escolar, Plano Nacional de Vacinação e Programa Nacional de Acção Ambiente e Saúde (DGS, 2007a). O rastreio sistemático das neoplasias da mama e do colo do útero é uma actividade realizada pelos enfermeiros para a prevenção destes tipos de cancro (OE, 2004; DGS, 2008).

As pessoas idosas são utentes cujas necessidades de saúde são influenciadas por uma vasta lista de factores físicos e psicossociais. A abordagem ao idoso deve começar por uma avaliação do seu estado de saúde que inclui a avaliação física,

mental, social e económica. Deve também incluir uma avaliação das actividades diárias: capacidade para tomar banho, capacidade para se vestir, capacidade de realizar a higiene pessoal, capacidade de deslocação e capacidade de se alimentar; assim como a avaliação das actividades de vida: capacidade para usar o telefone, capacidade para realizar as refeições, capacidade para gerir o dinheiro, entre outras) (Bolander, 1998).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, as estratégias de intervenção nos cuidados de saúde devem ter como objectivo o envelhecimento activo do idoso, a adequação dos cuidados às necessidades da pessoa idosa, o rastreio de critérios de fragilidade e o trabalho em conjuntura com as famílias (DGS, 2004c). Em conformidade, o enfermeiro deve promover, potenciar e articular as respostas comunitárias ao utente idoso, ou dependente (OE, 2004), assumindo desta forma o papel de gestor de caso. Desta forma, deve actuar com medidas de educação e intervenção dirigidas aos idosos e prestadores de cuidados sobre a correcta utilização dos serviços de saúde, promovendo a articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis (OE, 2004), e cuidados de enfermagem domiciliários aos idosos dependentes (OE, 2004). Deve colaborar, juntamente com o idoso, família ou prestador de cuidados na detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, assim como informar sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores à sua segurança e independência, ensinar sobre prevenção de acidentes domésticos e de lazer e utilização correcta e segura de transportes rodoviários (DGS, 2004c). A prestação de cuidados ao idoso implica também a actuação ao nível da educação para a saúde sobre hábitos de alimentação saudáveis, gestão do ritmo sono-vigília, estimulação das funções cognitivas, prevenção do luto patológico e depressão, promoção e recuperação da saúde oral e prevenção dos efeitos adversos da auto medicação e poli medicação (DGS, 2004c) visando um envelhecimento o mais activo e saudável possível.

Os cuidados de enfermagem na fase terminal de vida são também cuidados de saúde garantidos a nível dos CSP (OE, 2004). A acção paliativa pode ser prestada, além de em regime de internamento, a nível domiciliário, tendo como componentes essencial o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (DGS, 2004d). Neste sentido, compete ao enfermeiro desenvolver “*habilidades clínicas inerentes ao controlo de sinais e sintomas e à comunicação genuína para*

*agregar as acções dos diversos profissionais, em função do benefício do paciente, da sua família e da instituição” (ANCP, 2009, p 216).*

De acordo com o ICN (2008), a prática de enfermagem constitui a essência dos CSP, e tendo em conta a caracterização de Barbara Starfield (1998) relativa aos mesmos, podemos referir que o que caracteriza os cuidados de enfermagem neste contexto é o facto dos seus cuidados serem de primeira linha, longitudinais, holísticos e integrados com os restantes níveis. É esta complexidade (ou diversidade) contextual que contribui para o desenvolvimento de competências do enfermeiro a todos os níveis.

### 3. Pressupostos teóricos sobre o desenvolvimento de competências

A noção de competência caracteriza-se por ser um conceito bastante amplo, sendo muitas vezes utilizado para designar conhecimentos, aptidões, capacidades, atitudes, tarefas ou saberes-fazer. A imprecisão do termo no seu quadro conceptual deriva da sua utilização em diferentes contextos, diferentes disciplinas e áreas profissionais, adquirindo cada um deles um significado próprio e específico (Dias, 2006).

O Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea define competência como uma “*aptidão legalmente reconhecida de uma autoridade pública para realizar um dado acto; em especial, faculdade concedida por lei a um juiz de um tribunal para apreciar uma causa (...) capacidade de apreciar e resolver um dado assunto; conjunto de conhecimentos teóricos ou prático que uma pessoa domina de requisitos que preenche e são necessários para um dado fim; aptidão para fazer bem alguma coisa. (...)*” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 887).

Analisando a evolução do conceito, verificamos que a primeira definição de competência surgiu através da interpretação gramatical generativa de Noam Chomsky em 1957 (Sillamy, 1980). Como filósofo e linguista, Chomsky associou a noção de competência ao saber implícito que o sujeito possui na linguagem que fala. A competência (linguística) é adquirida de forma espontânea e intuitiva desde a infância, cuja maturação se efectua naturalmente através dos estímulos oferecidos pelo meio, excluindo a hipótese da existência de patologias, nomeadamente do foro nervoso (Noam Chomski, 1957, citado por Sillamy, 1980, p. 247).

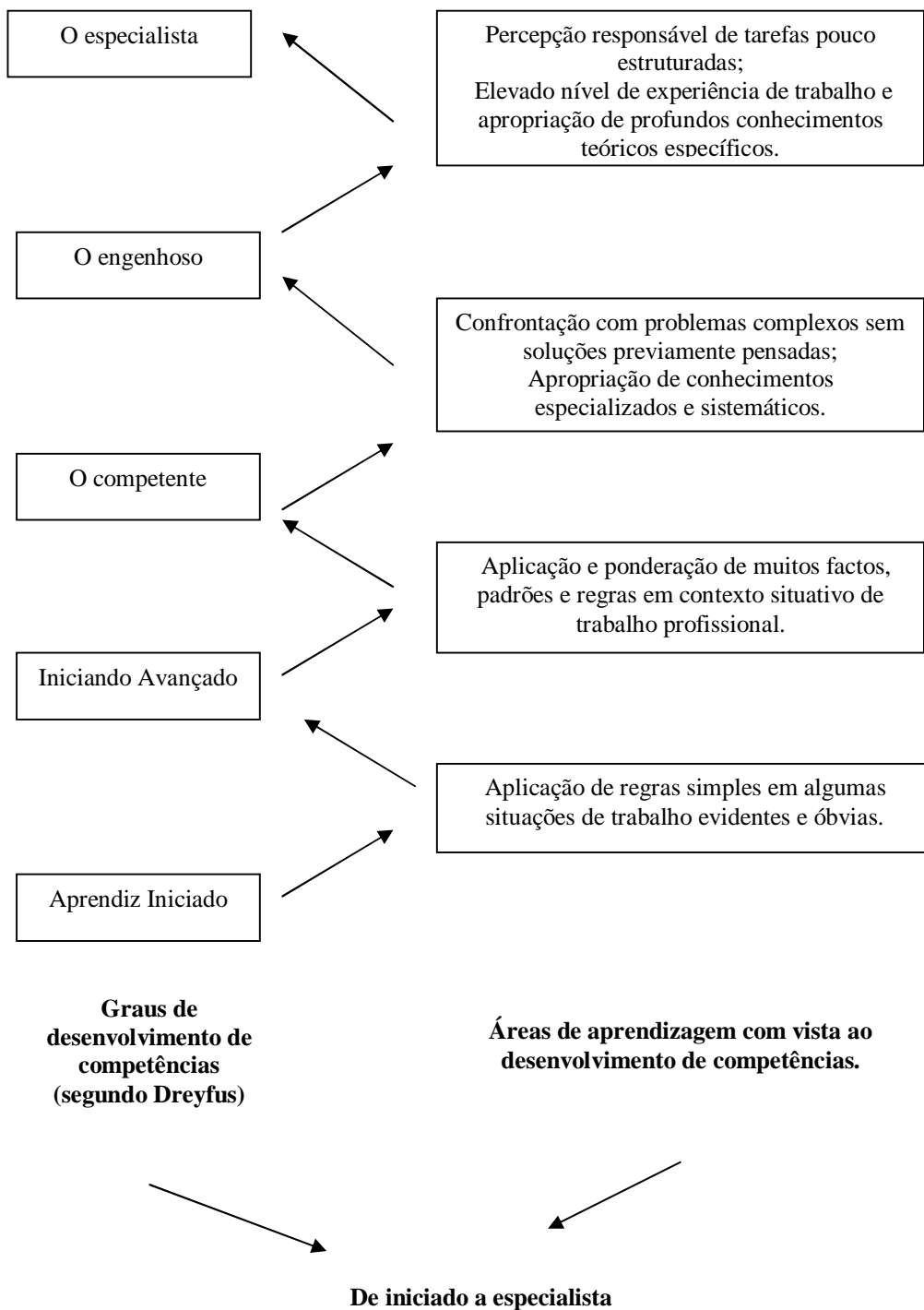
Posteriormente, o conceito foi associado à *performance profissional* por McClelland (1970), definindo a competência como a mobilização espontânea de capacidades numa situação concreta não estruturada, influenciada por qualidades pessoais, experiências, motivações e características comportamentais do indivíduo (citado por Ceitil, 2006, p. 28). Deste modo, o autor diferencia o conceito de competência de aptidões: talento natural da pessoa, habilidades: demonstração de um talento particular na prática e conhecimentos: o que a pessoa precisa de saber

para desempenhar uma tarefa (Mirabile, 1997, citado por Fleury & Fleury, 2001, p. 185).

Na década de 80, o matemático Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus desenvolveram um modelo de aquisição de competências fundado sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de aviões (Benner, 2001). O modelo de Dreyfus (1981) estabelece que, na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (fig. 2).



Fig. 2 - Modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Dreyfus.



Fonte: *Evolução da competência profissional "De iniciado a especialista"*, Rauner (2007) p. 60 (adaptado)

Segundo o modelo de Dreyfus (1981), o aprendiz iniciado deverá desenvolver a sua aprendizagem a nível do conhecimento e de orientações por meio da experiência de trabalho profissional, na aplicação de regras simples e em situações de trabalho evidentes (Dreyfus & Dreyfus, 1981, citado por Rauner, 2007, p. 60).

O desenvolvimento destas competências conduzirá o sujeito ao estado de iniciado avançado, onde deverão ser desenvolvidos conhecimentos de contexto por meio da experiência profissional, na aplicação dos factos, padrões e regras em situações de trabalho (Dreyfus & Dreyfus, 1981, citado por Rauner, 2007, p.60). Neste contexto, o indivíduo atingirá o estado de competente. Neste nível, começarão a ser desenvolvidas aprendizagens relativas ao conhecimento detalhado e funcional através da confrontação com problemas complexos sem soluções previamente pensadas e a apropriação de conhecimentos especializados e sistemáticos (Dreyfus & Dreyfus, 1981, citado por Rauner, 2007, p. 60). Aquando o desenvolvimento destas competências, será atingido o estágio de engenhoso. A partir deste momento, será desenvolvido um conhecimento profundo, especializado e sistémico, baseado na experiência, através da percepção responsável de tarefas pouco estruturadas, para as quais é necessário um elevado nível de experiência e apropriação de detalhados conhecimentos teóricos específicos (Dreyfus & Dreyfus, 1981, citado por Rauner, 2007, p. 60).

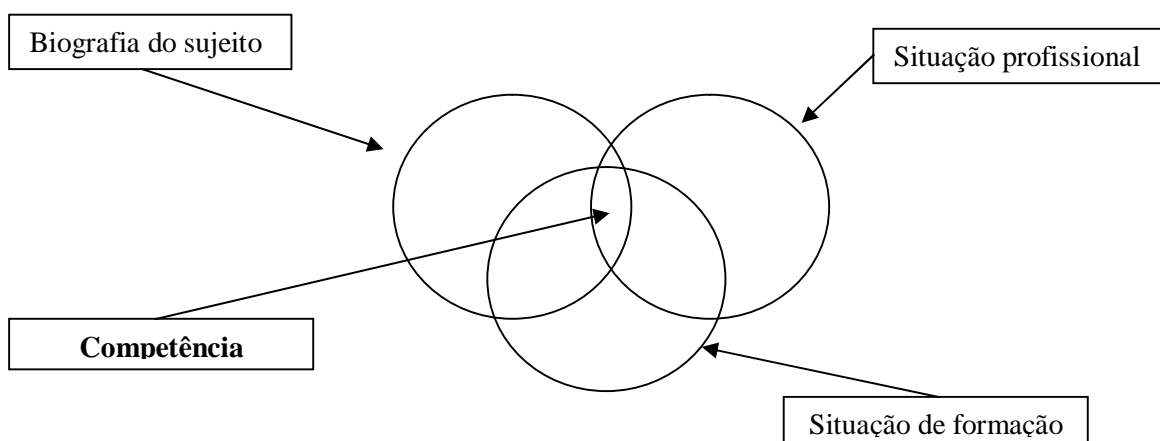
O processo de aquisição e desenvolvimento de competências do modelo de Dreyfus, depende essencialmente de três factores fundamentais (Dreyfus & Dreyfus, 1981, citado por Benner, 2001, p. 43):

1. A passagem da confiança em princípios abstractos à confiança em paradigmas resultantes da experiência;
2. A visualização da situação como um todo, com algumas partes relevantes, em vez de um conjunto de elementos que se somam;
3. Passagem de um observador desligado a um executante activo.

Como verificamos, a aquisição de desenvolvimento de competências é um processo multidimensional, difícil de ser mensurável e depende de diversos factores intrínsecos ao sujeito.

Em conformidade, Guy Le Boterf (2000) acrescentou aos factores intrínsecos (biografia do sujeito), a situação profissional e a situação de formação, situando a competência no ponto de intercepção destes três factores (fig. 3).

Fig. 3 - Factores que influenciam o desenvolvimento de competências



Fonte: Le Boterf, 2000, p. 58 (adaptado)

Segundo o autor, a competência é uma construção resultante da combinação pertinente entre diversos recursos e capacidades para o saber gerir de uma situação profissional complexa. Um profissional competente é aquele capaz de mobilizar e aplicar de forma eficaz diferentes funções de um sistema no qual intervém recursos tão diversos quanto operações de raciocínio, conhecimentos, activações de memória, avaliações, capacidades relacionais com esquemas comportamentais (Le Boterf, 2000).

Em complementaridade, Perrenoud (2001) refere as competências como um combinado de recursos cognitivos, afectivos e comportamentais para enfrentar um conjunto de situações possíveis, que se traduzem na capacidade de agir de forma eficaz numa situação profissional.

Deste modo, a construção de uma competência integra elementos que vão de uma simples reacção reflexa até às acções mais complexas que comunicam aos outros ideias e emoções (Arends, 1995, citado por Dias, 2006, p. 41). Os elementos que constituem uma competência são vários, podendo ser divididos em três domínios: cognitivo (*conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação*), afectivo (*atenção, resposta, valoração, organização e caracterização pelo valor*) e psicomotor (*movimentos reflexos, movimentos básicos fundamentais, capacidades perceptivas, capacidades físicas, movimentos de perícia e comunicações não discursivas*) (Bloom (1981), citado por Dias (2006), p.41). Outro elemento que intervém na formação da competência é a motivação. Esta caracteriza-se por ser um movimento endógeno do indivíduo que o direcciona

para o alcance da competência, não dependendo necessariamente das motivações de realização, podendo ter raízes biológicas profundas (Sprinthall & Sprinthall, 1994, citado por Dias, 2006, p. 42). A capacidade para aprender é também um elemento que depende não só da capacidade intelectual, mas também da disposição emocional da pessoa (Vallés, 1997, citado por Dias, 2006, p. 42).

A noção de competência aparece assim associada a verbos como: agir, mobilizar, aprender, responsabilizar, etc. Segundo Boterf (2000), o ser competente implica a combinação pertinente destes verbos associados a saberes, tais como o saber agir, saber mobilizar recursos, saber comunicar, saber aprender, saber comprometer-se, saber assumir responsabilidades e ter visão estratégica (quadro 1).

Quadro 1 – Saberes que constituem a competência

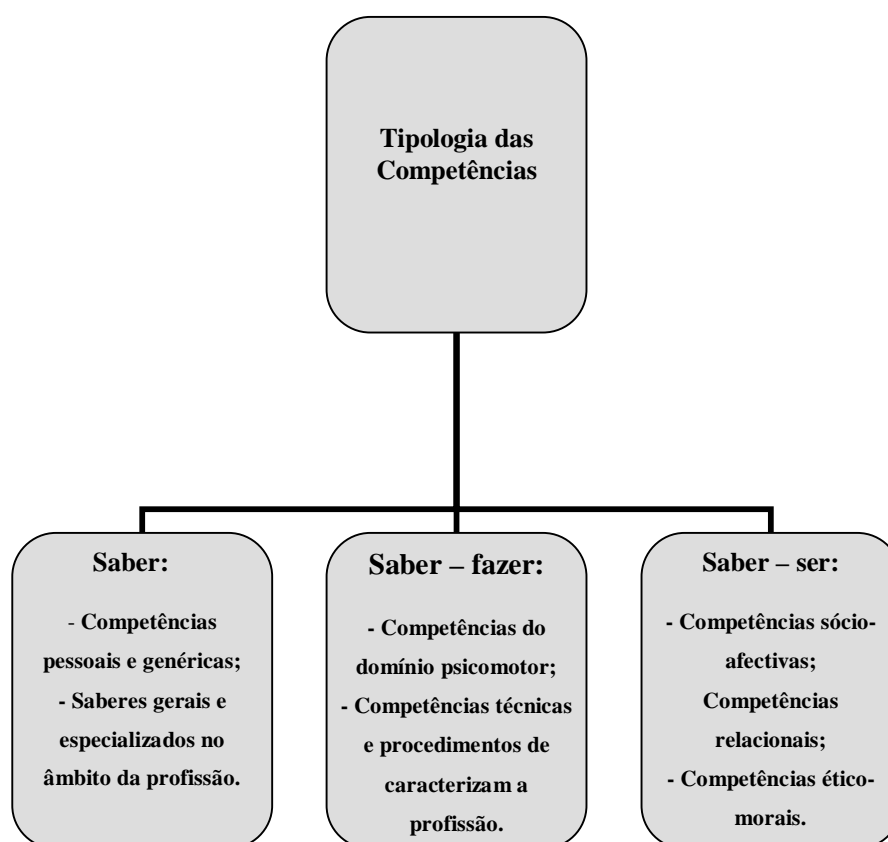
<b>Saber agir</b>	Saber o que e por que se faz. Saber julgar, escolher, decidir.
<b>Saber mobilizar recursos</b>	Criar sinergia. Mobilizar recursos.
<b>Saber comunicar</b>	Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos.
<b>Saber aprender</b>	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se.
<b>Saber comprometer-se</b>	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se.
<b>Saber assumir responsabilidades</b>	Ser responsável, assumindo riscos e consequências das suas acções e sendo por isso reconhecido.
<b>Ter visão estratégica</b>	Conhecer e entender o meio profissional em que se está inserido, identificando oportunidades e alternativas.

Fonte: *Competências para o profissional*, Fleury & Fleury, 2001, p. 188 (adaptado)

As diversas categorias de saberes formados a partir dos demais elementos de naturezas cognitiva, afectiva e psicomotora constituem os conteúdos das competências. Estes são suportados pelas estruturas físicas e psicológicas que

sustentam a soma dos conhecimentos (ideias, teorias, factos e técnicas), capacidades, aptidões, habilidades, destrezas, atitudes, valores e comportamentos necessários à resolução dos problemas existentes nos postos de trabalho (Dias 2006). O modelo de descrição dos conteúdos das competências mais conhecido assenta nos seguintes saberes: saber, saber-fazer, saber-ser (Dias, 2006). Este modelo permite-nos agrupar as competências nas respectivas tipologias (saber, saber-fazer e saber-ser), em função dos seus conteúdos (fig. 4):

Fig. 4 - Tipologia das competências



Fonte: *Tipologia ou modelo de competências*, Dias, 2006, p. 76 (adaptado)

Assim, as competências pessoais e os saberes gerais e especializados no âmbito da profissão pertencem à tipologia do *saber*. O *saber-fazer* comporta as competências do domínio psicomotor e técnico. O *saber-ser* agrupa todas as competências do domínio sócio-afectivo, relacional e ético-moral.

Podemos também classificar os saberes de acordo com o seu modo de aquisição e o seu modo de manifestação, além da sua função. Esta classificação releva-se

muito importante para compreender os mecanismos de aquisição de competências, assim como o modo como estas podem ser observadas e consequentemente avaliadas. Segundo esta abordagem, os saberes teóricos (saber compreender), os saberes experienciais (saber adaptar-se, saber agir e saber dimensionar-se) e os saberes processuais (saber como proceder) adquirem-se essencialmente através da formação inicial e contínua revelam-se pelo modo declarativo, ou seja, através de conhecimentos que o indivíduo pode expressar verbalmente (Boterf, 2000). Os restantes saberes (experimental, operacional, social, relacional e cognitivo) adquirem-se através das experiências profissional e social, educação formal, formação contínua e capacidade de análise. Estes saberes manifestam-se de modo processual, ou seja através da dinâmica comportamental (Boterf, 2000).

Podemos considerar que a competência profissional reúne três dimensões: a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas e comportamentais), a dimensão da acção e dos resultados produzidos (as práticas profissionais e o desempenho) e a dimensão da flexibilidade, que é o distanciamento em relação às dimensões anteriores *“para uma melhor tomada de consciência das suas práticas, no sentido de as formalizar ou conceptualizar, verbalizando-as, ou dando-lhes uma outra forma”* (Boterf, 2006, p.63).

Sendo a competência definida segundo uma perspectiva global e qualitativa, torna-se difícil avaliá-la. Boterf (2006) refere que, uma vez que as competências são invisíveis, o alvo de avaliação não são as competências, mas sim o que o mecanismo de avaliação designa como competências. A avaliação depende dos conceitos atribuídos, da metodologia, dos actores e dos pontos de vista que adoptam (Boterf, 2006). Podemos considerar o processo de avaliação de uma competência simplificado, quando se explicita e justifica o que se quer analisar e se compreende bem o que se procura julgar (Simões, 1995, citado por Dias, 2006, p. 31). Para tal, as competências devem ser sempre contextualizadas. A rede de conhecimento em que se insere o profissional é fundamental para que se identifique a competência. É nos saberes alcançados pela sociedade ou por determinado grupo profissional, numa determinada época, que a competência encontra os seus limites, mas não a sua negação (Fleury & Fleury, 2001).

## 4. Competências em Enfermagem

O processo de cuidados de enfermagem é uma construção específica de cada situação elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados a partir de elementos da situação. Este é um processo contínuo de *descoberta, elucidação e acção* com o objectivo de encontrar uma forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio (Collière, 1999, p. 293).

A competência do enfermeiro no cuidar não se reduz apenas à habilidade que possui. É fundamental que, na relação com o outro, o enfermeiro domine um manancial de conhecimentos e que possua capacidades fundamentais para abordar de um modo holístico o utente, respeitando os valores profissionais e os objectivos da instituição (Morais, 2004). Este mobiliza e aplica de forma eficaz diferentes funções de um sistema no qual intervêm operações de raciocínio, conhecimentos, activações de memória, avaliações e capacidades relacionadas com esquemas comportamentais (Boterf, 2000). Deste modo, as competências do enfermeiro estão associadas aos saberes teóricos e práticos, ou seja, saberes e saberes-fazer. A teoria é um instrumento que prediz ou explica um fenómeno. O desenvolvimento de uma disciplina aplicada, como é a Enfermagem, consiste em desenvolver o conhecimento prático através de estudos científicos e de investigação sobre a teoria e pelo registo do saber-fazer existente (Benner, 2001). Isto faz com que o enfermeiro tenha que obrigatoriamente possuir competências que lhe permitam a capacidade de adaptação a novas situações. Tal como refere Moraes (2004), *“as capacidades cognitivas desenvolvidas em ambiente de trabalho permitem a optimização do saber e do saber-fazer, ao mesmo tempo que a representatividade afectiva e avaliativa das situações desenvolve o saber-ser e estar profissional, numa procura constante da mestria do cuidar”* (p.24).

Benner (2001) identificou seis domínios de conhecimento prático na enfermagem que se desenvolvem em função das capacidades cognitivas e do factor tempo:

1. Atribuição de valor qualitativo a situações profissionais experimentadas e hierarquização das mesmas;
2. Criação de significados comuns entre diversas situações clínicas, onde as intenções, o contexto e o sentido das mesmas permanecem iguais;

3. Desenvolvimento de comportamentos tipo, em que o enfermeiro age de determinada maneira em situações precisas;
4. Formação de casos padrão através do desenvolvimento de experiências paradigmáticas que irão influenciar a prática de uma situação concreta;
5. Desenvolvimento de máximas que levam à transmissão de instruções de raciocínio codificadas que irão levar à tomada de decisão;
6. Realização de práticas de responsabilidade delegadas, não planeadas ou informais que permitem o desenvolvimento de competências que passam despercebidas, ou não estão explícitas e por isso não são estudadas.

A competência em enfermagem é então o resultado das *experiências dominadas* (Zalvívar, et al, 2006, p. 45) e reflecte-se quando o trabalho se automatiza, dependendo menos do controlo cognitivo e da reflexão no sentido de adaptar a conduta às mudanças constantes do contexto da prática. Com este fenómeno de automatização, é possível aprofundar as atitudes específicas para adquirir e utilizar competências concretas (Levy-Levoyer (2000), citado por Zalvívar, et al, 2006, p.45).

No que diz respeito ao contexto dos CSP, o exercício profissional é dotado de características próprias, como já referido anteriormente. Fruto da profunda aproximação dos enfermeiros face aos contextos familiares e sociais em que se inserem os utentes, os profissionais encaram a *relação* como instrumento assistencial para a prática da enfermagem (Abreu, 2001). Um estudo realizado pelo autor, com base no modelo de competências de Kolb (1984), traduziu a notória preponderância pelos enfermeiros face às competências de relação, no contexto dos centros de saúde, tais como: *saber ouvir, relacionar-se com os colegas, ser sensível aos sentimentos do utente e ser sensível aos valores do utente* (Abreu, 2001, p.229).

Patrícia Benner (2001) aplicou o modelo de Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980, Dreyfus, 1981) de aquisição de competências à enfermagem, através de um longo estudo de investigação, onde descobriu características diferentes na descrição do mesmo caso clínico feito por uma enfermeira iniciada e por uma perita. Segundo esta investigação, os cinco estados de desenvolvimento de competências de um enfermeiro caracterizam-se da seguinte forma:



Quadro 2 – O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem

<b>Estado</b>	<b>Características</b>
Iniciado	<p>Comportamento tipicamente limitado e rígido;            Segue regras e protocolos para guiar os seus actos;            Fase inicial de integração num novo serviço.</p>
Iniciado-avanzado	<p>Comportamento aceitável;            Experiência suficiente para identificarem alguns factores significativos de uma situação;            Formula princípios que ditam as acções em termos de atributos e de aspectos.</p>
Competente	<p>Trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos;            Apercebe-se dos seus actos ou dos planos a longo prazo;            É capaz de realizar um plano que estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre a análise consciente, abstracta e analítica de um problema;            Apesar de não ter muita perícia técnica, reconhece que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos.</p>
Proficiente	<p>Apercebe-se de situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados;            As suas acções são guiadas por máximas;            Sabe quais os acontecimentos típicos de uma determinada situação;            Reconhece as situações como um todo;            Não toma tanto em conta as possibilidades, orientando-se directamente sobre o problema.</p>
Perito	<p>É portador de uma enorme experiência;            Compreende de uma maneira intuitiva cada situação;            Apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis;            Age a partir de uma compreensão profunda de uma situação</p>

Fonte: Benner, 2001 (adaptado)

Segundo este modelo, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é um processo gradual, interactivo e complexo, em que o enfermeiro necessita de cerca de dois a três anos de experiência profissional no mesmo serviço para atingir o nível de *competente*.

Khomeiran et al (2007) divide o processo de aquisição de competências em 5 fases:

- a) Reconhecimento, como o motivo do movimento para o desenvolvimento da (s) competência (s);
- b) Proporcionar os requisitos necessários e as necessidades mínimas para se desenvolver a actividade;
- c) Fazer a ligação entre a teoria e a prática através da experiência;
- d) Adquirir o domínio completo sobre o trabalho através da prática repetida e a reflexão;
- e) Integrar as novas competências com as antigas e preparar para ensinar e supervisionar outros nas áreas relacionadas.

O mesmo autor enuncia alguns factores internos e externos que motorizam o desenvolvimento das competências em enfermagem, tais como: expectativas que os outros depositam sobre o indivíduo, a oportunidade de transição de uma função para um novo contexto, e as recompensas internas do indivíduo, tais como o grau auto-satisfação quando se atinge o sucesso (Khomeiran et al , 2007). De acordo com a interpretação de Boterf (2000) na *encruzilhada das competências*, consideramos que a biografia do sujeito (factores internos do enfermeiro inerentes às experiências pessoais e características da personalidade), situação profissional e formação são factores implícitos ao desenvolvimento de competências. A formação contínua, quando proporcionada pelas organizações, deve ser orientada para identificar, desenvolver e avaliar permanentemente as competências dos profissionais (Lopez, 2005). No entanto, devemos considerar que a orientação dos programas não se deve centrar apenas na competência técnica da prestação de cuidados, mas também em aspectos relacionados com a criatividade, autoconfiança, pensamento crítico, empatia e espírito de equipa (Lopez, 2005).

Em Portugal, O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), criado em 1998, veio diplomatar a prática *competente* de enfermagem, desde o acesso ao exercício profissional, o exercício e intervenção dos enfermeiro, delegação de tarefas e os direitos, deveres e incompatibilidades (Decreto-lei n.º 161/96).

Não menos importante é o Código Deontológico dos enfermeiros, actualmente inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 111/2009, que cria uma base deontológica para a prática da profissão. Neste documento, um dos princípios gerais dispostos no primeiro artigo do documento é a *competência e o aperfeiçoamento profissional* (alínea e do art. 78º). Também o artigo 88º diz-nos que *na excelência do exercício o enfermeiro procura em todo o acto profissional a excelência do exercício assumindo o dever de: analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas; manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as técnicas sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”*.

Deste modo, a competência e o aperfeiçoamento profissional do enfermeiro são valores universais a serem observados na relação profissional, inscrevendo-se na acção dos enfermeiros como deveres, e em igual medida, como direitos. Como direito, traduz-se na autoformação e formação em contexto, enquanto contributos no processo de desenvolvimento, construção e aquisição de competências (Figueira, 2004).

No entanto surgem no quotidiano alguns obstáculos ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências, tais como (Figueira, 2004):

- Dificuldade política em articular a racionalidade com a irracionalidade;
- O excesso de algumas formas de gestão redutora, baseada em imperativos económicos, que atribuem um lugar secundário ao verdadeiro clima dos cuidados;
- A concorrência entre colegas nas instituições;
- A preponderância do individualismo em relação ao bem comum;
- A agressividade empresarial;
- A instabilidade.

Podemos concluir que a competência resulta de um *“saber agir, de um querer agir e de um poder agir”* (Le Boterf, 2000, citado por Figueira 2004, p.23).

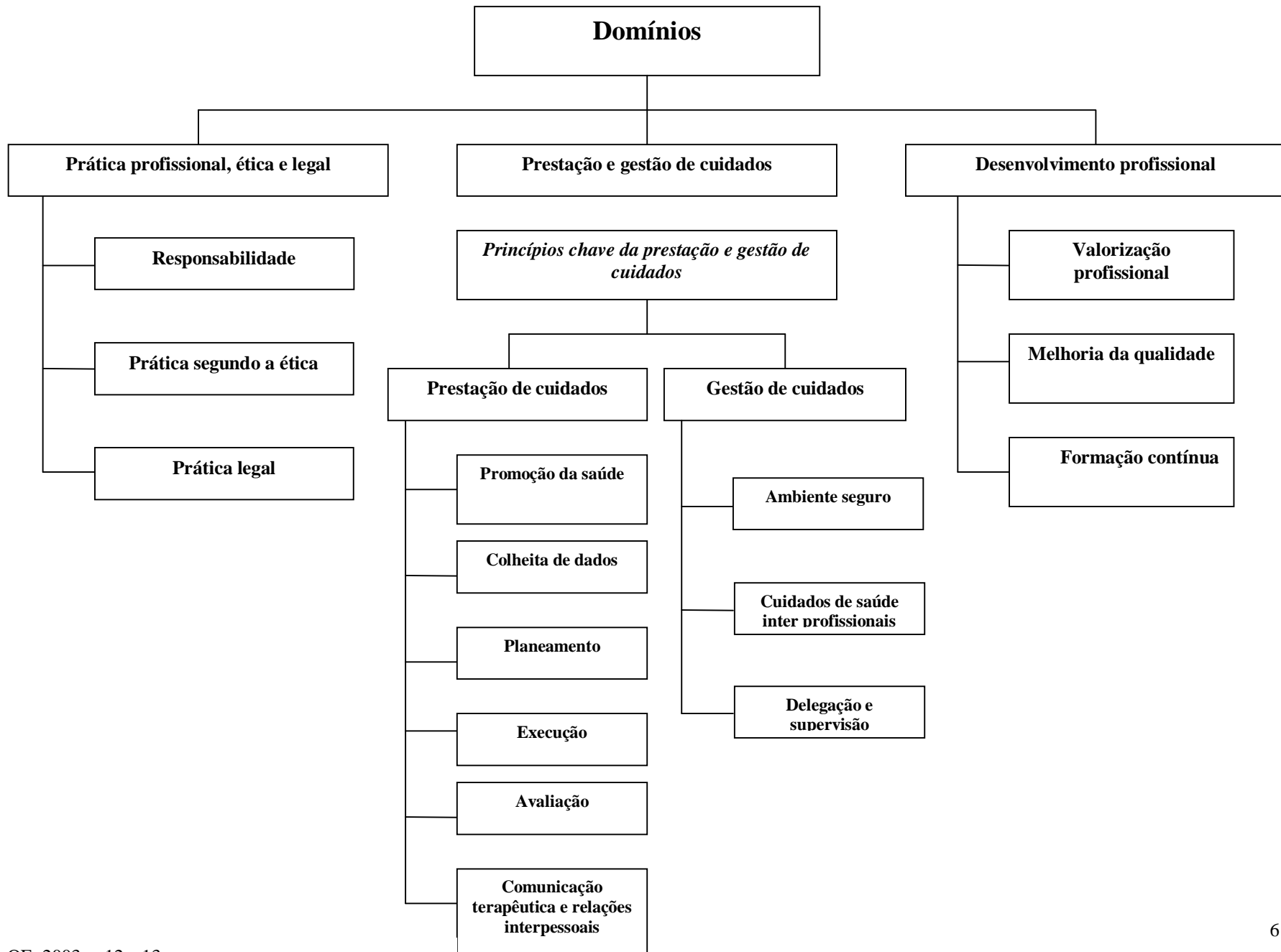
No sentido de operacionalizar o *saber, querer e poder*, a OE definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem traduzidos em enunciados descritivos que constituem um importante instrumento na precisão do papel do enfermeiro junto dos clientes, outros profissionais, do público e dos políticos (OE, 2001).

Este foi também o primeiro passo para a instituição de programas de melhoria contínua da qualidade nos serviços e instituições.

Nesta sequência, o Conselho de Enfermagem (CE) realizou um estudo utilizando uma técnica de Delphi que teve como base conceptual o *Framework of Competences of the Generalist Nurse* do ICN. Deste resultaram 96 competências do enfermeiro de cuidados gerais agrupadas em diferentes domínios e sub-domínios (anexo 1), que *referem um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar* (OE, 2003: p.16). Assim, o referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais é constituído por três grandes domínios: Prática profissional, ética e legal, Prestação e gestão dos cuidados e Desenvolvimento profissional. A Prática profissional, ética e legal, divide-se nos sub-domínios *Responsabilidade, Prática segundo a ética e Prática legal*. Por sua vez, a Prestação e gestão de cuidados, que se identifica pelos princípios chave da prestação e gestão dos cuidados, subdivide-se na Prestação de cuidados, com os sub-domínios *Promoção da saúde, Colheita de dados, Planeamento, Execução, Avaliação e Comunicação terapêutica e relações interpessoais*; a Gestão dos cuidados confere os sub-domínios *Ambiente seguro, Cuidados de saúde inter profissionais e Delegação e supervisão*. O Desenvolvimento profissional é constituído pelos sub-domínios *Valorização profissional, Melhoria da qualidade e Formação contínua* (Fig. 5).

A certificação de competências está estreitamente relacionada com a sua avaliação. Em conformidade, Benner (2001) refere que este processo pressupõe “*um contexto preciso critérios que permitam saber se a pessoa possui qualidades ou traços caracterizadores de competência*” (p. 44). Os critérios representam assim a base de referência para o julgamento. Podemos considerar como critérios de avaliação de competências em enfermagem, segundo o projecto-piloto Leonardo da Vinci que se intitula *Référentiel Européen de Compétences en soins Infirmiers* (Cresci Project, 2006-2008), os seguintes elementos: *aproximação holística, autonomia, coerência, colaboração, continuidade, criatividade,*

Fig. 5 - Domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais



*eficiência, empatia, negociação, participação, pensamento crítico, pertinência, precisão, investigação de excelência, respeito pela pessoa, respeito pelos princípios e regras dos cuidados, respeito pelos princípios éticos e deontológicos, responsabilidade, satisfação e segurança.*

Recentemente foi aprovado em Assembleia-geral Extraordinária do Conselho Directivo da OE um novo regulamento que mantém a numeração original do Referencial de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, introduzindo os conceitos *domínio de competência, norma ou descritivo de competência e critérios de competência*. Este último conceito representa os 96 itens já conhecidos pelo referencial. Segundo a mesma assembleia, este documento, ainda não publicado, servirá como instrumento de orientação para a implementação do processo de certificação de competências do enfermeiro de cuidados gerais. (OE, 2011a).

Deste modo, será necessário dispensar de diferentes métodos para avaliar as habilidades cognitivas complexas que compõem o conceito de competência profissional.

Toda a avaliação, segundo Pola et al (2005), deve preencher uma série de requisitos tais como:

- Aceitabilidade: a avaliação deve ser aceite positivamente pela entidade que avalia e pelo sujeito que está a ser alvo da mesma;
- Validade: deve ser feita através de um instrumento válido, medindo exactamente aquilo que se pretende;
- Confiabilidade: deve produzir resultados estáveis e reproduzíveis;
- Viabilidade: deve ser possível realizar-se no que diz respeito a recursos económicos e materiais, de forma continuada e não apenas num projecto de investigação isolado;
- Impacto educacional: deve promover mudanças na formação prévia (graduada e pós-graduada) assim como nas estratégias de formação contínua.

Avaliar as competências dos profissionais de enfermagem implica muito mais do que avaliar conhecimentos mediante métodos convencionais. De acordo com Boterf (2006), avaliar se um profissional é competente é *avaliar a prática a que ele recorre interpretar as prescrições de um trabalho* (p. 60). Deste modo, os métodos de avaliação devem considerar aspectos relacionados com atitudes e

habilidades. A maioria dos métodos conta com pelo menos uma pessoa para fazer um julgamento sobre a prática, levando a inevitáveis problemas de confiabilidade entre os avaliadores. Fotheringham (2010) considera que o *processo de triangulação* pode ser útil na avaliação das competências, usando a combinação entre métodos quantitativos e qualitativos, desde que haja definido um ponto de referência, tal como acontece na aplicação deste processo na investigação das ciências da saúde.

O quadro de referencial de avaliação de competências pode envolver, além de critérios, indicadores. Um indicador é um construtor teórico, devendo ser identificado antes da avaliação (Santos, et al, 2001). Um critério define o que se julga poder esperar do objecto avaliado. Por sua vez, os indicadores devem desvelar o próprio objecto e devem ser representativos da realidade avaliada (objectividade externa) e significantes com relação a uma expectativa precisa (objectividade interna ou coerência) (Santos, et al, 2001)

Vituri (2009) acredita que a avaliação dos cuidados de enfermagem por meio de indicadores pode ser utilizada no sentido de incentivar os profissionais em melhorar o cuidado, ao mesmo tempo que funciona como meio de avaliação das competências. No entanto os indicadores não são uma unidade de medida directa. Estes apenas sinalizam divergências com o padrão determinado como desejável e actuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para pontos-chave que necessitam de ser revistos.

Não há registo de indicadores que avaliem o Referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Existem, no entanto, indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes decorrem dos Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), que, como já foi referido, foi um dos instrumentos para a construção do Referencial de competências. A qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser um indicador de competência, no entanto não avalia directamente o seu nível. Da qualidade dos cuidados dependem factores que não emergem exclusivamente do *agir* do enfermeiro.

Concluimos que o desenvolvimento de competências é um processo complexo e interactivo que ocorre entre o enfermeiro e o universo que o circunda. Como actor deste processo evolutivo de iniciado a perito, é importante conhecer de que forma o enfermeiro compreende e concretiza as competências referenciadas como veículo para a aplicação efectiva dos seus conhecimentos e habilidades. O

conhecimento da percepção dos enfermeiros de cuidados gerais sobre o referencial de competências definido pela OE (2003), ao nível da compreensão e concretização das mesmas, bem como a forma estas são operacionalizadas na prática, revela-se importante para o desenvolvimento de estratégias organizativas ao nível das instituições de trabalho, detecção de necessidades de formação e melhoria da avaliação de desempenho, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem.



## **Capítulo II: Metodologia**



## **1. Objectivos e questões orientadoras do estudo**

Um objectivo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação, as variáveis-chave e a população alvo. (Fortin, 2000) Deste modo, os objectivos deste estudo constituem enunciados dirigidos aos enfermeiros que prestam cuidados gerais em cuidados de saúde primários, sendo eles:

- Descrever as competências mais e menos compreendidas pelos enfermeiros que prestam cuidados gerais em cuidados de saúde primários;
- Descrever as competências mais e menos concretizadas pelos enfermeiros que prestam cuidados gerais em cuidados de saúde primários;
- Identificar acções que operacionalizam a concretização das competências pelo enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários;

De acordo com estes objectivos propostos, enunciam-se as premissas, que são questões de investigação que irão conduzir a investigação e apoiar os resultados obtidos (Talbot, 1995, citado por Fortin, 2000, p. 101). São elas:

- Quais as competências mais e menos compreendidas pelos enfermeiros que prestam cuidados gerais em cuidados de saúde primários?
- Quais as competências mais e menos concretizadas pelos enfermeiros que prestam cuidados gerais em cuidados de saúde primários?
- De que forma os enfermeiros de cuidados gerais operacionalizam essas competências em cuidados de saúde primários?



## **2. Desenho da Investigação**

A decisão do método a utilizar para a realização de um estudo depende sempre das questões de investigação (Fortin, 2009). Para responder às questões deste estudo usou-se, numa primeira fase, um estudo exploratório-descritivo que abordagem quantitativa e numa segunda fase a análise de conteúdo. Este é um estudo de nível I, de natureza exploratório-descritiva, com uma análise quantitativa. A primeira fase do estudo irá responder às questões relacionadas com a compreensão e concretização das competências dos enfermeiros. A segunda fase, composta pela análise de conteúdo, irá permitir a descrição das acções que operacionalizam as competências dos mesmos.

### **2.1. População e amostra**

A população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que trabalham nos CSP, na prestação de cuidados gerais ao utente.

A amostra é constituída por 90 enfermeiros de cuidados gerais, a exercer funções no ACES Porto Ocidental. O método de amostragem utilizado foi não probabilístico, de acessibilidade ou conveniência (Gil, 1999), uma vez que este ACES constitui o maior do distrito do Porto, e conseqüentemente aquele com maior número de enfermeiros.

Foi definido como critério para a participação neste estudo a experiência profissional de pelo menos dois anos nos cuidados de saúde primários, que vai de encontro ao modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem referenciado por Patricia Benner (2001). Segundo este, o enfermeiro *competente* é aquele que trabalha no mesmo serviço *há dois ou três anos* (p.53).

Os enfermeiros detentores de uma especialidade, que exerçam essa especialidade, foram excluídos da amostra pelo risco de enviesarem o estudo.

Do total de enfermeiros da amostra, obtivemos uma taxa de participação de 51%, correspondendo a um total de 46 indivíduos. Dos participantes, 93% são do sexo feminino e 3% do sexo masculino. 29 Enfermeiros exercem funções em UCSP

(63%), 14 enfermeiros em USF (30%) e 3 enfermeiros em UCC (7%). A idade mínima dos elementos da amostra é 25 anos e a máxima 53, sendo a média das idades 31,63 e o desvio padrão 9,14 anos. A média de tempo de serviço em anos é 9,59, o mínimo 2, o máximo 32 e o desvio padrão 6,51 anos. Em CSP, o mínimo de tempo de serviço são igualmente 2 anos, o máximo 20, a média 7,13 anos e o desvio padrão 4,35. Todos estes valores estão representados na tabela 1:

Tabela 1 - Características dos participantes da amostra segundo as variáveis

<i>Variáveis</i>		<i>f<sub>i</sub></i>	<i>Percentagem (%)</i>				
<b>Género</b>	F	43	93				
	M	3	7				
<b>Unidade Funcional em que trabalha</b>	UCSP	29	63				
<b>Conhece o referencial de competências em estudo</b>	USF	14	30				
	UCC	3	7				
<b>Idade</b>	Sim	30	65				
	Não	10	22				
	Não respondeu	6	13				
		<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Tempo de serviço</b>		31,63	30,50	28	9,14	25	53
<b>Tempo de serviço em CSP</b>		9,59	9	3	6,51	2	32
		7,13	6	3	4,35	2	20

## 2.2. Variáveis do estudo

Uma variável caracteriza-se por possuir uma propriedade de variação e atribuição de valores (Fortin, 2009). Neste estudo, existem três conceitos que possuem propriedade de variação e que, de acordo com os objectivos e questões orientadoras do estudo, irão determinar os resultados do mesmo: a compreensão das competências de cuidados gerais refere-se à força do significado atribuído à competência pelo enfermeiro; a concretização das competências refere-se à efectividade na prática da competência no contexto de trabalho; as acções que

operacionalizam as competências são as actuações citadas pelos enfermeiros que resultam do agir com base em determinada competência.

Deste modo, consideram-se variáveis do estudo:

- Nível de compreensão das competências;
- Nível de concretização das competências;
- Acções que concretizam as competências (variável inferida).

### **2.3. Instrumento de colheita de dados**

Foi usado como instrumento de recolha de dados um questionário (anexo 2), por apresentar vantagens na sua distribuição e recolha, permitindo aos enfermeiros responderem no momento em que acharam mais oportuno e reduzindo o risco de haver exposição a influência de opiniões (Gil, 1999).

O questionário elaborado inicialmente foi constituído por 3 partes e sofreu alterações na 3ª parte após a aplicação do pré-teste. A primeira parte do mesmo dispõe de questões de ordem demográfica, como o sexo, a idade, o tempo de serviço, entre outros.

A segunda parte é constituída pela Escala de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (ECECG): uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 e 3, em que 1 corresponde a *nada* e 3 corresponde a *totalmente*, aplicada às 96 competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003), pretendendo medir os seguintes conceitos:

- Compreensão: se atribui um significado à competência;
- Concretização: se põe em prática a competência no seu contexto de trabalho.

O pré-teste foi aplicado a uma amostra de 10 enfermeiros, com o objectivo de verificar se a eficácia e pertinência do questionário e se as questões eram bem compreendidas (Fortin, 2000). Antes da sua aplicação, a terceira parte do questionário era constituída por um espaço para resposta aberta, constituído por linhas, onde os participantes teriam de descrever uma ou mais acções que desenvolviam relativamente às competências concretizadas. Após a sua aplicação, verificou-se alguma subjectividade de respostas na referida parte do questionário, (onde alguns participantes descreveram acções não especificamente para uma

competência, mas sim para conjuntos de competências ou domínios). Desta forma procedeu-se à enumeração de cada linha de resposta, (de 1 a 96), onde cada número representa uma competência.

Assim, a terceira parte do questionário ficou constituída por 96 questões abertas onde é solicitado aos participantes que descrevam uma ou mais acções que desenvolvam relativamente a cada competência que concretizada (as competências cujas respostas estejam compreendidas entre 2 e 3 na escala de tipo *Likert* na variável *concretizo*).

A ECECG revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* a oscilarem entre 0,831 e 0,965 nos três domínios e de 0,971 no total.

#### **2.4. Análise e tratamento dos dados**

O tratamento dos dados teve dois momentos: análise estatística e análise de conteúdo.

A análise estatística foi realizada através do programa informático de estatística, SPSS 16.0. Os resultados foram convertidos para tabelas no Microsoft Excel, a fim de permitir uma rápida observação dos resultados (Fortin, 2000). Na análise foram utilizadas frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas de resumo e coeficiente de correlação de Spearman.

Relativamente aos dados obtidos decorrentes das questões abertas, foi então usada a análise de conteúdo. Esta técnica de investigação consiste numa descrição objectiva, sistemática e quantitativa de um conteúdo manifesto em algum tipo de comunicação (Vala, 1999). É composta genericamente por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2009). Na fase de pré-análise, depois de uma leitura flutuante das respostas de todos os questionários, considerou-se pertinente utilizar todas as frases escritas pelos enfermeiros como material de tratamento de dados, uma vez que a estrutura de resposta do questionário permitiu que os mesmos produzissem respostas objectivas e oportunas. Obedeceu-se às regras da exaustividade (teve-se em conta todas as respostas obtidas), representatividade (as respostas obtidas são de uma amostra representativa da população alvo), pertinência e homogeneidade



(todas as respostas vão ao encontro do tema e dos objectivos do estudo) (Bardin, 2000).

Na segunda fase, a exploração do material, procedeu-se à codificação das respostas e à categorização. A codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exacta das características do conteúdo (Holsti, (1969) citado por Bardin (2009), p. 129). Cada frase relativa a uma competência foi usada como unidade de contexto. Cada unidade de contexto serviu como ponto de partida para a codificação e para determinar as unidades de registo. A unidade de registo, segundo Bardin (2000) define-se como unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem sequencial. Na análise em questão, cada acção descrita pelo enfermeiro constitui uma unidade de registo.

De seguida procedeu-se à categorização das unidades. As categorias representam a variável da análise de conteúdo (Hogenraad, (1984) citado por Vala (1999), p. 110). Neste estudo, a construção do sistema de categorias foi feita *a posteriori*, dada a sua natureza exploratória (Vala, 1999). A classificação dos elementos da análise (unidades de registo) foi realizada usando critérios lexicais (classificação por sentidos próximos) (Bardin, 2000). Este processo obedeceu aos seguintes critérios (Bardin, 2000):

- Exclusão mútua: cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão;
- Homogeneidade: um único princípio de classificação deve governar a sua organização;
- Pertinência: deve estar adaptada ao material da análise de conteúdo;
- Objectividade e fidelidade: as diferentes partes do mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
- Produtividade: um conjunto de categorias deve ser produtivo em novos índices de inferências, em novas hipóteses e em dados exactos.

A concretização de uma competência realiza-se através de uma ou várias *acções* (“*comportamento do enfermeiro na prática*”, OE, 2011b, p. 16) que traduzem a combinação pertinente dos diversos recursos e capacidade para saber gerir determinada situação profissional (Boterf, 2000). Por outro lado consideramos

que um comportamento no âmbito da prática profissional, pode traduzir-se numa intervenção de enfermagem. Desta forma, para dar resposta à questão de investigação, foi utilizada a terminologia da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) versão Beta2. Para cada categoria foi utilizado um termo do Eixo Acção e, para melhor especificar a categoria, pelo menos um termo de outro eixo, dando origem a uma intervenção de enfermagem (OE, 2011b).

Embora neste contexto as intervenções não surjam directamente como “*resposta a um Diagnóstico de Enfermagem*” (OE, 2011b, p. 16), como é previsto na CIPE, é nelas que estão contidas as acções que resultam do *saber gerir* uma situação profissional. Desta forma, a utilização desta terminologia revelou-se importante para assegurar o rigor e objectividade no processo de categorização.

## **2.5. Exigências éticas do estudo**

Os procedimentos éticos para a realização do estudo iniciaram-se com o pedido de autorização formal à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, para a realização do mesmo. Foi apresentado a esta comissão o projecto da investigação em curso, que foi submetido a um parecer e conselho (Malherbe, 1994 citado por Fortin, 2000, p.124) . O parecer obtido foi favorável. Paralelamente foi pedida também autorização formal ao Conselho Executivo do ACES Porto Ocidental, do qual se obteve uma resposta positiva (anexo 3).

Foi anexado a cada questionário uma carta explicativa do estudo para o consentimento informado dos participantes (anexo 4), onde constavam todas as informações relevantes, desde o nome o contacto da investigadora, os objectivos do estudo, o método, a não obrigatoriedade e a confidencialidade na participação (Fortin, 2000). Polit e Hungler (1997) (citados por Streubert e Carpenter (2002), p. 39), referem que “*o anonimato ocorre quando o investigador não consegue relacionar um participante com os dados daquela pessoa*”, assim como “*uma promessa de confidencialidade ao participante é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação*”. Em conformidade,

este estudo assegurara o anonimato e confidencialidade dos participantes, dado que os questionários não foram identificados.



## **Capítulo III:**

# **Apresentação dos Resultados**



# 1. Apresentação e análise dos resultados

## 1.1. Compreensão das competências

Através da análise da tabela que descreve estatisticamente a variável *compreendo* (anexo 5), verificamos que os itens na sua totalidade variam entre o valor mínimo de 1 e o máximo de 3. As médias variam entre 2,29 e 2,90 e o desvio padrão entre 0,158 e 0,749.

Os 20 itens que apresentam uma média mais elevada possuem um mínimo de 2 e um máximo de 3, as suas médias variam entre 2,98 e 2,92 e o desvio padrão entre 0,158 e 0,273 (quadro 3).

Quadro 3 - Descrição das competências mais compreendidas

Competência (N.º)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
34	2,98	0,158	2	3
49	2,97	0,160	2	3
63	2,97	0,162	2	3
1	2,95	0,221	2	3
41	2,95	0,221	2	3
96	2,95	0,223	2	3
8	2,95	0,226	2	3
9	2,95	0,226	2	3
10	2,95	0,226	2	3
54	2,95	0,226	2	3
66	2,95	0,226	2	3
2	2,95	0,221	2	3
77	2,93	0,267	2	3
83	2,93	0,267	2	3

75	2,92	0,267	2	3
92	2,92	0,270	2	3
74	2,92	0,273	2	3
64	2,92	0,273	2	3
53	2,92	0,273	2	3
20	2,92	0,273	2	3

Verificamos que a competência mais compreendida corresponde à 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde*), que se enquadra no domínio “Prestação e gestão dos cuidados” e no sub-domínio “Promoção da saúde”. De seguida encontram-se as competências 49 (*Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores*), e 63 (*Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara*), ambas com a mesma média. Pertencem ao domínio B – Prestação e gestão dos cuidados, a primeira ao sub-domínio “Planeamento” e a segunda ao sub-domínio “Comunicação e relações interpessoais”.

Os 20 itens que apresentam uma média mais baixa na variável *compreendo* apresentam um mínimo de 1 e um máximo de 3, as médias variam entre 2,29 e 2,64 e o desvio padrão entre 0,749 e 0,537 (quadro 4).

Quadro 4 - Descrição das competências menos compreendidas

Competência (N.º)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
31	2,29	0,680	1	3
81	2,36	0,692	1	3
27	2,37	0,623	1	3
39	2,37	0,623	1	3
44	2,47	0,716	1	3
32	2,48	0,599	1	3



69	2,48	0,679	1	3
57	2,49	0,597	1	3
28	2,51	0,601	1	3
45	2,51	0,675	1	3
90	2,55	0,749	1	3
40	2,56	0,594	1	3
80	2,60	0,627	1	3
89	2,61	0,547	1	3
21	2,62	0,544	1	3
52	2,62	0,594	1	3
72	2,62	0,661	1	3
25	2,63	0,541	1	3
24	2,64	0,537	1	3
43	2,64	0,537	1	3

Através da análise da tabela 3, verificamos que a competência com menor nível de compreensão é a n.º 31 (*Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe*), que se enquadra no domínio B, “Prestação e gestão dos cuidados”, no sub-domínio “Princípios chave da prestação de cuidados”. De seguida, a competência 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*), que faz parte do mesmo domínio, afecta ao sub-domínio “Delegação e supervisão”. Por último as competências 27 (*Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde*) e 39 (*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades*), que possuem iguais valores de média e desvio padrão, e pertencem ao domínio B, aos sub-domínios “Princípios chave da prestação e gestão dos cuidados” e “Promoção da saúde”, respectivamente, são as terceiras competências menos compreendidas.

## 1.2. Concretização das competências

A análise da tabela relativa à descrição estatística da variável *concretizo* (anexo 5), permite verificar que os itens variam entre o valor mínimo de 1 e o máximo de 3. As médias situam-se entre os valores 2,02 e 2,89 e o desvio padrão varia entre 0,315 e 0,821.

Através da análise do quadro 5, que representa os itens com média mais elevada na variável *concretizo*, verificamos que os mesmos variam entre um mínimo de 2 e máximo de 3, com a excepção dos itens 49 e 18 que apresentam um mínimo de 1 e máximo de 3. As médias variam entre 2,78 e 2,89 e o desvio padrão varia entre 0,315 e 0,471.

Quadro 5 – Descrição das competências mais concretizadas

Competência (N.º)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
8	2,89	0,315	2	3
9	2,89	0,315	2	3
17	2,89	0,318	2	3
1	2,87	0,344	2	3
53	2,87	0,344	2	3
5	2,86	0,344	2	3
83	2,86	0,351	2	3
76	2,84	0,367	2	3
92	2,84	0,367	2	3
96	2,84	0,367	2	3
70	2,84	0,370	2	3
54	2,82	0,387	2	3
63	2,82	0,387	2	3
41	2,81	0,394	2	3

49	2,81	0,455	1	3
74	2,80	0,408	2	3
93	2,80	0,408	2	3
66	2,78	0,420	2	3
18	2,78	0,471	1	3
2	2,78	0,417	2	3

Os três primeiros itens apresentam uma média de 2,89, correspondendo às três competências com maior nível de concretização. São elas a competência n.º 8 (*Respeita o direito dos clientes no acesso à informação*), 9 (*Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional*) e 17 (*Prática de acordo com a legislação aplicável*). As três competências mais concretizadas pertencem ao domínio A – “Prática profissional, ética e legal”, sendo que as primeiras duas (8 e 9) fazem parte do sub-domínio “Prática segundo a ética” e a terceira (17) pertence ao sub-domínio “Prática legal”.

Os 20 itens que apresentam média mais baixa na variável *concretizo* (quadro 6) variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 3, com exceção do item 27 que tem um mínimo de 2 e um máximo de 3. As médias variam entre 2,02 e 2,43 e o desvio padrão varia entre 0,821 e 0,496.

Quadro 6 – Descrição das competências menos concretizadas

Competência (N.º)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
90	2,02	0,821	1	3
57	2,07	0,531	1	3
31	2,15	0,662	1	3
81	2,15	0,691	1	3
89	2,20	0,594	1	3
80	2,24	0,663	1	3
72	2,27	0,708	1	3

39	2,29	0,559	1	3
45	2,29	0,636	1	3
69	2,31	0,604	1	3
44	2,32	0,610	1	3
52	2,36	0,645	1	3
22	2,37	0,540	1	3
27	2,40	0,496	2	3
32	2,40	0,544	1	3
59	2,42	0,621	1	3
78	2,42	0,663	1	3
87	2,43	0,501	2	3
46	2,43	0,545	1	3
24	2,43	0,587	1	3

A competência que apresenta um menor nível de concretização corresponde à n.º 90 (*Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade*), que se enquadra no domínio C – “Desenvolvimento profissional”, no sub-domínio “Melhoria da qualidade. Seguidamente apresenta-se a competência 57 (*Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe*), que faz parte do domínio B – “Prestação e gestão de cuidados” e do sub-domínio “ Execução”. Em terceiro lugar seguem as competências 31 (*Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe*) e 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*). Ambas pertencem ao domínio B – “Prestação e gestão de cuidados”, sendo que a primeira faz parte do sub-domínio “Princípios chave da prestação e gestão dos cuidados” e a segunda da “Delegação e supervisão”.

### **1.3. Descrição das variáveis *compreendo* e *concretizo* relativamente aos domínios**

O quadro 7 traduz a descrição estatística relativamente aos 96 itens agrupados nos respectivos domínios.

Quadro 7 – Descrição das variáveis nos domínios A (Prática profissional, ética e legal), B (Prestação e gestão dos cuidados) e C (Desenvolvimento profissional)

<b>Domínio e Variável</b>	<b>N.º</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>A – Prática profissional, ética e legal</b> <i>Compreendo</i>	46	2,39	3,00	2,87	0,170
<b>A - Prática profissional, ética e legal</b> <i>Concretizo</i>	46	2,06	3,00	2,72	0,248
<b>B – Prestação e gestão dos cuidados</b> <i>Compreendo</i>	46	1,81	3,00	2,74	0,258
<b>B - Prestação e gestão dos cuidados</b> <i>Concretizo</i>	46	1,88	3,00	2,55	0,295
<b>C – Desenvolvimento profissional</b> <i>Compreendo</i>	46	1,86	3,00	2,83	0,278
<b>C – Desenvolvimento profissional</b> <i>Concretizo</i>	46	1,80	3,00	2,58	0,330

Através da análise da tabela, verifica-se que o domínio que apresenta uma média mais elevada relativamente à variável *compreendo* é o A, com 2,87. O desvio padrão é de 0,170. Deste modo, o domínio “Prática profissional, ética e legal” é aquele que apresenta um maior nível médio de compreensão nas competências, relativamente aos restantes domínios. É também aquele que apresenta menos variação nas respostas, uma vez que tem o menor desvio padrão médio. O domínio B – “Prestação e gestão dos cuidados” detém a menor média relativamente à variável *compreendo* (2,74), sendo o domínio com menor nível médio de compreensão nas respectivas competências.

Relativamente à variável *concretizo*, mais uma vez o domínio A possui uma média mais elevada (2,72), e menor desvio padrão (0,248). Assim, a “Prática profissional, ética e legal” apresenta maiores níveis de concretização nas suas competências, com menor variação nas respostas obtidas. O domínio B possui uma média inferior na variável *concretizo* (2,55), em relação aos restantes domínios, sendo a “Prestação e gestão de cuidados” o domínio com menor nível de concretização das competências. No entanto, a diferença deste valor é pouco significativa em relação ao domínio C – “Desenvolvimento profissional”, cuja média é 2,58.

Considerou-se pertinente fazer uma análise em particular ao sub-domínio “*Promoção da Saúde*”, comparando os resultados com o seu domínio (B) e com os 96 itens. As competências que apresentam maiores níveis de compreensão foram as 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde*), com uma média de 2,98, e 41 (*Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem*), com uma média de 2,95. Os mínimos relativos a esta categoria pertencem às competências 39 (*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades*), com média de 2,37 e 32 (*Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais*), com média de 2,48. Relativamente aos níveis de concretização, os máximos pertencem às competências 41 (*Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem*), com média de 2,81, e 33 (*Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades*), com média de 2,74. As competências menos concretizadas no sub-domínio são as 39 (*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças*

sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades) e 32 (*Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais*), com médias de 2,29 e 2,40, respectivamente.

Os resultados resumem-se no quadro seguinte:

Quadro 8 – Descrição do sub-domínio “*Promoção da saúde*”

	Máximo	Mínimo	Média	Média do domínio B	Média total (96 itens)
Compreendo	2,98	2,37	2,72	2,74	2,81
Concretizo	2,81	2,29	2,59	2,55	2,62

#### 1.4. Variável *compreendo* e variável *concretizo*

Através do cálculo do coeficiente de Spearman, verificamos que existe uma correlação positiva entre as variáveis *compreendo* e *concretizo* (quadro 9). Verifica-se que esta relação é substancialmente positiva nos domínios A ( $r_s=0,615$ ) e B ( $r_s=0,696$ ) e moderada no domínio C ( $r_s=0,452$ ).

Quadro 9 – Correlação entre a compreensão e concretização das competências em cada domínio

Variáveis	Coefficiente de Spearman ( $r_s$ )
A <i>compreendo</i> e A <i>concretizo</i>	0,615
B <i>compreendo</i> e B <i>concretizo</i>	0,696
C <i>compreendo</i> e C <i>concretizo</i>	0,452

Dada a correlação positiva entre as variáveis, é importante verificar se esta correlação se mantém especificamente nas competências:

- Com médias das variáveis *compreendo* e *concretizo* simultaneamente altas;
- Com médias das variáveis *compreendo* e *concretizo* simultaneamente baixas;
- Com média da variável *compreendo* alta e *concretizo* baixa;

Assim, com média simultaneamente mais alta nas duas variáveis consideramos as competências: 17, 1, 8 e 9. Com média simultaneamente mais baixa nas variáveis *compreendo* e *concretizo*, encontramos as competências 31 e 81. Por último, consideramos as competências 90, 57 e 78 como as que apresentam maior diferença nas médias entre as duas variáveis.

No quadro 10 apresentamos esses itens e os valores de correlação que produziram:

Quadro 10 – Correlação entre a compreensão e concretização das competências 17, 1, 8, 9, 31, 81, 90, 57 e 78.

Competência (N.º)	Média		Coeficiente de Spearman ( $r_s$ )
	Compreendo	Concretizo	
17	2,89	2,89	0,884
1	2,95	2,87	0,550
8	2,95	2,89	0,611
9	2,95	2,89	0,611
31	2,29	2,15	0,490
81	2,36	2,15	0,300
90	2,55	2,02	0,435
57	2,49	2,07	0,361
78	2,83	2,42	0,408

O item 17 (*Pratica de acordo com a legislação aplicável*) apresenta a mesma média nas duas variáveis (2,89), o que resulta numa correlação positiva muito forte entre as duas variáveis ( $r_s=0,884$ ).

Os itens 1 (*Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora*), 8 (*Respeita o direito dos clientes no acesso à*



*informação*) e 9 (*Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional*) apresentam simultaneamente médias elevadas na variável *compreendo* e à variável *concretizo*. As suas correlações são substanciais (0,550 e 0,611).

Os itens 31 (*Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe*) e 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*) possuem as médias mais baixas das variáveis *compreendo* e *concretizo* em simultâneo. Nestes dois itens o nível e correlação é mais baixo (moderado).

Verifica-se também que os itens 90 (*Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade*), 57 (*Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe*) e 78 (*Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde*) são aqueles que apresentam uma maior divergência entre a média na variável *compreendo* e a média na variável *concretizo*. Os níveis de correlação variam entre 0,361 e 0,435, sendo uma correlação moderada.

Verificamos que existe sempre uma correlação positiva entre as variáveis. Apesar de ser mais baixa em determinados itens, é sempre moderada. Isto significa que o valor da variável *compreendo* está associado ao valor da variável *concretizo*. Esta associação mostrou-se mais forte nos itens 17, 1, 8 e 9 e menos forte nos itens 81, 90, 57 e 78.

## **2. Operacionalização das competências**

Verificamos que existem competências que não obtiveram resposta, não havendo assim nenhuma categoria atribuída. Foram elas as competências: 14 (*Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados*), 18 (*Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros*), 30 (*Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura*), 31 (*Demonstra compreender os planos de emergência para*

*uma situação de catástrofe*), 39 (*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidade*), 49 (*Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores*), 62 (*Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência*), 69 (*Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais*), 80 (*Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática*), 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*) e 82 (*Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros*). Podemos associar a ausência de resposta a algumas destas competências, nomeadamente as 31, 39, 69, 80 e 81 ao baixo nível de concretização das mesmas, já descrito na estatística quantitativa.

Da análise de conteúdo dos dados das respostas obtidas (anexo 6) resultaram as seguintes categorias:

- C<sub>1</sub> - Documentar processamento da informação.
- C<sub>2</sub> - Realizar plano de cuidados.
- C<sub>3</sub> - Proteger direito do cliente.
- C<sub>4</sub> - Informar o cliente sobre intervenções.
- C<sub>5</sub> - Solicitar colaboração de serviços de saúde.
- C<sub>6</sub> - Colaborar com serviços de saúde.
- C<sub>7</sub> - Proteger crenças.
- C<sub>8</sub> - Avaliar plano de cuidados em grupo.
- C<sub>9</sub> - Orientar o cliente para tomada de decisão.
- C<sub>10</sub> - Adequar informação ao cliente.
- C<sub>11</sub> - Informar o cliente sobre cicatrização da ferida.
- C<sub>12</sub> - Gerir o processo clínico.
- C<sub>13</sub> - Dar poder ao cliente
- C<sub>14</sub> - Identificar riscos para a saúde.
- C<sub>15</sub> - Controlar a segurança.
- C<sub>16</sub> - Implementar plano de cuidados.
- C<sub>17</sub> - Actuar de acordo com as linhas de orientação.
- C<sub>18</sub> - Vacinar de acordo com linhas de orientação.
- C<sub>19</sub> - Apoiar na gestão da emoção.
- C<sub>20</sub> - Utilizar técnica asséptica.
- C<sub>21</sub> - Avaliar atitude face ao regime de tratamento.
- C<sub>22</sub> - Avaliar os resultados.
- C<sub>23</sub> - Alterar o plano de cuidados.
- C<sub>24</sub> - Assegurar continuidade dos cuidados.
- C<sub>25</sub> - Estabelecer prioridades para os cuidados.

- C<sub>26</sub> - Estabelecer a confiança.
- C<sub>27</sub> - Avaliar o status social no processo de cuidar.
- C<sub>28</sub> - Avaliar o status fisiológico no processo de cuidar.
- C<sub>29</sub> - Avaliar o status psicológico no processo de cuidar.
- C<sub>30</sub> - Avaliar o papel do indivíduo na família.
- C<sub>31</sub> - Avaliar o papel do indivíduo na comunidade.
- C<sub>32</sub> - Ensinar a comunidade.
- C<sub>33</sub> - Providenciar material educativo.
- C<sub>34</sub> - Ensinar o cliente sobre hábitos alimentares.
- C<sub>35</sub> - Ensinar o cliente sobre sexualidade.
- C<sub>36</sub> - Ensinar cliente sobre auto-cuidado.
- C<sub>37</sub> - Ensinar o cliente sobre desenvolvimento infantil.
- C<sub>38</sub> - Ensinar o prestador de cuidados.
- C<sub>39</sub> - Ensinar a família.
- C<sub>40</sub> - Avaliar a cognição.
- C<sub>41</sub> - Envolver o prestador de cuidados no processo de cuidar.
- C<sub>42</sub> - Orientar para serviços de saúde.
- C<sub>43</sub> - Monitorizar a ferida.
- C<sub>44</sub> - Prestar os primeiros socorros.
- C<sub>45</sub> - Avaliar o papel do prestador de cuidados.
- C<sub>46</sub> - Orientar a implementação de plano de cuidados.
- C<sub>47</sub> - Supervisionar cuidados.

Verificamos, através da análise do quadro 11, que existem competências com maior e menor frequência de respostas, assim como maior e menor variabilidade das mesmas, que se traduz em mais e menos categorias. Com maior número unidade de registo destacam-se as competências 3 (*Consulta peritos de enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício*), 4 (*Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício*), 10 (*Respeita o direito do cliente à privacidade*) e 26 (*Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo*).

As competências que apresentam maior número de categorias atribuídas são as 26 (*Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo*), 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde*) e 46 (*Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores*).

Destacam-se ainda, por apresentarem um número considerável do total das unidades de registo pertencentes à mesma categoria, as competências 2 (*Reconhece os limites do seu papel e da sua competência*), 3 (*Consulta peritos de*

enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício), 4 (Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício), 10 (Respeita o direito do cliente à privacidade), 52 (Documenta o plano de cuidados), 55 (Documenta a implementação das intervenções), 83 (Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem) e 92 (Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências). Estas competências apresentam assim maior aproximação de significados das acções descritas.

Quadro 11 – Distribuição da frequência das categorias pelas competências do enfermeiro de cuidados gerais

Competência	Categoria	Frequência
1	C <sub>1</sub>	2
	C <sub>2</sub>	1
	C <sub>3</sub>	2
	C <sub>4</sub>	1
2	C <sub>3</sub>	1
	C <sub>5</sub>	5
3	C <sub>5</sub>	9
4	C <sub>5</sub>	11
	C <sub>6</sub>	1
5	C <sub>3</sub>	2
	C <sub>7</sub>	1
6	C <sub>8</sub>	1
	C <sub>9</sub>	2
7	C <sub>3</sub>	2
8	C <sub>3</sub>	1
	C <sub>4</sub>	2
	C <sub>10</sub>	2
	C <sub>11</sub>	1
9	C <sub>3</sub>	5
	C <sub>12</sub>	1
10	C <sub>3</sub>	6
	C <sub>13</sub>	2
11	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>3</sub>	1
	C <sub>4</sub>	1
	C <sub>13</sub>	1

12	C <sub>3</sub>	3
	C <sub>14</sub>	1
	C <sub>15</sub>	1
13	C <sub>5</sub>	1
	C <sub>15</sub>	1
14	-----	-----
15	C <sub>7</sub>	1
16	C <sub>3</sub>	2
	C <sub>16</sub>	1
17	C <sub>17</sub>	2
	C <sub>18</sub>	1
18	-----	-----
19	C <sub>3</sub>	2
20	C <sub>2</sub>	1
	C <sub>3</sub>	1
	C <sub>19</sub>	1
	C <sub>20</sub>	2
21	C <sub>17</sub>	2
22	C <sub>8</sub>	1
23	C <sub>21</sub>	1
	C <sub>22</sub>	1
	C <sub>23</sub>	1
24	C <sub>17</sub>	3
25	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>17</sub>	2
26	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>2</sub>	2
	C <sub>17</sub>	1

	C <sub>24</sub>	3
	C <sub>25</sub>	2
27	C <sub>3</sub>	4
28	C <sub>26</sub>	2
29	C <sub>10</sub>	2
30	-----	-----
31	-----	-----
32	C <sub>27</sub>	1
33	C <sub>6</sub>	3
	C <sub>24</sub>	2
34	C <sub>27</sub>	1
	C <sub>28</sub>	1
	C <sub>29</sub>	1
	C <sub>30</sub>	2
	C <sub>31</sub>	1
35	C <sub>32</sub>	2
36	C <sub>2</sub>	1
	C <sub>17</sub>	1
	C <sub>33</sub>	1
37	C <sub>34</sub>	1
38	C <sub>35</sub>	1
39	-----	-----
40	C <sub>36</sub>	2
41	C <sub>32</sub>	2
	C <sub>37</sub>	1
	C <sub>38</sub>	1
	C <sub>39</sub>	2
42	C <sub>13</sub>	1
	C <sub>19</sub>	1
	C <sub>32</sub>	2
	C <sub>39</sub>	1
43	C <sub>4</sub>	1
	C <sub>21</sub>	1
	C <sub>40</sub>	3
44	C <sub>9</sub>	1
	C <sub>22</sub>	1
45	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>22</sub>	1
46	C <sub>2</sub>	2
	C <sub>4</sub>	2
	C <sub>13</sub>	1
	C <sub>24</sub>	1
	C <sub>41</sub>	1
47	C <sub>5</sub>	3
	C <sub>42</sub>	1
48	C <sub>10</sub>	1

	C <sub>40</sub>	1
49	-----	-----
50	C <sub>43</sub>	1
51	C <sub>21</sub>	1
	C <sub>22</sub>	1
52	C <sub>1</sub>	5
53	C <sub>16</sub>	2
54	C <sub>3</sub>	2
	C <sub>13</sub>	1
	C <sub>26</sub>	1
	C <sub>40</sub>	1
55	C <sub>1</sub>	4
56	C <sub>23</sub>	1
57	C <sub>5</sub>	1
	C <sub>42</sub>	1
	C <sub>44</sub>	1
58	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>2</sub>	1
	C <sub>45</sub>	1
59	C <sub>2</sub>	1
	C <sub>4</sub>	1
	C <sub>8</sub>	1
	C <sub>13</sub>	1
60	C <sub>8</sub>	1
	C <sub>23</sub>	2
61	C <sub>19</sub>	3
	C <sub>26</sub>	3
62	-----	-----
63	C <sub>10</sub>	3
	C <sub>40</sub>	1
64	C <sub>26</sub>	2
65	C <sub>9</sub>	1
	C <sub>39</sub>	1
66	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>33</sub>	1
67	C <sub>17</sub>	1
68	C <sub>14</sub>	1
	C <sub>15</sub>	1
	C <sub>17</sub>	1
69	-----	-----
70	C <sub>1</sub>	1
	C <sub>15</sub>	2
	C <sub>17</sub>	1
71	C <sub>20</sub>	3
72	C <sub>6</sub>	2
73	C <sub>6</sub>	1

	C <sub>8</sub>	1
74	C <sub>6</sub>	1
	C <sub>8</sub>	1
	C <sub>8</sub>	1
75	C <sub>8</sub>	1
76	C <sub>8</sub>	1
77	C <sub>8</sub>	2
78	C <sub>8</sub>	2
79	C <sub>3</sub>	1
	C <sub>8</sub>	1
	C <sub>13</sub>	1
80	-----	-----
81	-----	-----
82	-----	-----
83	C <sub>15</sub>	1
	C <sub>26</sub>	5
84	C <sub>6</sub>	1
85	C <sub>17</sub>	1

86	C <sub>6</sub>	1
	C <sub>17</sub>	2
87	C <sub>3</sub>	2
88	C <sub>46</sub>	1
89	C <sub>6</sub>	1
	C <sub>17</sub>	3
90	C <sub>6</sub>	1
91	C <sub>8</sub>	1
92	C <sub>17</sub>	7
93	C <sub>17</sub>	4
94	C <sub>17</sub>	1
	C <sub>47</sub>	4
95	C <sub>47</sub>	2
96	C <sub>6</sub>	1
	C <sub>8</sub>	2
	C <sub>17</sub>	4

Tendo em conta as competências mais concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP (apresentadas n quadro 4), torna-se importante fazer a análise dos resultados de forma a perceber de que forma estas competências são concretizadas/operacionalizadas, tal como é referido num dos objectivos deste estudo. O quadro que se segue reúne estes resultados para as 10 competências mais concretizadas do referencial e as respectivas acções que as operacionalizam:

Quadro 12 – Acções que operacionalizam as competências mais concretizadas pelos enfermeiros

Competência	Acções/Intervenções
8 Respeita o direito dos clientes no acesso à informação.	<i>Proteger direito do cliente; Informar o cliente sobre intervenções; Adequar informação ao cliente; Informar o cliente sobre cicatrização da ferida.</i>
9 Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	<i>Proteger direito do cliente; Gerir o processo clínico.</i>
17 Pratica de acordo com a legislação aplicável.	<i>Actuar de acordo com as linhas de orientação; Vacinar de acordo com linhas de orientação.</i>

1 Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	<i>Documentar processamento da informação; Realizar plano de cuidados; Proteger direito do cliente; Informar o cliente sobre intervenções.</i>
53 Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os resultados esperados.	<i>Implementar plano de cuidados.</i>
5 Exerce de acordo com o código deontológico.	<i>Proteger direito do cliente; Proteger crenças.</i>
83 Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	<i>Controlar a segurança; Estabelecer a confiança.</i>
76 Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	<i>Avaliar plano de cuidados em grupo.</i>
92 Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	<i>Actuar de acordo com as linhas de orientação.</i>
96 Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	<i>Colaborar com serviços de saúde; Avaliar plano de cuidados em grupo; Actuar de acordo com as linhas de orientação.</i>

Focando a análise das categorias e organizando as suas frequências tendo em conta todo o referencial de competências, podemos observar as suas variações, havendo várias com repetições significativamente maiores, tal como está descrito no quadro 13:

Quadro 13 – Frequência absoluta das categorias resultantes da análise

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>
C <sub>1</sub>	18
C <sub>2</sub>	8
C <sub>3</sub>	37
C <sub>4</sub>	8
C <sub>5</sub>	30
C <sub>6</sub>	13

C <sub>7</sub>	2
C <sub>8</sub>	18
C <sub>9</sub>	4
C <sub>10</sub>	7
C <sub>11</sub>	1
C <sub>12</sub>	1
C <sub>13</sub>	8

C <sub>14</sub>	2
C <sub>15</sub>	6
C <sub>16</sub>	3
C <sub>17</sub>	37
C <sub>18</sub>	1
C <sub>19</sub>	3
C <sub>20</sub>	5
C <sub>21</sub>	2
C <sub>22</sub>	4
C <sub>23</sub>	4
C <sub>24</sub>	5
C <sub>25</sub>	2
C <sub>26</sub>	13
C <sub>27</sub>	2
C <sub>28</sub>	1
C <sub>29</sub>	1
C <sub>30</sub>	2

C <sub>31</sub>	1
C <sub>32</sub>	6
C <sub>33</sub>	2
C <sub>34</sub>	1
C <sub>35</sub>	1
C <sub>36</sub>	2
C <sub>37</sub>	1
C <sub>38</sub>	1
C <sub>39</sub>	4
C <sub>40</sub>	6
C <sub>41</sub>	1
C <sub>42</sub>	2
C <sub>43</sub>	1
C <sub>44</sub>	1
C <sub>45</sub>	1
C <sub>46</sub>	1
C <sub>47</sub>	6

Deste modo, as categorias C<sub>1</sub>- *Documentar processamento da informação*, C<sub>3</sub> - *Proteger direito do cliente*, C<sub>5</sub> - *Solicitar colaboração de serviços de saúde*, C<sub>8</sub> - *Avaliar plano de cuidados em grupo*, C<sub>17</sub>-*Actuar de acordo com as linhas de orientação* e C<sub>26</sub> - *Estabelecer a confiança*, são as que apresentam maior frequência de unidades de registo na totalidade das competências.

Avaliando a distribuição das categorias por domínios, podemos perceber quais as categorias mais comuns em cada domínio. O quadro seguinte apresenta as categorias/acções mais representativas em cada domínio do referencial de competências.

Quadro 14 – Acções representativas dos domínios do referencial de competências

Domínio	Acções
A – Prática profissional, ética e legal.	<i>Proteger direito do cliente;</i> <i>Solicitar colaboração de serviços de saúde.</i>
B – Prestação e gestão dos cuidados.	<i>Documentar processamento da</i>



	<i>informação;</i> <i>Avaliar plano de cuidados em grupo;</i> <i>Actuar de acordo com as linhas de orientação.</i>
C – Desenvolvimento profissional	<i>Actuar de acordo com as linhas de orientação;</i> <i>Supervisionar cuidados.</i>

As categorias mais significativas do domínio A (Prática profissional, ética e legal), são a C<sub>3</sub> - *Proteger direito do cliente* e a C<sub>5</sub> - *Solicitar colaboração de serviços de saúde*, pois são as que apresentam maior frequência.

O domínio B (Prestação e gestão dos cuidados) é o que apresenta maior número de categorias, pois é o domínio que possui o maior número de competências (tabela 13). As categorias mais comuns são a C<sub>1</sub> - *Documentar processamento da informação*, C<sub>8</sub> - *Avaliar plano de cuidados em grupo* e C<sub>17</sub> - *Actuar de acordo com as linhas de orientação*.

No que diz respeito ao domínio C (Desenvolvimento profissional), as categorias mais representativas foram novamente a C<sub>17</sub> - *Actuar de acordo com as linhas de orientação* e a C<sub>47</sub> - *Supervisionar cuidados* (tabela 14). De salientar esta última categoria que, além de ser representativa deste domínio, é também exclusiva no mesmo.



## **Capítulo IV:**

# **Discussão dos resultados**



## 1. Compreensão e concretização das competências

Os resultados traduzem um elevado alto nível de compreensão das competências 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes de saúde*), 49 (*Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou colaboradores*) e 63 (*Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara*). Este resultado traduz que os enfermeiros percebem conhecer o significado destas competências, ou seja, os elementos e conteúdos que as constituem. A competência 49 (*Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou colaboradores*) coincide também com a competência mais percebida, em conformidade com o estudo de Mendonça (2009), em que um dos objectivos se centrava no reconhecimento da percepção e aplicabilidade das competências em enfermagem.

As competências menos compreendidas quanto aos seus significados são as 31 (*Demonstra compreender planos de emergência para uma situação de catástrofe*), 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*), 27 (*Demonstra compreender os processos de direito associados aos cuidados de saúde*) e 39 (*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades*).

De acordo com a teoria de Boterf (2000 p.145), o *saber compreender* é um *saber teórico* que se adquire ao nível da formação formal, inicial e contínua. Deste modo, o nível de compreensão do significado de uma competência poderá estar directamente relacionado com o saber teórico relativo aos conteúdos que a compõem.

Assim, de acordo com os resultados relativos a esta variável, os níveis de compreensão poderão evidenciar maior saber teórico relativamente aos conceitos relacionados com a perspectiva holística, estabelecimento de prioridades para os cuidados e o tratamento de informação clara e apropriada ao utente/cuidador. Estes são conteúdos transversais, o que explica o facto de serem muito abordados

ao nível da formação inicial e nas formações contínuas. Ao invés, os resultados demonstram menor nível de compreensão que poderá resultar de menor saber teórico relativo aos conceitos relacionados com a compreensão de planos de emergência e catástrofe, estratégias de super visão e delegação de cuidados, direito na saúde e as práticas tradicionais relacionadas com as crenças de saúde. Estes resultados podem traduzir que estes conteúdos, apesar de serem abordados na formação inicial, poderão ser menos revistos a nível da formação contínua dos enfermeiros.

Relativamente à variável *concretizo*, as quatro competências com mais alto nível de concretização, ou seja, de prática efectiva no contexto de trabalho pertencem todas ao domínio *Prática profissional, ética e legal*. São as competências 8 (*Respeita o direito dos clientes no acesso à informação*), 9 (*Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional*), 17 (*Prática de acordo com a legislação aplicável*) e 1 (*Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos que elabora*). Estes resultados estão parcialmente em concordância com o estudo de Mendonça (2009), em que a competência mais aplicada é a 1 (*Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora*).

Assim, as competências mais concretizadas pelos enfermeiros da amostra pertencem ao domínio *Prática Profissional, ética e legal*. Este facto deverá ser certamente influenciado pela base regulamentar e deontológica característica da profissão de enfermagem, legislados pelo Decreto-lei n.º 161/96 de 04/09 (REPE) e pela Lei n.º 111/2009 de 16/09 (código deontológico). Este resultado pode manter-se mesmo quando comparado com outras profissões, uma vez que os valores da enfermagem traduzem a sua responsabilidade em relação à pessoa de quem se cuida, como o suporte, justiça social, liberdade individual, dignidade, autonomia e privacidade (Itzhaky et al, 2004).

A competência menos concretizada, 90 (*Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade*), está directamente relacionada com elementos de *colaboração, continuidade e participação* (Cresci-Project 2006-2008) e com os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (2001). De acordo com o nível de concretização desta competência, verificamos que ela é pouco praticada pelos enfermeiros de cuidados gerais em CSP. Analisando o nível de compreensão, verificamos que este é

ligeiramente superior ao nível de concretização. Isto leva-nos a concluir que, apesar de dos enfermeiros conhecerem a existência de programas de melhoria contínua da qualidade e de procedimentos de garantia da qualidade, não participam de igual forma nos mesmos. Este resultado poderá estar relacionado com a inexistência destes programas em algumas unidades funcionais onde os enfermeiros trabalham, a nível dos CSP.

As competências 57 (*Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe*) e 31 (*Demonstra compreender os planos de emergência para um situação de catástrofe*) estão também entre as menos concretizadas. A não concretização efectiva destas competências está certamente relacionada com a baixa frequência na ocorrência de situações de emergência no âmbito nos cuidados primários, bem como na raridade de ocorrência de situações de catástrofe (quer naturais, quer provocadas pelo homem), o que leva a um deficit de experiência relativa aos conteúdos que as constituem, afectando assim os seus níveis de concretização.

Por último, a competência 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*) foi a quarta competência menos concretizada. É de salientar que a mesma constitui uma das competências menos compreendidas.

O domínio *Prática profissional, ética e legal* detém melhores níveis médios de compreensão e concretização das competências, respectivamente. Isto leva-nos a concluir que as competências que compõem este domínio são aquelas melhor compreendidas, bem como mais concretizadas pelos enfermeiros participantes. Os mesmos resultados se verificam num estudo realizado para avaliar o grau de auto-eficácia específica nas competências de cuidados gerais em alunos finalistas do curso de licenciatura em enfermagem, onde se verificou que os maiores níveis de auto-eficácia estavam relacionados com a prática ético moral e competências éticas (Oliveira, 2010). Deste modo, os níveis altos de compreensão e concretização no domínio *Prática profissional, ética e legal* podem estar relacionados com a formação dos seus conteúdos no curso de licenciatura.

O domínio *Prestação e gestão dos cuidados* apresenta menores níveis médios de compreensão, bem como de concretização. É importante lembrar que este domínio é constituído por competências relacionadas com a promoção da saúde, comunicação e relações interpessoais e processo de enfermagem, sendo estes

conteúdos essenciais na concretização dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP. Podemos concluir que factores estarão a influenciar a baixa compreensão das competências relacionadas com a *Prestação e gestão dos cuidados*, bem como a sua concretização, relacionados com a formação (inicial ou contínua), aspectos pessoais relativos aos enfermeiros ou aspectos relacionados com o contexto de trabalho (Boterf, 2000).

Analisando em particular para o sub domínio “*Promoção da saúde*”, verificamos que, apesar da competência mais compreendida em todo o referencial, 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes de saúde*), corresponder a este sub-domínio, o nível médio de compreensão das competências (2,72) é ligeiramente inferior à média do domínio B (2,74), e à média total da variável *compreendo* (2,81). Relativamente à variável *concretizo*, verifica-se uma ligeira alteração. A média do sub-domínio “*Promoção da saúde*” (2,59), é ligeiramente superior à média do domínio B em que se insere, sendo no entanto inferior à média total da variável *concretizo* (2,62). Deste modo verificamos que a promoção da saúde é uma área cuja concretização é destacada no contexto da prestação e gestão dos cuidados, não sendo no entanto muito evidenciada nesta população quando inserida em todo o referencial de competências.

Existem algumas alterações no *score* das competências mais e menos concretizadas, quando comparadas com a variável *compreendo*. De um modo geral, as competências são sempre mais compreendidas do que concretizadas. Este resultado está de acordo com o estudo de Mendonça (2009), quando refere que os enfermeiros conseguem perceber o significado das competências, mostrando embora dificuldades em aplicá-las nos contextos diários, parecendo existir uma barreira cognitivo-atitudinal entre a percepção e a aplicação prática. Assim conclui-se que a compreensão do significado de uma competência não é o suficiente para levar a cabo a sua concretização. A concretização de uma competência é um processo (Boterf, 2000) e está relacionada com a combinação pertinente de diversos recursos e capacidades, incluindo os saberes teóricos. Deste modo, comprova-se, tal como já foi referido, que outros factores influenciam o desenvolvimento de competências, tais como a experiência, as expectativas externas, a oportunidades de transição de uma função para um novo contexto de



trabalho, as recompensas internas e a formação (inicial e contínua) (Khomeiran et al, 2007).

De acordo com os resultados, existem dois factores que traduzem a influência da compreensão de uma competência sobre a concretização da mesma: a correlação positiva entre as variáveis e os níveis de compreensão sempre iguais ou superiores aos níveis de concretização (excepto no item 27).

O domínio em que esta influência é mais forte (substancialmente positiva) é o B – Prestação e gestão dos cuidados (correlação mais alta). Este foi o domínio cujos níveis de compreensão e concretização foram mais baixos. Deste modo, a baixa concretização das competências neste domínio pode estar relacionada com a baixa compreensão do significado das mesmas.

No domínio A – Prática profissional, ética e legal, a relação é também substancial. Este domínio obteve também melhores níveis de compreensão e concretização, sendo os scores de compreensão os mais altos. A alta concretização competências neste domínio pode estar associado à alta compreensão das mesmas.

A competência 17 (*Prática de acordo com a legislação aplicável*) é aquela que apresenta maiores médias nas variáveis e um valor de correlação mais alto. Assim, esta é a competência que apresenta uma relação mais estreita entre a compreensão dos seus conteúdos e a sua concretização.

A competência que apresenta menor correlação entre variáveis é a 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos de cuidados delegados ao outro*). É também das competências que apresenta menores níveis de compreensão e concretização. Desta forma, a baixa concretização desta competência poderá não estar associada apenas à sua baixa compreensão. A delegação de tarefas só pode ser feita pelos enfermeiros a pessoal funcionalmente deles dependente, quando este possui preparação necessária para as executar (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril). Assim, o baixo nível de concretização desta competência, associado à baixa correlação entre esta variável e a variável compreendo faz-nos concluir que é possível que a delegação de tarefas não se concretize por não haver pessoal funcionalmente dependente dos enfermeiros capaz de as executar.

## 2. Operacionalização das competências

As acções que concretizam as competências, inferidas através da análise de conteúdo, traduzem a percepção da amostra sobre o *saber agir* no contexto dos CSP. Podemos considerar que a descrição destas acções resulta, de acordo com Boterf (2006), da terceira dimensão da competência, que se traduz no distanciamento, reflexão e verbalização das práticas.

De acordo com os resultados apresentados, as acções que operacionalizam as competências mais concretizadas pelos enfermeiros participantes, que se relacionam com o domínio A – Prática profissional, ética e legal integram conteúdos presentes no código deontológico dos enfermeiros e no REPE. Em conformidade, Madureira et al (2007) diz-nos que o enfermeiro competente, segundo o modelo de desenvolvimento de Patrícia Benner, *tem conhecimento das normas deontológicas que compõem o Código Deontológico, aplica-as e relaciona-as entre si em situações concretas aplicadas ao seu serviço ou unidade* (p. 29)”.

O *direito do cliente* integra também os focos de *dignidade, privacidade, confidencialidade e direitos humanos* (OE, 2011b). De acordo com o REPE, “os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos deveres e interesses legalmente protegidos dos cidadão” (art. 8º). Também o código deontológico (Lei n.º 111/2009) nos diz que “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que se integra” (art. 81º), o enfermeiro deve “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário dos cuidados e da família (...)” (art. 85º) e “Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e da sua família” (art. 86º). A intervenção *Proteger as crenças*, integra os termos *crença cultural, crença de saúde, crença espiritual e crença religiosa* (OE, 2011b) e está igualmente de acordo com o código deontológico que refere que o enfermeiro assume o dever de “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (art. 81º). As intervenções relacionadas

com a *informação ao cliente*, e a *adequação da informação ao cliente* também se inserem na Lei n.º 111/2009, no Artigo 84º, *Do dever de informação*.

Procedendo a análise, observamos que existem competências que, apesar de não serem consideradas as mais concretizadas pelos resultados estatísticos, possuem a maior variedade de intervenções associadas. Isto leva-nos a considerar uma grande transversalidade destas competências na prática do enfermeiro de cuidados gerais em CSP. São as competências 26 (*Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo*), 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde*) e 46 (*Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores*).

Estes resultados estão de acordo com Kenyon et al (1999) que refere que os enfermeiros que trabalham em CSP devem possuir “*habilidade de estabelecer um plano de cuidados apropriado com base na avaliação do utente/família e de coordenar os recursos e serviços necessários para o benefício do utente*” (citado por Stanhope & Lancaster, 1999, p. 390); e Collière (2001) que acrescenta que os enfermeiros devem participar activamente nos processos que contribuem para desenvolver o potencial de vida da pessoa inserida na rede familiar e social, tentando utilizar ao máximo esse potencial de vida, mesmo quando a pessoa se vê afectada ou diminuída pela doença ou por uma deficiência.

Por outro lado, existem competências com grande homogeneidade nas respostas descritas, possuindo assim acções muito representativas das mesmas. Deste modo:

- a) As competências 2 (*Reconhece os limites do seu papel e da sua competência*), 3 (*Consulta peritos de enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício*) e 4 (*Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício*) estão fortemente associada à categoria C<sub>5</sub> – *Solicitar colaboração de serviços de saúde*;
- b) A competência 10 (*Respeita o direito do cliente à privacidade*) está visivelmente associada à intervenção C<sub>3</sub>-*Proteger direito do cliente*;

- c) As competências 52 (*Documenta o plano de cuidados*) e 55 (*Documenta a implementação das intervenções*) são concretizadas pela intervenção de C<sub>1</sub> - *Documentar processamento da informação*;
- d) A competência 83 (*Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem*) é fortemente concretizada pela acção C<sub>26</sub>- *Estabelecer a confiança*;
- e) A competência 92 (*Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências*) é concretizada pela intervenção C<sub>17</sub>- *Actuar de acordo com as linhas de orientação*.

O domínio B – Prestação e gestão dos cuidados, em particular o sub-domínio *Promoção da saúde* contém intervenções relacionadas com as acções de *ensinar* (indivíduo, família e comunidade), *dar poder*, *avaliar atitude*, *avaliar status*, *avaliar papel*, *providenciar material educativo* e *avaliar cognição*. As actividades de promoção de saúde, como já foi referido, visam o melhoramento do bem-estar do indivíduo, família ou grupo e consiste em comportamentos e actividades continuados, integrados no quotidiano das pessoas (Bolander, 1998). As acções descritas são instrumentos fundamentais para que o enfermeiro possa actuar como agente de mudança no adquirir de novos comportamentos, atitudes e crenças de saúde.

A análise deu origem a intervenções que podem caracterizar o papel do enfermeiro nos CSP de *gestor de casos* (Stanhope & Lancaster, 1999), *interface* (OMS, 2000, p.1:139) ou *líder* (Collière, 2001). Podemos considerar as seguintes: *Gerir o processo clínico*, *Realizar o plano de cuidados*, *Implementar o plano de cuidados*, *Solicitar colaboração de serviços de saúde*, *Colaborar com serviços de saúde*, *Orientar para serviços de saúde* e *Avaliar o plano de cuidados em grupo*.

Finalmente, analisando o referencial de competências como um todo, verificamos que as acções C<sub>1</sub>- *Documentar processamento da informação*, C<sub>3</sub> - *Proteger direito do cliente*, C<sub>5</sub> - *Solicitar colaboração de serviços de saúde*, C<sub>8</sub> - *Avaliar plano de cuidados em grupo*, C<sub>17</sub>-*Actuar de acordo com as linhas de orientação* e C<sub>26</sub> - *Estabelecer a confiança* são as mais utilizadas para a concretização das competências do enfermeiro de cuidados gerais neste estudo.

Torna-se importante referir que o resultado da intervenção *Estabelecer a confiança* como uma das mais comuns na acção dos enfermeiros da amostra está

em concordância com Abreu (2001), quando refere que os enfermeiros no contexto dos CSP encaram a relação como um instrumento assistencial para a prática da enfermagem, existindo uma notória preponderância pelos enfermeiros face às competências de relação, tais como: *saber ouvir, ser sensível aos sentimentos do utente e ser sensível aos valores do utente* (p.229). Estas competências relacionam-se estreitamente com o conceito de confiança, segundo a CIPE (OE, 2011b), que o descreve como uma emoção ou sensação de *acreditar na bondade, solidez e fiabilidade dos outros* (p. 45).



## Conclusões

Para concluir, proceder-se-á à sistematização dos resultados mais relevantes do estudo desenvolvido, fazendo-se referência às competências mais e menos compreendidas e concretizadas pelos enfermeiros, bem como a relação existente entre estas duas variáveis. Serão também referidas as acções que operacionalizam as competências concretizadas pelos enfermeiros participantes. Para finalizar serão expostas as limitações do estudo, algumas sugestões para a continuidade da investigação nesta prática, assim como as implicações para a prática de enfermagem.

Destacamos deste estudo as competências mais compreendidas: 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes de saúde*), 49 (*Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou colaboradores*) e 63 (*Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara*). Estes resultados poderão evidenciar bons níveis de saber teóricos de conteúdos relacionados com *perspectiva holística, estabelecimento de prioridades para os cuidados e apropriação da informação ao cliente/cuidador*. Relativamente às competências menos compreendidas, destacamos as 31 (*Demonstra compreender planos de emergência para uma situação de catástrofe*), 81 (*Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro*), 27 (*Demonstra compreender os processos de direito associados aos cuidados de saúde*) e 39 (*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades*). Deste modo, são menores os níveis de compreensão das competências relacionadas com *os planos de emergência e catástrofe, estratégias de supervisão e delegação dos cuidados, direito da saúde e práticas tradicionais relacionadas com as crenças de saúde*. Estes conteúdos poderão ser aqueles cujos os enfermeiros de cuidados gerais possuem menor *saber teórico*, comparativamente aos outros.

No que se refere aos níveis de concretização, são mais concretizadas as competências 8 (*Respeita o direito dos clientes no acesso à informação*), 9 (*Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral*,

*adquirida enquanto profissional), 17 (Prática de acordo com a legislação aplicável) e 1 (Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos que elabora). Ao invés, as competências menos concretizadas pelos enfermeiros as 90 (Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade), 57 (Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe) e 31 (Demonstra compreender os planos de emergência para um situação de catástrofe).*

A Prática profissional, ética e legal integra as competências mais concretizadas pelos enfermeiros, segundo a percepção dos mesmos. Este facto poderá estar relacionado com a sólida base ética e deontológica característica da profissão, representada pelo Código Deontológico (Lei n.º 111/2009) e o REPE (Decreto-lei n.º 161/96). As acções que operacionalizam estas competências relacionam-se com a protecção do direito do cliente, informação ao cliente sobre as intervenções, adequação da informação ao cliente, protecção das crenças, gestão do processo clínico, actuação de acordo com as linhas de orientação, elaboração do plano de cuidados e documentação da informação.

A promoção da saúde é uma área ligeiramente destacada na Prestação e gestão dos cuidados, no contexto dos CSP e concretiza-se com acções que se inserem no *ensinar, dar poder, avaliar atitude, avaliar status, avaliar papel, providenciar material educativo e avaliar cognição.*

As competências são sempre mais compreendidas do que concretizadas, existindo uma forte relação entre estas duas variáveis. Deste modo, a compreensão revela-se um importante recurso para o *saber agir* da competência profissional. Na prática profissional, ética e legal e na Prestação e gestão dos cuidados esta relação é substancial. No primeiro domínio, os bons níveis de compreensão das competências influenciaram positivamente os níveis de concretização. No segundo domínio, os mais baixos níveis de compreensão das competências foram o factor mais determinante para os baixos níveis de concretização. No entanto, temos que ter e conta que existem outros factores que influenciam o desenvolvimento das competências, uma vez que a relação entre as variáveis não é perfeita.

As competências 26 (*Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo*), 34 (*Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde*) e 46 (*Formula um plano de cuidados,*



*sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores*) podem considerar-se transversais na prática do enfermeiro de cuidados gerais em CSP, pela variabilidade de intervenções associadas que obtivemos no estudo. Destacamos também a *confiança* como uma área de atenção muito intervencionada pelos enfermeiros, sendo um veículo para a concretização de várias competências dos domínios da Prestação e gestão dos cuidados e Desenvolvimento profissional.

Como limitação na realização deste estudo identificamos o tamanho reduzido da amostra, inicialmente composta por 90 enfermeiros e depois reduzida a 46 participantes. Consideramos que se o número de participantes fosse maior, os resultados obtidos seriam ainda mais dignos de inferência para a população do estudo.

No âmbito de investigações futuras sugerimos o estudo dos factores que influenciam o desenvolvimento de competências em enfermagem, bem como a relação entre esses factores e o processo de desenvolvimento de competências. Será pertinente, para o melhor conhecimento da profissão, estudar o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais noutros contextos, tais como unidades de cuidados continuados, assim como aprofundar este processo no contexto hospitalar e de CSP, nas diferentes unidades funcionais. As implicações deste estudo na prática de enfermagem poderão relacionar-se com a adopção de estratégias organizativas para potenciar o desenvolvimento das competências menos concretizadas pelos enfermeiros de cuidados gerais em cuidados de saúde primários, tais como a implementação de programas de melhoria contínua de qualidade nos serviços. Podemos considerar, tendo em conta as competências menos compreendidas, que poderá existir necessidade de formação dos enfermeiros de conteúdos relacionados com planos de emergência e catástrofe, estratégias de supervisão e delegação dos cuidados, direito da saúde e práticas tradicionais relacionadas com as crenças de saúde. Finalmente consideramos que este estudo poderá também contribuir para a melhoria da avaliação de desempenho dos enfermeiros, uma vez que enuncia algumas acções que podem indicar um desempenho profissional competente.



## Bibliografia

Abreu, W. C. (2001) *Identidade Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra, Formasau.

Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa, Verbo

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro, Diagraphic.

Almeida, L. M. (2005) Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), Janeiro – Junho, pp. 91-96.

Barbosa, A. M., Nunes, C., Correia, C., Marquês, L., Pereira, M. L., Pardal, P., Monteiro, R. & Ramos, V. (2001) *A reforma e o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários numa perspectiva integrada*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. 4ª ed. Lisboa, Edições 70.

Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Quarteto Editora.

Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R. & Ferrinho, P. (2008) *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos*. 2ª ed. Lisboa, Padrões Culturais Editora.

Bolander, V. R. (1998) *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa, Lusodidacta.

Boterf, G. (2000) *Compétence et navigation professionnelle*. Paris, Editions d'Organization.

Boterf, G. (2006) Avaliar a competência de um profissional – Três Dimensões a explorar. *Revista Pessoal*, Julho, pp. 60-64.

Branco, A. G. & Ramos, V, (2001) Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 5-12.

Cassiano, J. (2003) Cuidados Primários – que desafios? *Revista Nursing*, 23, Maio, pp. 26-27.

Ceartil, Mário (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa, Edições Sílabo.

Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (2006) *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Conselho de Enfermagem (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa, OE.

Collière, M. F. (1999) *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª ed. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M. F. (2001) *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures, Lusociência.

Cresci Project (2006-2008) *Référentiel européen de compétences en soins infirmiers*. [Internet] Disponível em [http://www.isei.be/doc/referentiel%20fr/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Final\\_fr.pdf](http://www.isei.be/doc/referentiel%20fr/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Final_fr.pdf) [consultado a 19-12-2011]

Custódio, J. A. & Cabrita, M. F. (2002) Educação para a saúde: Prioridade em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Sinais Vitais*, 44, Setembro, pp. 55 a 58.

Declaração de Alma-Ata – Saúde para Todos no Ano 2000 (1978) *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata, Casaquistão, URSS.

Declaração de Munique – A Enfermagem de saúde familiar, contexto, quadro conceptual e currículo (15-17 de Junho de 2000) *2ª Conferência da OMS para a Enfermagem Obstétrica*. Munique, Alemanha, OMS.

*Decreto-Lei n.º 413/71*. D. R. I Série 228 (71-09-27) 1406.

*Decreto-lei n.º 161/96* D. R. I Série A (96-04-09), *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ministério da Saúde, Lisboa.

*Decreto-Lei n.º 104/98*. D. R. I Série A 93 (98-04-21) 1739

*Decreto-Lei n.º 157/99*. D. R. I Série A 108 (99-05-10) 2424.

*Decreto-Lei n.º 60/2003*. D. R. I Série A 33 (2003-04-01).

*Decreto-Lei n.º 101/2006*. D. R. I Série A 109 (2006-06-06) 3856.

*Decreto-Lei n.º 298/2007*. D. R. I Série 161 (2007-08-22) 5587.

*Decreto-Lei n.º 28/2008*. D. R. I Série 38 (2008-02-28) 1182.

*Despacho Normativo n.º9/2006*. D. R. I Série B 34 (2006-02-16) 1256.

Dias, F. (2006) *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*. Loures, Lusociência.

Direcção Geral de Saúde (2002) *Centros de Saúde de Terceira Geração: manual para a mudança*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2003) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2004) *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2004) *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2004) *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2005) *Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação*. 2ª ed. Lisboa, Orientações técnicas DGS.

Direcção Geral de Saúde (2005) *Programa Nacional e Promoção de Saúde Oral*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2006) *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2007) *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2008) *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2012) *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Figueira, F. (2004) Valores universais na prática de Enfermagem: competência e aperfeiçoamento. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 15, Dezembro, pp. 20-23.

Figueiras, A., Souza, I., Rios, V & Benguigui, Y. (2005) *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, Organização Pan-Americana da Saúde.

Figueiredo, M. H. (2006) Sistema familiar e cuidados de enfermagem. *Servir*, 1 (54) pp. 11-14.

Figueiredo, M. H. (2009) *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Figueiredo, M. H. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa, Lusociência.

Fleury, M. L. & Fleury, A. (2001) Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição Especial, pp. 183-196.

Fonseca, A. P., Boieiro, E., Nunes, P. & Santos, T. (2002) O enfermeiro no contexto dos cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem*, 6 (2), 2º semestre, pp. 47-54.

Fortin, M. F. (2009) *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures, Lusociência.

Fotheringham, D. (2010) Triangulation for the assessment of clinical nursing skills: A review of theory, use and methodology. *International Journal of Nurses Studies*, 47, pp. 386-391.

Gil, A. C. (1999) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. S. Paulo, Editora Atlas.

International Council of Nurses (2008) *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Itzhaky, H., Gerber, P., & Dekel, R. (2004) Empowerment, skills and values: a comparative study of nurses and social workers. *International Journal of Nursing Studies*, 41, pp. 447-455.

Khomeiran, R. T., Kiger, A., Yekta, Z. P. & Ahmadi, F. (2007) Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 5 (38), September/October, pp. 211-218.

*Lei n.º 56/79*. D. R. I Série 214 (1979-09-15) 2357.

*Lei Constitucional 1/2005*. D. R. I Série A 155 (2005-08-12) 4642.

*Lei n.º 111/2009*. D. R. I Série 180 (2009-09-16) Código Deontológico dos Enfermeiros. Lisboa, Ministério da Saúde.

Lopez, M. T. (2005) Formación estratégica para el desarrollo de competencias. *Revista de enfermería ROL*, 28 (7-8), Júlio-Agosto, pp. 20-24.

Madureira, I., Cavaco, M., Gomes, N. Lisboa, P. & Simões, R. (2007) Competências do enfermeiro de cuidados gerais – Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner. *Sinais Vitais*, 71, Março, pp. 27-30.

- Malheiro, M. F. (2006) Reflexão sobre as políticas de saúde e a promoção da saúde. *Ecos da Enfermagem*, 253, Março-Abril, pp.23-29.
- Mendonça, S (2009) *Competências profissionais dos enfermeiros - A excelência do cuidar*. Lisboa, Editorial Novembro.
- Miguel, L. S. & Sá, A. B (2010) *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011) USF em actividade. *Missão para os cuidados de saúde primários*. [Internet] Disponível em <http://www.mesp.min-saude.pt/engine.php?cat=32> [consultado a 12-12-2011].
- Ministério da Saúde (2011) UCC em actividade. *Missão para os cuidados de saúde primários*. [Internet] Disponível em <http://www.mesp.min-saude.pt/engine.php?cat=95> [consultado a 12-12-2011].
- Morais, C. F. (2004) Perspectivas das competências. *Nursing*, 188, Maio, pp. 23-24.
- Nightingale, F. (2005) *Notas sobre Enfermagem*. Lisboa, Lusociência.
- Norman, A. H. & Tesser, C. D. (2009) Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (25) Setembro, pp. 2012-2020.
- Oliveira, P. C. M. (2010) *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. Tese de mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2002) *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2002) *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa, OE
- Ordem dos Enfermeiros (2003) *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2004) Rede de cuidados de saúde primários: modelos de gestão dos centros de saúde. *Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros*, 13 Julho, pp. 14.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) Proposta de regulamento de certificação de competências do enfermeiro de cuidados gerais (22-09-2011) *Assembleia Geral Extraordinária da OE*.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira, Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (2002) *Saúde 21 – Saúde para todos no século XXI: uma introdução*. Loures, Lusociência.

Organização Mundial de Saúde (2008) *Relatório mundial de saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca*. Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2012) Primary health care. *World Health Organization* [Internet] Disponível em [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/) [consultado a 20-06-2012].

Pacheco, S. & Cunha, S. (2006) A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: o papel do Enfermeiro. *Nursing*, 211, Junho, pp. 19-22.

Perrenoud, P. (2001) *Porquê construir competências a partir da escola?* Porto, Asa.

Pola, M. S., Mesalles, A. M. & Cerretero, J. M. M. (2005) Evaluación de la competencia clínica en enfermaria: Bases conceptuales y experiencias. *Revista ROL*, 28 (7-8), pp. 493-498.

Rauner, F. (2007) Conhecimento prático e competência profissional. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 1 (40), pp. 57-71.

*Regulamento n.º168/2011*. D. R. II Série 47 (2011-03-08) 11120.

*Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005*. D. R. I-B Série 196 (2005-10-12) 5981.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T (2005) *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra, Formasau.

Santana, R. & Costa, C. (2008) A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, pp. 29-52.

Santos, I., Depresbiteris, L., Silva, L. & Christófar, A. A. (2001) *Avaliação e certificação de competências profissionais dos auxiliares de enfermagem*. Projecto de profissionalização dos trabalhadores na área da enfermagem Profae. Brasília, Ministério da Saúde.

Shober, M & Affars, F. (2001) *The Family Nurse: Frameworks of Practice*. Geneva, International Council of Nurses.

Sillamy, Norbert (1980). *Dictionnaire de Psychologie A- K*. Volume I. Paris, Bordas.

Simões, J. (2004) *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra, Almedina.

Spencer, Jr., L. M. & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work – Models for superior Performanc*. New York, John Willey& Sons, Inc



Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999) *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª ed. Lisboa, Lusociência.

Streubert, H. & Carpenter, D. R. (1999) *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures, Lusociência.

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. 5ªed. Loures, Lusociência.

Vala, J. (1999) A Análise de Conteúdo. In A. Silva, & J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais*, pp. 100-128, Porto, Edições Afrontamento.

Zaldívar, L. G., Masramon, M. C., Cunillera, R. A., Fernandez, C. G. & Bermejo, P. M. (2006) Competencias: Construyendo desde la práctica. *Revista de enfermería ROL*, 12 (20) Diciembre, pp. 42-47.



# **ANEXOS**



Anexo 1:

Competências do enfermeiro de cuidados gerais



<b>A – Prática profissional, ética e legal</b>
<b>A.1 – Responsabilidade</b>
1 – Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.
2 – Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.
3 – Consulta peritos de enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.
4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.
<b>A.2 – Prática segundo a ética</b>
5- Exerce de acordo com o código deontológico.
6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.
7 – Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.
8 – Respeita o direito dos clientes no acesso à informação.
9 – Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.
10 – Respeita o direito do cliente à privacidade.
11 – Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.
12 – Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.
13 – Identifica as práticas de risco e toma as medidas apropriadas.
14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.
15 – Respeita os valores, os costumes, e as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.
16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.
<b>A.2 - Prática legal</b>
17 – Pratica de acordo com a legislação aplicável.
18 – Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.
19 – Reconhece e actua nas situações de infracção / violação da Lei e / ou Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.
<b>B – Prestação e gestão de cuidados</b>
<b>B.1 - Princípios chave da prestação e gestão dos cuidados</b>
20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.
22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.
23 – Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.
24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto na prestação de cuidados.
25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.
26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.
27 – Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.
28 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.
29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta.
30 - Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.
31 – Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe.
<b>B.1.1 – Prestação de Cuidados</b>
<b>B.1.1.1 – A promoção da saúde</b>
32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.
33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.
34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde.
35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.
36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.
37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.

38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.
39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.
40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.
41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.
42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.
<b>B.1.1.1.2 – Colheita de dados</b>
44 – Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.
45 – Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.
<b>B.1.1.1.3 – Planeamento</b>
46 – Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores.
47 – Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.
48 – Garante que o cliente e /ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.
49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores.
50 – Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.
51 – Revê e/ou reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.
52 – Documenta o plano de cuidados.
<b>B.1.1.1.4 – Execução</b>
53 – Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os resultados esperados.
54 – Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.
55 – Documenta a implementação das intervenções.
56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram eficazmente.
57 – Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe.
<b>B.1.1.1.5 – Avaliação</b>
58 – Avalia e documenta a evolução, no sentido de resultados esperados.
59 – Colabora com os clientes e /ou os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.
60 – Utiliza os dados da avaliação para modificar os planos de cuidados.
<b>B.1.1.1.6. Comunicação e relações interpessoais</b>
61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.
62 – Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.
63 – Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.
64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência.
65 – Comunica com o cliente e/ou familiares de forma a dar-lhes poder.
66 – Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.
67 – Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.
<b>B.1.2 – Gestão dos Cuidados</b>
<b>B.1.2.1 – Ambiente seguro</b>
68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.
69 – Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.
70 – Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.
71 – Implementa procedimentos de controlo de infecção.
72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.
<b>B.1.2.2 – Cuidados de saúde inter profissionais</b>



73 – Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.
74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.
75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração.
76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.
77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.
78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.
79 – Tem em conta as perspectivas dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa inter profissional.
<b>B.1.2.3 – Delegação e supervisão</b>
80 – Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.
81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro.
82 – Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.
<b>C – Desenvolvimento profissional</b>
<b>C.1 – Valorização profissional</b>
83 – Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.
84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no desenvolvimento dos programas.
85 – Contribui para o desenvolvimento da prática da enfermagem.
86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.
87 – Actua como um modelo efectivo.
88 – Assume responsabilidade de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.
<b>C.2 – Melhoria da qualidade</b>
89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.
90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.
<b>C.3 – Formação Contínua</b>
91 – Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.
92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.
93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.
94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.
95 – Actua como um mentor /tutor eficaz.
96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

<sup>(1)</sup> Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

2003.



Anexo 2:

Instrumento de colheita de dados



# QUESTIONÁRIO

*“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividades na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: (...) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.”*

Fonte: Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem, “REPE”, Capítulo IV Artigo 9º (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril)

Ex.mo Colega:

Este questionário é o instrumento de investigação de um estudo realizado no âmbito do mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

É dirigido aos enfermeiros de Cuidados Gerais que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários há pelo menos **2 anos**.

Este estudo tem como finalidade melhorar a visibilidade das competências do enfermeiro de cuidados gerais no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

## 1ª Parte

1. Sexo: Masculino  Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Tempo de serviço: \_\_\_\_\_ anos
4. Tempo de serviço nos Cuidados de Saúde Primários: \_\_\_\_\_ anos
5. Unidade Funcional em que trabalha:  
UCSP  USF  USP  UCC
6. Conhece o enunciado de Competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovado pelo Conselho de Enfermagem em 2003?  
Sim  Não

## 2ª Parte

Após ler cada uma das competências numeradas, peço que assinale com um X a sua opção em cima do número, de acordo com a escala apresentada que varia de 1 a 3, em que 1 corresponde a “nada” e 3 corresponde a “totalmente” para:

- “Compreendo” : se percebe o significado da competência

- “Concretizo” : se põe em prática a competência no seu contexto de trabalho

Competências dos enfermeiros de cuidados gerais <sup>(1)</sup> aprovadas pelo CE	Compreendo	Concretizo

<b>A – Prática profissional, ética e legal</b>						
<b>A.1 – Responsabilidade</b>						
1 – Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	1	2	3	1	2	3
2 – Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.	1	2	3	1	2	3
3 – Consulta peritos de enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	1	2	3	1	2	3
4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.	1	2	3	1	2	3
<b>A.2 – Prática segundo a ética</b>						
5- Exerce de acordo com o código deontológico.	1	2	3	1	2	3
6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.	1	2	3	1	2	3
7 – Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.	1	2	3	1	2	3
8 – Respeita o direito dos clientes no acesso à informação.	1	2	3	1	2	3
9 – Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	1	2	3	1	2	3
10 – Respeita o direito do cliente à privacidade.	1	2	3	1	2	3
11 – Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	1	2	3	1	2	3
12 – Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	1	2	3	1	2	3
13 – Identifica as práticas de risco e toma as medidas apropriadas.	1	2	3	1	2	3
14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	1	2	3	1	2	3
15 – Respeita os valores, os costumes, e as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	1	2	3	1	2	3
16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.	1	2	3	1	2	3
<b>A.2 - Prática legal</b>						
17 – Pratica de acordo com a legislação aplicável.	1	2	3	1	2	3
18 – Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.	1	2	3	1	2	3
19 – Reconhece e actua nas situações de infracção / violação da Lei e / ou Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	1	2	3	1	2	3
<b>B – Prestação e gestão de cuidados</b>						
<b>B.1 - Princípios chave da prestação e gestão dos cuidados</b>						
20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	1	2	3	1	2	3
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	1	2	3	1	2	3
22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	1	2	3	1	2	3
23 – Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	1	2	3	1	2	3
24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto na prestação de cuidados.	1	2	3	1	2	3
25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	1	2	3	1	2	3
26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	1	2	3	1	2	3
27 – Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	1	2	3	1	2	3

28 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	1	2	3	1	2	3
29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta.	1	2	3	1	2	3
30 - Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	1	2	3	1	2	3
31 – Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.1 – Prestação de Cuidados</b>						
<b>B.1.1.1 – A promoção da saúde</b>						
32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.	1	2	3	1	2	3
33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	1	2	3	1	2	3
34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde.	1	2	3	1	2	3
35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	1	2	3	1	2	3
36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	1	2	3	1	2	3
37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	1	2	3	1	2	3
38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	1	2	3	1	2	3
39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.	1	2	3	1	2	3
40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	1	2	3	1	2	3
41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	1	2	3	1	2	3
42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	1	2	3	1	2	3
43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.1.1.2 – Colheita de dados</b>						
44 – Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	1	2	3	1	2	3
45 – Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.1.1.3 – Planeamento</b>						
46 – Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores.	1	2	3	1	2	3
47 – Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	1	2	3	1	2	3
48 – Garante que o cliente e /ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	1	2	3	1	2	3
49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores.	1	2	3	1	2	3
50 – Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.	1	2	3	1	2	3
51 – Revê e/ou reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.	1	2	3	1	2	3
52 – Documenta o plano de cuidados.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.1.1.4 – Execução</b>						

53 – Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os resultados esperados.	1	2	3	1	2	3
54 – Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	1	2	3	1	2	3
55 – Documenta a implementação das intervenções.	1	2	3	1	2	3
56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram eficazmente.	1	2	3	1	2	3
57 – Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.1.1.5 – Avaliação</b>						
58 – Avalia e documenta a evolução, no sentido de resultados esperados.	1	2	3	1	2	3
59 – Colabora com os clientes e /ou os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	1	2	3	1	2	3
60 – Utiliza os dados da avaliação para modificar os planos de cuidados.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.1.1.6. Comunicação e relações interpessoais</b>						
61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	1	2	3	1	2	3
62 – Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	1	2	3	1	2	3
63 – Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	1	2	3	1	2	3
64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	1	2	3	1	2	3
65 – Comunica com o cliente e/ou familiares de forma a dar-lhes poder.	1	2	3	1	2	3
66 – Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	1	2	3	1	2	3
67 – Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.2 – Gestão dos Cuidados</b>						
<b>B.1.2.1 – Ambiente seguro</b>						
68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	1	2	3	1	2	3
69 – Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	1	2	3	1	2	3
70 – Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	1	2	3	1	2	3
71 – Implementa procedimentos de controlo de infecção.	1	2	3	1	2	3
72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.2.2 – Cuidados de saúde inter profissionais</b>						
73 – Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.	1	2	3	1	2	3
74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	1	2	3	1	2	3
75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração.	1	2	3	1	2	3
76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	1	2	3	1	2	3
77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.	1	2	3	1	2	3
78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.	1	2	3	1	2	3



79 – Tem em conta as perspectivas dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa inter profissional.	1	2	3	1	2	3
<b>B.1.2.3 – Delegação e supervisão</b>						
80 – Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	1	2	3	1	2	3
81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados ao outro.	1	2	3	1	2	3
82 – Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.	1	2	3	1	2	3
<b>C – Desenvolvimento profissional</b>						
<b>C.1 – Valorização profissional</b>						
83 – Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	1	2	3	1	2	3
84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no desenvolvimento dos programas.	1	2	3	1	2	3
85 – Contribui para o desenvolvimento da prática da enfermagem.	1	2	3	1	2	3
86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	1	2	3	1	2	3
87 – Actua como um modelo efectivo.	1	2	3	1	2	3
88 – Assume responsabilidade de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	1	2	3	1	2	3
<b>C.2 – Melhoria da qualidade</b>						
89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	1	2	3	1	2	3
90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.	1	2	3	1	2	3
<b>C.3 – Formação Contínua</b>						
91 – Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.	1	2	3	1	2	3
92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	1	2	3	1	2	3
93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	1	2	3	1	2	3
94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	1	2	3	1	2	3
95 – Actua como um mentor /tutor eficaz.	1	2	3	1	2	3
96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	1	2	3	1	2	3

<sup>(1)</sup> Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 2003.

### 3ª Parte

Para as competências em que respondeu 2 ou 3 em “Concretizo”, gostaria que depois do número que corresponde a cada uma das competências numeradas, descrevesse uma ou mais acções que desenvolve com base nessa mesma competência.

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	

53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO



Anexo 3:

Pedido de autorização  
e parecer da Comissão de Ética para a Saúde





Virgínia Guedes <guedes.vir@gmail.com>

## Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para um trabalho de investigação.

2 mensagens

Virgínia Guedes <guedes.vir@gmail.com>  
Para cc.acesportoocidental@gmail.com

4 de Maio de 2010 14:46

Ex.ma Sra Presidente do Concelho Clínico  
do Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental,  
Dra. Maria José Ribas de Albuquerque e Castro

Virgínia Maria de Sousa Guedes, enfermeira, aluna do Mestrado de Gestão de Serviços de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Católica do Porto, a desenvolver a tese, com o tema "*Competências dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários: Contributos para a sua avaliação*" que tem por objectivos o estudo da percepção, aplicabilidade e modo de desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais nas diferentes unidades funcionais dos Centros de Saúde, vem junto de Vossa Excelência pedir autorização para a aplicação do questionário, em anexo, aos enfermeiros de cuidados gerais, com pelo menos três anos de experiência profissional, do agrupamento Porto Ocidental.

O consentimento informado será obtido através de declaração escrita, que se encontra em anexo.

Os resultados obtidos serão anónimos e totalmente confidenciais.


Agradeço desde já a colaboração, aguardando uma resposta.

Virgínia Maria Sousa Guedes  
96 190 89 20

### 3 anexos

 **Consentimento%20Informado[1][1].docx**  
14K

 **Carta de Explicação do Estudo e do Consentimento.docx**  
14K

 **questionario.docx**  
30K

Conselho Clínico ACES Porto Ocidental <cc.acesportoocidental@gmail.com>

4 de Maio de 2010

Para Virgínia Guedes <guedes.vir@gmail.com>

15:27

Cc: Carla Ferraz <carlammferraz@gmail.com>

Cara Enfª Virgínia Guedes,

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=571790e263&view=pt&q=pedido%20de%20...> 27-08-2012

É com muito prazer que no ACES Porto Ocidental contribuimos para os trabalhos de investigação de quem nos procura.

Em geral solicitamos um protocolo mais completo do estudo, nomeadamente no que se refere ao tempo e interferência no trabalho dos profissionais e a aprovação da Comissão de Ética da ARS Norte, mas dado que, se bem entendo, o seu trabalho não interfere com utentes, parece-me que estará apenas dependente da vontade de participação dos profissionais.

No entanto, refiro que cada vez mais as revistas científicas requerem parecer das Comissões de Ética e declarações de isenção de conflitos de interesse, pelo que se deseja publicar o seu trabalho deverá assegurar-se que a revista alvo não tem essa obrigatoriedade.

Claro que lhe pediremos, se achar bem, que seja depois dado um feedback dos resultados aos colegas participantes.

O Conselho Clínico terá todo o gosto em divulgar o seu trabalho, mas gostaria, se possível, que um dia viesse reunir-se connosco para podermos tentar operacionalizar a aplicação dos questionários.

Concorda?

Ao dispor,  
Maria José Ribas

No dia 4 de Maio de 2010 14:46, Virgínia Guedes <[guedes.vir@gmail.com](mailto:guedes.vir@gmail.com)> escreveu:

[Citação ocultada]

--

Conselho Clínico  
ACES Porto Ocidental

Por favor, confirmar recepção desta mensagem. Obrigada.

Antes de imprimir este e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer.  
Proteja o ambiente.



## PARECER Nº 26/2010

(Sobre o estudo “Competências dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários: Contributos para a sua avaliação”)

### A – RELATÓRIO

**A.1.** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) deu início ao Processo n.º 26.10CES, com base no pedido formulado pela enfermeira Virgínia Maria de Sousa Guedes dirigido à ARSN e que por sua vez o enviou a esta Comissão.

**A.2.** Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

1 – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no âmbito do trabalho de investigação, dirigido ao presidente desta CES, datado de 12/05/2010.

2 – Projecto do trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado de Gestão dos Serviços de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Católica Portuguesa do Porto, com os seguintes anexos: questionário dirigido aos enfermeiros, carta de explicação do estudo e o modelo de consentimento livre, informado e esclarecido;

3 – Declaração do Orientador do estudo de investigação.

**A.3.** Resumo da documentação:

**a)** O investigador delineou cinco objectivos: conhecer as competências mais percebidas pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários; conhecer as competências mais aplicadas pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários; conhecer situações específicas citadas por enfermeiros nas quais estes desenvolvem as competências enunciadas; descobrir de que forma se desenvolvem as competências do enfermeiro de cuidados gerais nas novas unidades funcionais dos Centros de Saúde; desenvolver alguns indicadores que permitam a avaliação dessas competências.

**b)** É um estudo exploratório/descritivo (nível I) de natureza quanti/qualitativa.

**c)** População alvo constituída por todos os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários, na prestação de cuidados ao utente nas USF, UCC, UCSP, USP do ACES Porto Ocidental. Critérios de inclusão: enfermeiros com, pelo menos, dois anos de experiência nos Cuidados de Saúde Primários. Critérios de exclusão: enfermeiros especialistas que exerçam a especialidade.

**d)** Instrumento de recolha de dados é um questionário.

**e)** Após análise da documentação, a CES da ARSN solicitou esclarecimento complementar dos seguintes pontos: a situação profissional da investigadora em relação ao ACES Porto Ocidental; como tenciona abordar os enfermeiros participantes para entrega da carta explicativa e recolha do consentimento livre, informado e esclarecido.

**f)** A investigadora referiu que planeia entregar a carta de explicação do estudo, a declaração de consentimento livre, informado e esclarecido e o questionário ao enfermeiro chefe/coordenador das respectivas unidades funcionais. Poderá inclusive reunir com os enfermeiros participantes para mais esclarecimentos.

**g)** Solicitamos, conseqüentemente, um exemplar da nota explicativa reformulada onde conste, para além do pedido anteriormente, a indicação da forma como os participantes poderão, futuramente, ser informados dos resultados do estudo, se o desejarem.

h) A investigadora respondeu a tudo o que foi questionado e aceitou todas as sugestões colocadas por esta CES.

#### **B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

**B.1.** Uma vez que o questionário é anónimo e de resposta voluntária, na opinião desta CES, é dispensável a assinatura, por parte dos participantes, de documento comprovativo de consentimento. Neste sentido considera apenas necessário solicitar aos(às) enfermeiros(as) chefes / coordenadores(as) / interlocutores(as) das unidades funcionais que façam a distribuição, junto dos(as) enfermeiros(as) que se enquadrem nos critérios de inclusão do estudo, dos questionários e das notas explicativas.

**B.2.** Apesar de se compreender a mais-valia deste tipo de estudo, depreende-se que o preenchimento dos questionários, se realizado em tempo de serviço, poderá afectar o seu normal funcionamento.


**B.3.** Face às respostas aos pedidos de esclarecimentos formulados, não se detectam questões éticas que obstaculizem a concretização do projecto.

#### **C – CONCLUSÕES**

Entende esta Comissão que deve dar parecer favorável à autorização para a realização deste estudo.

A relatora, Susana Teixeira

Aprovado em reunião do dia 18 de junho de 2010, por unanimidade.



Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Anexo 4:

Carta de explicação do estudo



## **Carta de Explicação do Estudo**

**Título:** *Competências dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários: Contributos para a sua avaliação.*

**Investigadora:** Virgínia Guedes, enfermeira e aluna do mestrado de Gestão de Serviços de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

**Objectivos do Estudo:**

- Conhecer as competências mais percepcionadas pelos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários;
- Conhecer as competências melhor concretizadas pelos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários;
- Conhecer situações específicas citadas por enfermeiros nas quais estes desenvolvem as competências enunciadas;
- Descobrir de que forma se desenvolvem as competências do enfermeiro de cuidados gerais nas novas unidades funcionais dos Centros de Saúde;
- Desenvolver alguns indicadores que permitam a avaliação dessas competências.

**Método:** É um estudo de natureza exploratória e descritiva com uma abordagem quanti-qualitativa. O instrumento de recolha de dados é o presente questionário.

**Confidencialidade:** Todos os dados colhidos neste estudo serão tratados de forma anónima e confidencial

**Participação:** A escolha de participar ou não participar é voluntária.

**Contacto da investigadora:** Tlm: 96 190 89 20

Email: guedes.vir@gmail.com



## Anexo 5:

Descrição estatística das variáveis *compreendo* e *concretizo*





Competências dos enfermeiros de cuidados gerais aprovadas pela CE	Compreendo				
	Fi	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>A – Prática profissional, ética e legal</b>					
<b>A.1 – Responsabilidade</b>					
1 – Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	40	2	3	2,95	0,221
2 – Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.	40	2	3	2,95	0,221
3 – Consulta peritos de enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	40	2	3	2,83	0,385
4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.	39	2	3	2,85	0,366
<b>A.2 – Prática segundo a ética</b>					
5- Exerce de acordo com o código deontológico.	40	2	3	2,90	0,304
6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.	40	2	3	2,78	0,423
7 – Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.	40	2	3	2,85	0,362
8 – Respeita o direito dos clientes no acesso à informação.	38	2	3	2,95	0,226
9 – Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	38	2	3	2,95	0,226
10 – Respeita o direito do cliente à privacidade.	38	2	3	2,95	0,226
11 – Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	38	2	3	2,89	0,311
12 – Aborda de forma apropriada as práticas de	38	1	3	2,870	0,414

cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.					
13 – Identifica as práticas de risco e toma as medidas apropriadas.	38	2	3	2,79	0,413
14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	39	2	3	2,85	0,366
15 – Respeita os valores, os costumes, e as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	40	2	3	2,90	0,304
16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.	39	1	3	2,67	0,577
17 – Pratica de acordo com a legislação aplicável.	38	2	3	2,89	0,311
18 – Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.	39	2	3	2,79	0,409
19 – Reconhece e actua nas situações de infracção / violação da Lei e / ou Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	39	1	3	2,67	0,530
<b>B – Prestação e gestão de cuidados</b>					
<b>B.1 - Princípios chave da prestação e gestão dos cuidados</b>					
20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	38	2	3	2,92	0,273
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	39	1	3	2,62	0,544
22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	42	1	3	2,76	0,484
23 – Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	41	1	3	2,76	0,489
24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto na prestação de cuidados.	39	1	3	2,64	0,537
25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	38	1	3	2,63	0,541
26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	38	2	3	2,87	0,343
27 – Demonstra compreender os processos do	41	1	3	2,37	0,623

direito associados aos cuidados de saúde.					
28 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	39	1	3	2,51	0,601
29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta.	38	2	3	2,87	0,343
30 - Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	41	1	3	2,73	0,501
31 – Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe.	41	1	3	2,29	0,680
<b>B.1.1 – Prestação de Cuidados</b>					
<b>B.1.1.1 – A promoção da saúde</b>					
32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.	40	1	3	2,48	0,599
33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	38	2	3	2,87	0,343
34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde.	40	2	3	2,98	0,158
35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	40	1	3	2,70	0,564
36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	38	1	3	2,76	0,490
37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	40	2	3	2,83	0,385
38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	38	2	3	2,87	0,343
39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.	41	1	3	2,37	0,623
40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	41	1	3	2,56	0,594

41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	40	2	3	2,95	0,221
42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	38	1	3	2,68	0,525
43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	39	1	3	2,64	0,537
<b>B.1.1.1.2 – Colheita de dados</b>					
44 – Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	40	1	3	2,47	0,716
45 – Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.	41	1	3	2,51	0,675
<b>B.1.1.1.3 – Planeamento</b>					
46 – Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores.	39	1	3	2,72	0,510
47 – Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	38	2	3	2,76	0,431
48 – Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	40	2	3	2,80	0,405
49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores.	39	2	3	2,97	0,160
50 – Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.	38	1	3	2,76	0,542
51 – Revê e/ou reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.	38	1	3	2,74	0,601
52 – Documenta o plano de cuidados.	37	1	3	2,62	0,594
<b>B.1.1.1.4 – Execução</b>					
53 – Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os resultados esperados.	38	2	3	2,92	0,273
54 – Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	38	2	3	2,95	0,226
55 – Documenta a implementação das intervenções.	38	1	3	2,79	0,474

56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram eficazmente.	40	2	3	2,72	0,452
57 – Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe.	41	1	3	2,49	0,597
<b>B.1.1.1.5 – Avaliação</b>					
58 – Avalia e documenta a evolução, no sentido de resultados esperados.	38	1	3	2,76	0,490
59 – Colabora com os clientes e /ou os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	38	1	3	2,74	0,503
60 – Utiliza os dados da avaliação para modificar os planos de cuidados.	38	2	3	2,76	0,431
<b>B.1.1.1.6. Comunicação e relações interpessoais</b>					
61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	40	2	3	2,90	0,304
62 – Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	38	2	3	2,87	0,343
63 – Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	38	2	3	2,97	0,162
64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	38	2	3	2,92	0,273
65 – Comunica com o cliente e/ou familiares de forma a dar-lhes poder.	40	2	3	2,70	0,464
66 – Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	38	2	3	2,95	0,226
67 – Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	40	1	3	2,65	0,533
<b>B.1.2 – Gestão dos Cuidados</b>					
<b>B.1.2.1 – Ambiente seguro</b>					

68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	40	1	3	2,75	0,543
69 – Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	40	1	3	2,48	0,679
70 – Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	39	2	3	2,87	0,339
71 – Implementa procedimentos de controlo de infeção.	40	1	3	2,70	0,648
72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	42	1	3	2,62	0,661
<b>B.1.2.2 – Cuidados de saúde inter profissionais</b>					
73 – Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.	40	2	3	2,70	0,464
74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	38	2	3	2,92	0,273
75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração.	40	2	3	2,92	0,267
76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	38	2	3	2,89	0,311
77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.	40	2	3	2,93	0,267
78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.	40	1	3	2,83	0,446
79 – Tem em conta as perspectivas dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa inter profissional.	37	2	3	2,81	0,397
<b>B.1.2.3 – Delegação e supervisão</b>					
80 – Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	42	1	3	2,60	0,627
81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro.	42	1	3	2,36	0,692
82 – Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.	42	1	3	2,69	0,604
<b>C – Desenvolvimento profissional</b>					

<b>C.1 – Valorização profissional</b>					
83 – Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	40	2	3	2,93	0,267
84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no desenvolvimento dos programas.	38	1	3	2,74	0,503
85 – Contribui para o desenvolvimento da prática da enfermagem.	39	2	3	2,82	0,389
86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	39	2	3	2,85	0,366
87 – Actua como um modelo efectivo.	40	2	3	2,68	0,474
88 – Assume responsabilidade de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	38	1	3	2,76	0,490
<b>C.2 – Melhoria da qualidade</b>					
89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	38	1	3	2,61	0,547
90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.	40	1	3	2,55	0,749
<b>C.3 – Formação Contínua</b>					
91 – Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.	38	2	3	2,79	0,413
92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	39	2	3	2,92	0,270
93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	39	2	3	2,87	0,339
94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	39	1	3	2,85	0,432
95 – Actua como um mentor /tutor eficaz.	37	1	3	2,81	0,462
96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	39	2	3	2,95	0,223

Competências dos enfermeiros de cuidados gerais aprovadas pela CE	Concretizo				
	N.º	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>A – Prática profissional, ética e legal</b>					
<b>A.1 – Responsabilidade</b>					
1 – Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	45	2	3	2,87	0,344
2 – Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.	46	2	3	2,78	0,417
3 – Consulta peritos de enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	46	1	3	2,52	0,586
4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.	45	2	3	2,73	0,447
<b>A.2 – Prática segundo a ética</b>					
5- Exerce de acordo com o código deontológico.	45	2	3	2,86	0,344
6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.	43	1	3	2,56	0,548
7 – Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.	43	1	3	2,70	0,599
8 – Respeita o direito dos clientes no acesso à informação.	46	2	3	2,89	0,315
9 – Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	46	2	3	2,89	0,315
10 – Respeita o direito do cliente à privacidade.	46	2	3	2,80	0,401
11 – Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	44	2	3	2,70	0,462
12 – Aborda de forma apropriada as práticas de	45	1	3	2,76	0,484



cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.					
13 – Identifica as práticas de risco e toma as medidas apropriadas.	45	2	3	2,62	0,490
14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	45	2	3	2,60	0,495
15 – Respeita os valores, os costumes, e as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	46	2	3	2,72	0,455
16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.	43	1	3	2,56	0,590
17 – Prática de acordo com a legislação aplicável.	45	2	3	2,89	0,318
18 – Prática de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.	45	1	3	2,78	0,471
19 – Reconhece e actua nas situações de infracção / violação da Lei e / ou Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	40	1	3	2,45	0,597
<b>B – Prestação e gestão de cuidados</b>					
<b>B.1 - Princípios chave da prestação e gestão dos cuidados</b>					
20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	46	2	3	2,76	0,431
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	41	2	3	2,44	0,502
22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	40	1	3	2,37	0,540
23 – Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	41	2	3	2,61	0,494
24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto na prestação de cuidados.	44	1	3	2,43	0,587
25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	44	1	3	2,55	0,548
26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	44	2	3	2,68	0,471
27 – Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	40	2	3	2,40	0,496

28 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	44	1	3	2,50	0,591
29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta.	45	2	3	2,67	0,477
30 - Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	41	2	3	2,66	0,480
31 – Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe.	40	1	3	2,15	0,662
<b>B.1.1 – Prestação de Cuidados</b>					
<b>B.1.1.1 – A promoção da saúde</b>					
32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.	42	1	3	2,40	0,544
33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	46	2	3	2,74	0,444
34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde.	43	2	3	2,72	0,545
35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	43	2	3	2,58	0,499
36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	45	1	3	2,64	0,529
37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	43	2	3	2,63	0,489
38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	45	2	3	2,69	0,468
39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.	41	1	3	2,29	0,559
40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	40	1	3	2,45	0,597
41 – Reconhece o potencial da educação para a	43	2	3	2,81	0,394

saúde nas intervenções de enfermagem.					
42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	45	1	3	2,58	0,543
43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	44	1	3	2,52	0,549
<b>B.1.1.1.2 – Colheita de dados</b>					
44 – Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	41	1	3	2,32	0,610
45 – Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.	42	1	3	2,29	0,636
<b>B.1.1.1.3 – Planeamento</b>					
46 – Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou os cuidadores.	44	1	3	2,43	0,545
47 – Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	45	2	3	2,53	0,505
48 – Garante que o cliente e /ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	42	2	3	2,71	0,457
49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores.	42	1	3	2,81	0,455
50 – Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.	43	1	3	2,44	0,590
51 – Revê e/ou reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e /ou cuidadores.	45	1	3	2,47	0,694
52 – Documenta o plano de cuidados.	45	1	3	2,36	0,645
<b>B.1.1.1.4 – Execução</b>					
53 – Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os resultados esperados.	45	2	3	2,87	0,344
54 – Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	45	2	3	2,82	0,387
55 – Documenta a implementação das intervenções.	45	1	3	2,56	0,546

56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram eficazmente.	42	2	3	2,62	0,492
57 – Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe.	42	1	3	2,07	0,513
<b>B.1.1.1.5 – Avaliação</b>					
58 – Avalia e documenta a evolução, no sentido de resultados esperados.	45	1	3	2,58	0,543
59 – Colabora com os clientes e /ou os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	45	1	3	2,42	0,621
60 – Utiliza os dados da avaliação para modificar os planos de cuidados.	45	2	3	2,62	0,490
<b>B.1.1.1.6. Comunicação e relações interpessoais</b>					
61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	44	2	3	2,66	0,479
62 – Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	44	2	3	2,66	0,479
63 – Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	45	2	3	2,82	0,387
64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	45	2	3	2,73	0,447
65 – Comunica com o cliente e/ou familiares de forma a dar-lhes poder.	41	1	3	2,49	0,553
66 – Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	45	2	3	2,78	0,420
67 – Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	44	1	3	2,45	0,589
<b>B.1.2 – Gestão dos Cuidados</b>					
<b>B.1.2.1 – Ambiente seguro</b>					

68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	43	1	3	2,58	0,587
69 – Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	42	1	3	2,31	0,604
70 – Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	44	2	3	2,84	0,370
71 – Implementa procedimentos de controlo de infeção.	43	1	3	2,51	0,668
72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	41	1	3	2,27	0,708
<b>B.1.2.2 – Cuidados de saúde inter profissionais</b>					
73 – Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.	43	1	3	2,49	0,551
74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	44	2	3	2,80	0,408
75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração.	43	2	3	2,77	0,427
76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	45	2	3	2,84	0,367
77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.	43	1	3	2,70	0,513
78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.	43	1	3	2,42	0,663
79 – Tem em conta as perspectivas dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa inter profissional.	45	1	3	2,49	0,589
<b>B.1.2.3 – Delegação e supervisão</b>					
80 – Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	41	1	3	2,24	0,663
81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte quando super visa aspectos dos cuidados delegados ao outro.	41	1	3	2,15	0,691
82 – Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.	41	1	3	2,51	0,637
<b>C – Desenvolvimento profissional</b>					

<b>C.1 – Valorização profissional</b>					
83 – Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	43	2	3	2,86	0,351
84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no desenvolvimento dos programas.	44	1	3	2,55	0,589
85 – Contribui para o desenvolvimento da prática da enfermagem.	43	1	3	2,60	0,541
86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	42	2	3	2,64	0,485
87 – Actua como um modelo efectivo.	40	2	3	2,43	0,501
88 – Assume responsabilidade de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	42	1	3	2,48	0,552
<b>C.2 – Melhoria da qualidade</b>					
89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	44	1	3	2,20	0,594
90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.	44	1	3	2,02	0,821
<b>C.3 – Formação Contínua</b>					
91 – Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.	44	2	3	2,64	0,487
92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	45	2	3	2,84	0,367
93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	44	2	3	2,80	0,408
94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	45	1	3	2,71	0,506
95 – Actua como um mentor /tutor eficaz.	43	1	3	2,49	0,631
96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	45	2	3	2,84	0,367

## Anexo 6:

Unidades de contexto e unidades de registo da análise





<b>Competência</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Categoria</b>
1	<p>“Aceito a responsabilidade e respondo pelas minhas acções e pelos juízos profissionais que elaboro, na medida em que faço registos das acções e dos juízos profissionais em meu nome”</p> <p>“Construção de diagnósticos de Enfermagem”</p> <p>“Responder a reclamações, falar com o utente e se necessário pedir desculpa”</p> <p>“Assumo as minhas responsabilidades fundamentando as intervenções que realizo”</p> <p>“Todos os registos são acompanhados de assinatura”</p>	<p>“Faço registos das minhas acções em meu nome”</p> <p>“Construção de diagnósticos de Enfermagem”</p> <p>“Responder a reclamações”</p> <p>“Pedir desculpa ao utente”</p> <p>“Fundamentar intervenções realizadas”</p> <p>“Registos acompanhados de assinatura.”</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1</p>
2	<p>“Quando reconheço que a complexidade da situação ultrapassa as minhas competências procuro o apoio da equipa multidisciplinar existente, seja ela de enfermeiros (enfermeiro especialista) ou outros profissionais”</p> <p>“Sei identificar quando a resolução de um problema sai do âmbito da minha competência, encaminhando para o profissional indicado”</p>	<p>“Procuro o apoio de um enfermeiro especialista”</p> <p>“Procuro o apoio da equipa multidisciplinar”</p> <p>“Encaminho o problema para o profissional indicado”</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

	<p>“Encaminhar para os profissionais adequados da equipe multidisciplinar”</p> <p>“Não ultrapasso hierarquia”</p> <p>“Orientações do código deontológico seguidas em conformidade”</p>	<p>“Encaminhar para os profissionais adequados”</p> <p>“Não ultrapassar hierarquia”</p> <p>“Seguir orientações do código deontológico”</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>3</p>
3	<p>“Quando reconheço que a complexidade da situação ultrapassa as minhas competências procuro o apoio da equipa multidisciplinar existente, seja ela de enfermeiros (enfermeiro especialista) ou outros profissionais”</p> <p>“Sempre que alguma situação/problema me traz dúvidas de actuação ou insegurança na sua realização consulto ou peço ajuda a colegas mais experientes ou especialistas.”</p> <p>“Recorro à colega especialista em Pediatria quando necessário”</p> <p>“Peço colaboração”</p> <p>“Qualquer situação fora do âmbito das minhas acções é encaminhada”</p> <p>“Pedir colaboração à enfermeira especialista do serviço”</p> <p>“Solicito colaboração de colegas especialistas”</p> <p>“Em situações de dúvida, peço ajuda a</p>	<p>“Procuo o apoio de um enfermeiro especialista”</p> <p>“Consulta colegas mais experientes”</p> <p>“Consulta colegas especialistas”</p> <p>“Recorro à colega especialista”</p> <p>“Pedir colaboração”</p> <p>“Encaminhar situações fora do âmbito de acção”</p> <p>“Pedir colaboração a enfermeira especialista”</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

	colega especialista”	“Solicitar colaboração de colega especialista”	5
		“Pedir ajuda a colega especialista”	5
4	“Encaminhamento do utente para o médico”	“Encaminhamento do utente para o médico”	5
	“Encaminhamento de casos à assistência social”	“Encaminhamento de casos à assistência social”	5
	“Encaminhamento do utente para outras áreas”	“Encaminhamento do utente para outras áreas”	5
	“Recorro a colega do serviço de queimaduras do hospital da prelada”	“Recorro a colega do serviço de queimaduras”	5
	“Consulta outros profissionais”	“Consultar outros profissionais”	5
	“Encaminhar utentes com necessidades especiais”	“Encaminhar utentes com necessidades especiais”	5
	“Encaminhamento para podologia ou psicoterapia”	“Encaminhamento para podologia”	5
	“Solicito colaboração de médica, psicóloga, nutrição, de acordo com as necessidades”	“Encaminhamento para psicoterapia”	5
	“Colaboração com assistente social”	“Solicitar colaboração de médico”	5
		“Solicitar colaboração de psicologia”	5
		“Solicitar colaboração de nutrição”	5
		“Colaborar com assistente social”	6
5	“Exerço a minha actividade como enfermeira baseada no respeito pela liberdade e dignidade do ser humano, numa perspectiva de igualdade e no respeito pelos direitos do ser humano.”	“Respeito pelos direitos do ser humano”	3
	“Preservar a privacidade, respeitar as crenças (fé) diferentes”	“Preservar a privacidade”	3
		“Respeitar crenças diferentes”	7

6	<p>“Discussão em grupo de planos de cuidados”</p> <p>“Aconselho o utente informando dos aspectos benéficos e maléficos que advém da tomada de decisão”</p>	<p>“Discussão em grupo de planos de cuidados”</p> <p>“Aconselho o utente”</p> <p>“Informo o utente dos aspectos benéficos e maléficos da tomada de decisão”</p>	<p>8</p> <p>9</p> <p>9</p>
7	<p>“Fazer por defender o direito à diferença, inculcando nos utentes o respeito pelo outro”</p>	<p>“Defender o direito à diferença”</p> <p>“Respeito pelo outro”</p>	<p>3</p> <p>3</p>
8	<p>“Procuro dar toda a informação pertinente ao utente de forma verdadeira e o mais clara possível”</p> <p>Transmitir informações sobre a evolução de uma ferida”</p> <p>“Tento sempre dar informações aos utentes acerca da minha actuação.”</p> <p>“Informar os utentes de acordo com a sua solicitação”</p> <p>“Fornecida informação no âmbito da área de actuação sempre que pedido”</p>	<p>“Dar informação ao utente verdadeira (...) e clara possível”</p> <p>“Transmitir informação sobre a evolução de uma ferida”</p> <p>“Dar informação acerca da minha actuação”</p> <p>“Informar os utentes se acordo com a sua solicitação”</p> <p>“Fornecer informação no âmbito de actuação”</p>	<p>3</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>4</p> <p>10</p> <p>4</p>
9	<p>“Quando o utente solícita confidencialidade procuro criar um ambiente propício para uma conversa a sós; mesmo que não o solicite assumo todas as conversas como confidenciais excepto quando considero necessário dar conhecimento a outros profissionais para a resolução do problema.”</p> <p>“Não divulgo informação do utente nem</p>	<p>“Criar ambiente propício para uma conversa a sós”</p> <p>“Assumo todas as conversas como confidenciais”</p> <p>Não divulgo informação do utente”</p>	<p>3</p> <p>3</p>

	revelo os seus dados a outrem”	“Não revelo os dados do utente”	3
	“Nenhuma informação é transmitida fora do âmbito da equipa”	“Não transmitir fora do âmbito da equipa”	3
	“Processo do utente gerido por elemento da equipa multidisciplinar apenas”	“Gerir o processo do utente”	12
10	“Quando administro um injectável, fecho a porta da sala à chave”	“Fecho a porta da sala”	3
	“Todos os cuidados prestados cumprem o direito à privacidade, fechando as portas ou colocando biombos.”	“Fechar a porta” “Colocar biombo”	3 3
	“Faço por evitar interrupção da consulta por outras pessoas e uso cortina na sala de pensos”	“Evito interrupção da consulta por outras pessoas” “Uso cortina na sala de pensos”	3 3
	“O Utente tem direito e expressar a sua vontade”	“Permitir o utente expressar a sua vontade”	13
	“Dar ao utente o poder de intervir sempre que não se sentir confortável”	“Dar ao utente o poder de intervir sempre que se sente desconfortável”	13
	“Cumpro sigilo profissional”	“Cumprir sigilo profissional”	3
11	“Após o ensino dos pós e dos contras não administro medicação que o utente recusa e registo essa recusa”	“Não administro medicação que o utente recusa” “Registo a recusa do utente”	3 1
	“O Utente tem direito e expressar a sua vontade”	“Permitir o utente expressar a sua vontade”	13
	“Utente informado de todo o processo antes	“Informar o utente de um processo antes de ser iniciado”	4

	de ser iniciado”		
12	<p>“Quando determinada prestação de cuidados pode colocar a segurança, dignidade ou privacidade em risco, tomo medidas no sentido de proteger o utente, nomeadamente fechar a porta da sala, pedir a outras pessoas que saiam, etc.</p> <p>“Preencher questionário sobre condições de trabalho que constituíram risco para o utente”</p> <p>“Preparação prévia de espaço físico”</p>	<p>“Tomo medidas no sentido de proteger o utente”</p> <p>“Fecho a porta da sala”</p> <p>“Peço a outras pessoas que saiam do local”</p> <p>“Preencher questionário sobre condições de risco para o utente”</p> <p>“Preparação prévia de espaço físico”</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>14</p> <p>15</p>
13	“Informar dos cuidados necessários ao procedimento, recorrer a colega”	<p>“Informar dos cuidados necessários a um procedimento”</p> <p>“Recorrer a um colega”</p>	<p>15</p> <p>5</p>
14			
15	“Utente que professa outra religião é respeitado como qualquer outra pessoa”	“Respeito por utente que tenha outra religião”	7
16	<p>“Para algumas pessoas os cuidados que interferem na intimidade não são bem aceites, tento preservar ao máximo a intimidade e intervir com respeito e delicadeza”</p> <p>“Os cuidados devem ser apropriados à situação geral do utente”</p>	<p>“Intervir com respeito”</p> <p>“Intervir com delicadeza”</p> <p>“Apropriar os cuidados ao utente”</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>16</p>
17	<p>“Estar inscrita na Ordem dos Enfermeiros”</p> <p>“Vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação”</p> <p>“Seguidas as orientações do código deontológico”</p>	<p>“Estar Inscrita na Ordem dos Enfermeiros”</p> <p>“Vacinar de acordo com o Plano Nacional de Vacinação”</p> <p>“Seguir as orientações do código deontológico”</p>	<p>17</p> <p>18</p> <p>17</p>
18			

19	“Responder a reclamações, dando razão ao utente se este tiver razão”	“Responder a reclamações” “Reconhecer se o utente tiver razão”	3 3
20	“Nas minhas actividades utilizo sempre a postura mais adequada: respeito e empatia pelo utente, assepsia, tratamento adequado nas feridas etc”  “Aplicação de técnicas assépticas de acordo com a situação”	“Respeito pelo utente” “Empatia pelo utente” “Assepsia no tratamento de feridas” “Tratamento adequado nas feridas”  “Aplicação de técnica asséptica”	3 19 20 2  20
21	“Aplico conhecimentos de saúde na prática que se mostram eficazes” “Consultar núcleos de investigação e respectivos estudos”	“Aplico conhecimentos que se mostram eficazes”  “Consultar estudos de núcleos de investigação”	17  17
22	“Participo nas reuniões da USF onde se revelam inovação na enfermagem e nos cuidados de saúde”	“Participo nas reuniões da USF”	8
23	“Avalio o regime terapêutico, resultados e reformulo cuidados”	“Avalio o regime terapêutico” “Avalio Resultados” “Reformulo cuidados”	21 22 23
24	“As minhas actuações enquanto profissional têm sempre como base os conhecimentos adquiridos a nível académico e profissional.”  “Tomo decisões fundamentadas nos conhecimentos da formação contínua”  “Actuação com base na evidência de resultados”	“Actuações com base em conhecimentos académicos” “Actuações com base em conhecimentos profissionais”  “Decisões fundamentadas na formação contínua”	17  17  17
25	“Procuro informar os utentes dos cuidados que vou prestar e fundamentar com base	“Fundamentar com base científica”	17

	científica de forma o obter o consentimento informado informal.”		
	“Registo os parâmetros avaliados no SAPE”	“Registo os parâmetros avaliados no SAPE”	1
	“Actuação com base em artigos de investigação”	“Actuação com base em artigos de investigação”	17
26	<p>“A organização do tempo é realizada com base no agendamento de contactos futuros”</p> <p>“Procuro utilizar os meios informáticos e faço planeamento mental”</p> <p>”Procuro aplicar o Processo de Enfermagem como melhor forma de organizar a prestação de cuidados”</p> <p>“As minhas actuações são desenvolvidas de forma a estabelecer prioridades, alargando assim o meu tempo de execução das tarefas de acordo com as actividades para mim destacadas e os agendamentos.”</p> <p>“Adequo o tempo às necessidades do utente”</p> <p>“Planeamento de intervenções de acordo com o caso”</p> <p>“Agendamento de consultas de enfermagem”</p>	<p>“Agendamento de contactos”</p> <p>“Utilizo os meios informáticos”</p> <p>“Faço planeamento mental”</p> <p>“Aplico o Processo de Enfermagem”</p> <p>“Estabelecimento de prioridades”</p> <p>“Agendamento”</p> <p>“Adequo o tempo às necessidades do utente”</p> <p>“Planear intervenções”</p> <p>“Agendamento de consultas”</p>	<p>24</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>17</p> <p>25</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>2</p> <p>24</p>
27	“O utente tem direitos e deveres, o	“Reconhecer os direitos do utente”	3



	profissional tem direitos e deveres”	“Reconhecer os deveres do utente” “Reconhecer os próprios direitos” “Reconhecer os próprios deveres”	3 3 3
28	“Mostro disponibilidade para responder aos problemas dos indivíduos” “Como enfermeiro de família, mostro disponibilidade para ser contactado”	“Mostro disponibilidade”  “Mostrar disponibilidade para ser contactado”	26  26
29	“Informo o utente de forma perceptível e essencial”  “Informação fornecida adaptada a população alvo”	“Informar de forma perceptível”  “Adaptar informação à população alvo”	10  10
30			
31			
32	“Compreendo os objectivos em termos de saúde e apoio social aos mais desfavorecidos”	“Apoio aos mais desfavorecidos”	27
33	“Trabalho em equipa” “Trabalho em colaboração com os enfermeiros da minha unidade” “Colaboração com assistente social”  “Escrever cartas de referenciação e transferência”	“Trabalho em equipa”  “Colaboração com os enfermeiros da unidade” “Colaborar com assistente social”  “Escrever carta de referenciação” “Escrever carta de transferência”	6  6 6  24 24
34	“Procuro cuidar o utente tendo em conta todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social e familiar”	“Cuido do utente tendo em conta as sua dimensão biológica” “Cuido do utente tendo em conta a sua dimensão psicológica” “Cuido do utente tendo em conta a sua dimensão social” “Cuido do utente tendo em conta a sua dimensão familiar”  “Encaro o utente como um ser único inserido numa família” “Encaro o utente como um ser único inserido numa	28 29 27  30

	“Encaro o utente como um ser único, inserido numa família e numa comunidade”	comunidade”	30 31
35	“Ensinos a grupos de risco” “Participei na acção “Prevenção de AVC” na unidade de saúde”	“Ensinos a grupos de risco” “Participar na acção de formação “Prevenção de AVC”	32 32
36	“Fornecimento de material de leitura” “Adapto estratégias aos recursos que o indivíduo tem” “Actuação em conformidade com as normas da DGS”	“Fornecimento de material de leitura” “Adaptar estratégias aos recursos do indivíduo” “Actuar em conformidade com as normas da DGS”	33 2 17
37	“Educar hábitos alimentares”	“Educar hábitos alimentares”	34
38	“Educar hábitos sobre sexualidade”	“Educar hábitos sobre sexualidade”	35
39			
40	“Estimulo e ensino estratégias para desenvolverem ou manterem capacidades de independência”	“Ensinar estratégias para desenvolver independência” “Estimular capacidades para manter a independência”	36 36
41	“Educar sobre desenvolvimento infantil” “Educação para a saúde a Hipertensos, Diabéticos, Prestadores de Cuidados. “Intervir na educação sobre adesão e gestão do regime terapêutico”	“Educar sobre desenvolvimento infantil” “Educar para a saúde Hipertensos” “Educar para a saúde Diabéticos” “Educar para a Saúde o prestador de cuidados” “Educar na adesão de regime terapêutico” “Educar na gestão do regime terapêutico”	37 32 32 38 39 39
42	“Aplico a empatia e trabalho a motivação “ Acções de formação e ensinos ao utente, às famílias e à comunidade”	“Ser empático” “Trabalhar a motivação” “Realizar acções de formação aos utentes” “Realizar acções de formação às famílias” “Realizar acções de formação às comunidades”	19 13 32 39 32
43	“Vigiar auto-vigilância”	“Vigiar auto-vigilância”	21

	<p>“Avalio o conhecimento e a compreensão e registo no SAPE”</p> <p>“Efectuar a avaliação de conhecimento de informação dada ao utente através de conversas”</p>	<p>“Avaliar o conhecimento”</p> <p>“Avaliar a compreensão”</p> <p>“Avaliar conhecimentos do utente”</p> <p>“Conversar com o utente”</p>	<p>40</p> <p>40</p> <p>40</p> <p>4</p>
44	<p>“Assistir a pessoa a identificar a razão pela qual não adere ao Regime Terapêutico”</p> <p>“Avalio continuamente os dados obtidos para orientar a minha acção de forma eficaz”</p>	<p>“Assistir a pessoa a identificar a razão pela qual não adere ao Regime Terapêutico”</p> <p>“Avalio continuamente os dados obtidos”</p>	<p>9</p> <p>22</p>
45	<p>“Analiso e registo os parâmetros no SAPE”</p>	<p>“Analiso parâmetros”</p> <p>“Registo no SAPE”</p>	<p>22</p> <p>1</p>
46	<p>“Formulo com o utente desde o primeiro contacto um plano de cuidados informando-o da situação presente, das estratégias que vão ser utilizadas, o período em que as intervenções são implementadas e os resultados esperados”</p> <p>“Elaboração de um processo de enfermagem”</p> <p>“Incluo sempre que possível a participação dos utentes ou cuidadores na elaboração do plano de cuidados”</p> <p>“Planeamento de várias consultas de diabetes com o utente”</p>	<p>“Formulo um plano de cuidados no primeiro contacto”</p> <p>“Informando-o da situação presente”</p> <p>“(…) das estratégias que vão ser utilizadas”</p> <p>“(…) dos resultados esperados”</p> <p>“Elaboração de um processo de enfermagem”</p> <p>“Incluir a participação do utente na elaboração do plano de cuidados”</p> <p>“Incluir a participação dos cuidadores na elaboração do plano de cuidados”</p> <p>“Planear consultas de Diabetes com o utente”</p>	<p>2</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>13</p> <p>41</p> <p>24</p>
47	<p>“Pedir a opinião médica ou de outros colegas da equipa”</p> <p>“Pedir colaboração e encaminhamento dos utentes”</p>	<p>“Pedir a opinião médica”</p> <p>“Pedir a opinião de outros colegas da equipa”</p> <p>“Pedir colaboração”</p> <p>“Encaminhar utente”</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>42</p>

48	Informo d forma mais perceptível possível e avalio a compreensão do utente, agindo em conformidade”	“Informar de forma perceptível” “Avaliar a compreensão do utente”	10 40
49			
50	“Monitorizar as feridas”	“Monitorizar as feridas”	43
51	“Avaliar a adesão ao regime terapêutico”  “Avalio a evolução dos dados no SAPE e reformulo o plano de cuidados com o utente”	“Avaliar a adesão ao regime terapêutico”  “Avaliar a evolução dos dados no SAPE”	21  22
52	“Registo no aplicativo SAPE” “Registo no Sape” “Registo em suporte de papel” “Registo os dados no SAPE” “Registo de toda a actividade no SAPE”	“Registo no SAPE” “Registo no Sape” “Registo em suporte de papel” “Registo no SAPE” “Registo no SAPE”	1 1 1 1 1
53	“Executar tratamento à ferida” “Executo as minhas tarefas de acordo com o planeado”	“Executar tratamento à ferida”  “Executo as tarefas de acordo com o planeado”	16  16
54	“Escutar o utente” “Na minha actuação estabeleço sempre uma relação de confiança profissional entre mim e o utente”  “Faço por respeitar a privacidade e intimidade do utente”  “DAR ao utente o poder de intervir sempre que necessário”	“Escutar o utente”  “Estabelecimento de relação de confiança”  “Respeitar privacidade do utente” “Respeitar intimidade do utente”  “Dar ao utente o poder de intervir”	40  26  3 3  13
55	“Registo no aplicativo SAPE” “Efectivar plano de trabalho no SAPE” “As minhas actuações são sempre registadas no SAPE” “Registo as intervenções de enfermagem no SAPE”	“Registo no SAPE” “Efectivar plano de trabalho no SAPE”  “ Actuações registadas no SAPE”  “Registo intervenções no SAPE”	1 1  1  1

	“Plano de cuidados utilizando o SAPE”	“Planear os cuidados no SAPE”	
56	“O plano de cuidados é constantemente actualizado em conformidade com as situações”	“O plano de cuidados é actualizado”	23
57	“Em caso de emergência presto os primeiros cuidados e encaminho para o médico ou hospital”	“Prestar primeiros cuidados de emergência” “Encaminhar para o médico” “Encaminhar para o hospital”	44 5 42
58	“Avaliar a aceitação do papel do prestador de cuidados” “Registos no sape” “Plano de cuidados utilizando o SAPE”	“Avaliar a aceitação do papel do prestador de cuidados” “Registo no sape” “Planear os cuidados no SAPE”	45 1 2
59	“Realizar estudos de caso em equipa” “Adequo estratégias às condicionantes de cada indivíduo” “Utente informado de todos os procedimentos e integrado nos cuidados”	“Realizar estudos de caso em equipa” “Adequar estratégias a cada indivíduo” “Informar utente de todos os procedimentos” “Integrar utente nos cuidados”	8 2 4 13
60	“Realizar estudos de caso em equipa” “Sempre que um tratamento de uma ferida não resulta, faço uma avaliação e altero os tratamentos mediante essa avaliação”  “Mudo o tratamento de acordo com a evolução”	“Realizar estudos de caso em equipa” “Alteração do tratamento de uma ferida quando este não resulta”  “Mudar tratamento de acordo com evolução”	8 23  23
61	“Encorajar a comunicação expressiva de emoções” “Procuro desenvolver uma comunicação assertiva” “Interessa-me a mim enquanto profissional de saúde que a comunicação seja assertiva e empática, utilizando o toque terapêutico quando necessário.” “Aplico a comunicação adequada ao utente	“Encorajar a comunicação expressiva de emoções”  “Desenvolver comunicação assertiva”  “Comunicação assertiva” “Comunicação empática” “Realizar toque terapêutico”  “Aplicar comunicação com empatia”	19  26  26 19 26

	usando empatia”		19
62			
63	<p>“Utilizo linguagem acessível”</p> <p>“Adequo a informação à compreensão e conhecimento dos indivíduos”</p> <p>“Observar feed-back do utente”</p>	<p>“Utilizo linguagem acessível”</p> <p>“Adequar informação à compreensão do indivíduo”</p> <p>“Adequar informação ao conhecimento do indivíduo”</p> <p>“Observar feedback do utente”</p>	<p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>40</p>
64	<p>“Optimizar a comunicação”</p> <p>“Respondo Às questões que os indivíduos perguntam sobre a enfermagem”</p>	<p>“Optimizar a comunicação”</p> <p>“Responder às questões colocadas”</p>	<p>26</p> <p>26</p>
65	<p>“Informo os clientes/familiares para que decidam de forma responsável”</p>	<p>“Informar o utente para que decidam de forma responsável”</p> <p>“Informar os familiares para que decidam de forma responsável.”</p>	<p>9</p> <p>39</p>
66	<p>“Utilização do SAPE”</p> <p>“Fornecer aos utentes sites da Internet pertinentes quando se aplica”</p>	<p>“Utilização do SAPE”</p> <p>“Fornecer ao utente sites da Internet pertinentes”</p>	<p>1</p> <p>33</p>
67	<p>“Realização de formações”</p>	<p>“Realização de formações”</p>	<p>17</p>
68	<p>“Utilização de manual de procedimentos de controlo de infecções”</p> <p>“Estou sempre atenta a situações de risco e vou minimizar os riscos”</p>	<p>“Utilização de manual de procedimentos de controlo de infecções”</p> <p>“Atenção a situações de risco”</p> <p>“Minimizar riscos”</p>	<p>17</p> <p>14</p> <p>15</p>
69			
70	<p>“Observo os procedimentos de manutenção e validade”</p> <p>“Registo o laboratório e lote”</p> <p>“Procedimento efectuado de acordo com normas de administração”</p>	<p>“Observar os procedimentos de manutenção”</p> <p>“Observar a validade”</p> <p>“Registar o laboratório e lote”</p> <p>“Administrar de acordo com normas”</p>	<p>15</p> <p>15</p> <p>1</p> <p>17</p>
71	<p>“Uso luvas, pinças esterilizadas e outras habilidades para manter assepsia”</p>	<p>“Usar luvas esterilizadas”</p> <p>“Usar pinças esterilizadas”</p>	<p>20</p> <p>20</p>

		“Usar habilidades para manter assepsia”	20
72	“Responder a questionário” “Informar coordenadora de enfermagem”	“Responder a questionário” “Informar coordenadora de enfermagem”	6 6
73	“Reuniões de equipa” “Faço por colaborar o melhor possível com outros profissionais”	“Reuniões de equipa” “Colaboro com outros profissionais”	8 6
74	“Reuniões de equipa” “Colaboro nas diversas actividades de enfermagem e equipa”	“Reuniões de equipa” “Colaborar em actividades de equipa”	8 6
75	“Reuniões de equipa”	“Reuniões de equipa”	8
76	“Reuniões de equipa”	“Reuniões de equipa”	8
77	“Reuniões de equipa” “Contribua com a minha perspectiva nas decisões tomadas em equipa”	“Reuniões de equipa” “Perspectivar nas decisões de equipa”	8 8
78	“Reuniões de equipa” “Reuniões com a equipa de saúde familiar”	“Reuniões de equipa” “Reunir com a equipa de saúde familiar”	8 8
79	“Reuniões de equipa” “Nas decisões em equipa, revelo a perspectiva do utente” “Integrar o utente no plano de cuidados”	“Reuniões de equipa” “Revelar a perspectiva do utente à equipa” “Integrar utente no plano dos cuidados”	8 3 13
80			
81			
82			
83	“Procuro manter a minha imagem enquanto profissional através de uma postura de serenidade, verdade, apoio, compaixão, conhecimentos e técnicas científicas.”	“Postura de serenidade” “Postura de verdade” “Postura de apoio” “Postura de compaixão” “(transmitir) conhecimentos e técnicas científicas”	26 26 26 26 26

	“Utilização de fardamento”	“Utilização de fardamento”	15
84	“Participação em planos de acção institucionais”	“Participação em planos de acção institucionais”	6
85	“Aplico os novos conhecimentos adquiridos”	“Aplicar novos conhecimentos adquiridos”	17
86	“Procuo uma constante actualização formal e informal de conhecimentos” “Colaboro nos questionários de estudos de enfermagem”	“Actualização formal de conhecimentos” “Actualização informal de conhecimentos” “Colaborar em questionários de estudos em enfermagem”	17 17 6
87	“Faço por exercer enfermagem com responsabilidade e ética”	“Exercer com responsabilidade” “Exercer com ética”	3 3
88	“Exerço uma figura de líder na orientação dos planos de cuidados por mim feitos”	“Orientação dos planos de cuidados realizados”	46
89	“Aplico os indicadores estipulados a nível nacional, institucional e de qualidade”  “Realização de um plano de acção e contratualização com a ARS”	“Aplicar indicadores estipulados a nível institucional” “Aplicar indicadores estipulados a nível nacional” “Aplicar indicadores de qualidade”  “Realização de um plano de acção” “Contratualização com a ARS”	17  17 17  17 6
90	Contribuo para os resultados do Programa de Acção da USF no exercício das minhas funções”	“Contribuir para o Programa de Acção da USF”	6
91	“Realização de reuniões de enfermagem”	“Realização de reuniões de enfermagem”	8
92	“Participação em formações” “Realização de diversas formações” “Formação contínua” “Participo nas várias formações que se proporcionam” “Formação profissional auto-financiada” “Formação contínua no âmbito do centro de saúde e da ARS”	“Participação em formações” “Realização de formações” “Formação contínua” “Participo nas formações”  “Formação profissional”  “Formação contínua no centro de saúde” “Formação contínua na ARS”	17 17 17 17  17  17 17



93	<p>“Procuo realizar formações nas áreas onde sinto mais dificuldades”</p> <p>“Sempre que possível revelo a minha vontade de fazer formações”</p> <p>“Formação de serviço pedido ao ACES”</p> <p>Participação em acções de formação”</p>	<p>“Realizo formações nas áreas onde sinto mais dificuldade”</p> <p>“Fazer formações”</p> <p>“(Fazer) Formação de serviço”</p> <p>“Participar em acções de formação”</p>	<p>17</p> <p>17</p> <p>17</p> <p>17</p>
94	<p>“Orientação de alunos”</p> <p>“Orientação de alunos estagiários”</p> <p>“Supervisão clínica de enfermeiros”</p> <p>“Realizo acções de formação em unidades funcionais e oriento alunos em estágio”</p>	<p>“Orientação de alunos”</p> <p>“Orientação de alunos”</p> <p>“Supervisão clínica de enfermeiros”</p> <p>“Realização de acções de formação em unidades funcionais”</p> <p>“Orientação de alunos em estágio”</p>	<p>47</p> <p>47</p> <p>47</p> <p>17</p> <p>47</p>
95	<p>“Observar feed-back dos alunos”</p> <p>“Procuo responder de forma eficaz às necessidades dos alunos, proporcionando experiências novas”</p>	<p>“Observar feed-back dos alunos”</p> <p>“Proporcionar experiências novas aos alunos”</p>	<p>47</p> <p>47</p>
96	<p>“Convívio social com os membros da equipa”</p> <p>“Participo em formações com outros colegas e profissionais e aprendo com as experiências deles”</p> <p>“Formação, congressos, seminários”</p>	<p>“Convívio com os membros da equipa”</p> <p>“Participar em formações”</p> <p>“Aprender com a experiências de colegas”</p> <p>“Aprender com experiências de outros profissionais”</p> <p>“(Participar em) formações”</p> <p>“(Participar em) congressos</p> <p>“(Participar em) seminários</p>	<p>6</p> <p>17</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>17</p> <p>17</p> <p>17</p>