



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

AUTONOMIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

JORGE MANUEL DA SILVA RIBEIRO

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

JORGE MANUEL DA SILVA RIBEIRO

AUTONOMIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Manuel Alves
Rodrigues.

Prof. Coordenador com Agregação, ESEnfC

Aos meus pais por toda a confiança e
esperança que sempre depositaram em
mim...

aos meus filhos David e Sara por todo
o amor e toda a alegria...

à minha esposa Patrícia com todo o amor...

Agradecimentos

Ao Senhor Professor Doutor Manuel Rodrigues pelo conhecimento, competência e disponibilidade que transmitiu durante toda esta caminhada, de forma incansável e altruísta.

À Senhora Professora Doutora Maria Arminda Costa por conseguir tornar o desafio mais difícil numa viagem serena e desejável.

A todos os enfermeiros que ao ler esta tese se mostrem capazes de lutar por uma profissão de enfermagem mais autónoma.

Resumo

A autonomia em enfermagem é um assunto actual, problemático e paradoxal. Os enfermeiros consideram extremamente importante a autonomia no seu contexto de trabalho, como um requisito para o estatuto profissional. O facto de, passados tantos anos, com conquistas difíceis, com a rápida evolução do conhecimento de enfermagem, com o contributo importante da enfermagem para os ganhos de saúde e evolução do sistema nacional de saúde, ainda não existir, dentro da esfera profissional e fora dela, o reconhecimento merecido, fez com que fosse necessário reflectir sobre a problemática. No contexto de um estudo descritivo correlacional definiram-se os seguintes objectivos: *Identificar o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho; Analisar a correlação entre o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho e as variáveis, idade, tempo de serviço, número de serviços em que trabalhou, grau da satisfação com a profissão de enfermagem e capacidade de tomar decisões na actividade profissional; Analisar as diferenças no nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no contexto de trabalho, em função das variáveis sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional*

A forma de atingir estes objectivos foi utilizando um questionário que continha a escala NAS (Nursing Activity Scale) da autora Kelly Schutzenhofer que foi submetida a um processo de tradução para língua portuguesa seguindo os critérios “translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques (Cha, Kim e Erlen, 2007). O questionário foi aplicado a uma amostra de 150 enfermeiros, seleccionados através de um processo de amostragem não probabilística. Os resultados da análise estatística à escala de autonomia, revelou bom nível de consistência interna, $\alpha=0,88$, normalidade da distribuição, Kolmogorov-Smirnov, $p=0,20$. O nível de autonomia apresentou Média=178 e DP=21.06, considerando um mínimo de 113 e máximo de 240. A análise inferencial indica diferença significativa no nível de autonomia em função das variáveis habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional; e também que os enfermeiros que se manifestam mais satisfeitos com a sua profissão, e revelam mais capacidade de tomada de decisão no contexto de trabalho, expressam também uma maior percepção de autonomia profissional. Sugere-se, após a leitura dos resultados, um investimento no desenvolvimento de contextos de suporte aos enfermeiros, no sentido de promover a formação contínua enfatizando as competências de decisão.

Abstract

The nursing autonomy is a present, problematic and paradoxical subject. The nurses consider extremely important the autonomy in its work context, as a requirement for the professional statute. The fact of, passed as many years, with difficult conquests, the fast evolution of the nursing knowledge, with important contribute of the nursing for the profits of health and evolution of the national system of health, doesn't exist yet, inside of the professional sphere and out of it, the deserved recognition, made that it was necessary to reflect on this problematic. In the context of a correlational descriptive study the following objectives had been defined: *To identify the level of autonomy perceived for the nurses in its work context ; analyze the correlation between the autonomy level perceived for the nurses in its context of work and other variables like, age, time of service, number of services where the professional worked, level of the satisfaction with the nursing profession and capacity to take decisions in the professional activity; analyze the differences in the level of autonomy perceived for the nurses in the work context, related to the variables sex, academics qualifications, workstation, professional category*

The form to reach these objectives was using a questionnaire that contained NAS (Nursing Activity Scale) from the author Kelly Schutzenhofer that was submitted to a process of translation for Portuguese language following the criteria "translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques (Cha, Kim e Erlen, 2007). The questionnaire was applied to a sample of 150 nurses, selected through a process of not probabilistic sampling. The results of the analysis statistics to the autonomy scale, disclosed good level of internal consistency, $\alpha=0,88$, normality of the distribution, Kolmogorov-Smirnov, $p=0,20$. The autonomy level presented a Mean=178 and DP=21.06, considering a 113 minimum of and maximum of 240. The inferential analysis indicates significant difference in the autonomy level in function of the variables academics qualifications, workstation, professional category; e also that the nurses who if reveal more satisfied with its profession, and disclose more capacity of taking of decision in the work context, also express a bigger perception of professional autonomy. It is suggested, after the reading of the results, an investment in the development of contexts of support to the nurses, in the course to promote the continuous formation emphasizing the decision abilities

Résumé

L'autonomie dans métier d'infirmier est un sujet actuel, problématique et paradoxal. Les infirmiers considèrent extrêmement important l'autonomie dans leur contexte de travail, comme une condition pour le statut professionnel. Le fait de, passés autant années, avec des conquêtes difficiles, avec la rapide évolution de la connaissance de métier d'infirmier, avec la contribution importante de la métier d'infirmier pour les profits de santé et d'évolution du système national de santé, encore ne exister pas, à l'intérieur de la sphère professionnelle et excepté d'elle, la reconnaissance méritée, a fait avec qu'il fallait refléter sur la problématique. Dans le contexte d'une étude descriptive corrélational se sont définis les suivants objectifs : *Identifier le niveau d'autonomie perçue par les infirmiers dans son contexte de travail ; Analyser la corrélation entre le niveau d'autonomie perçue par les infirmiers dans son contexte de travail et variables, l'âge, le temps de service, le numéro de services où il a travaillé, le degré de la satisfaction avec la profession de métier d'infirmier et la capacité de prendre des décisions dans l'activité professionnelle ; Analyser les différences à le niveau d'autonomie perçue par les infirmiers dans le contexte de travail, en fonction des variables sexe, qualifications académiques, lieu de travail, catégorie professionnelle*

La forme d'atteindre ces objectifs a utilisé un questionnaire qui contenait NAS (Nursing Activity Scale) de l'auteur Kelly Schutzenhofer qui a été soumis à un processus de traduction pour langue portugaise en suivant les critères « translation of scales in cross-cultural research : issues and techniques (Cha, Kim, Erlen, 2007). Le questionnaire a été appliqué à un échantillon de 150 infirmiers, sélectionnés à travers un processus d'échantillonnage non probabiliste. Les résultats de l'analyse statistique à l'échelle d'autonomie, a révélé bon niveau de consistance interne, $\alpha=0,88$, normalité de la distribution, Kolmogorov-Smirnov, $p=0,20$. Le niveau d'autonomie a présenté Média=178 et DP=21.06, en considérant un minimum de 113 et un maximum de 240. L'analyse inferencial indique différence significative à le niveau d'autonomie en fonction des variables qualifications académiques, lieu de travail, de catégorie professionnelle ; et aussi que les infirmiers qui se manifestent plus satisfaits avec leur profession, et révèlent plus capacité de prise de décision dans le contexte de travail, expriment aussi une plus grande perception d'autonomie professionnelle. Il se suggère, après la lecture des résultats, d'un investissement dans le développement de contextes de support aux infirmiers, dans le but de promouvoir la formation continue en soulignant les compétences de décision.

SUMÁRIO

PARTE UM - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
CAPÍTULO I - AUTONOMIA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	17
1.1- Autonomia profissional em enfermagem: Contextualização Histórica.....	17
1.2 – Conceptualização da autonomia profissional	35
CAPÍTULO II – CONTRIBUTOS DA FORMAÇÃO E DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA.....	48
2.1 – A importância da formação e da investigação em enfermagem ..	48
CAPÍTULO III – MUDANÇAS NA PRÁTICA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS.....	54
3.1 – Intervenções autónomas e interdependentes	54
3.2 – A importância do processo de tomada de decisão.	59
3.3 – Construção da autonomia baseada no cuidar.....	65
3.4 – A imagem e a identidade de enfermagem	70
PARTE DOIS - ESTUDO EMPÍRICO	78
CAPÍTULO IV - METODOLOGIA.....	79
4.1 – Tipo de estudo	79
4.2 – População/amostra.....	79
4.3 - Hipóteses em estudo	80
4.4 – Variáveis	81
4.5 – Instrumento de colheita de dados	83
4.6 - Procedimentos éticos e formais.....	85
4.7 – Tratamento estatístico dos dados.....	86
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	87
5.1 - Caracterização da amostra	87
5.2 - Dados descritivos do nível de autonomia profissional, percebida pelos enfermeiros, no seu contexto de trabalho.	90

5.3 – Resultados dos testes de diferença de médias da variável autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho, em função das variáveis <i>sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional</i>.	90
5.4 – Resultados do teste de correlação entre o nível de autonomia profissional e as variáveis idade, tempo de serviço, número de serviços em que trabalhou, satisfação com a profissão e capacidade de tomar decisões no trabalho.	95
CAPITULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	98
CONCLUSÃO	104
BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	114
Anexo I – Escala de autonomia original da autora Kelly Schutzenhofer (Nursing Activity Scale)	115
Anexo II –Tradução da escala para português	119
Anexo III – Questionário para a colheita de dados	122
Anexo IV –Autorização de utilização da escala pela autora:	128

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Coeficiente da consistência interna Alpha de Cronbach (NAS)	85
Quadro 2 – Distribuição dos participantes segundo as características sócio - demográficas	89
Quadro 3 – Dados descritivos relativos à variável autonomia	90
Quadro 4 – Resultado do teste t de student para o nível de autonomia relativo ao sexo .	90
Quadro 5 – Resultado do teste Anova para a variável autonomia relativa às habilitações académicas	91
Quadro 6 – Resultado do test post hoc Tukey HSD para a variável Habilitação académica	91
Quadro 7 – Resultado do teste Anova para a variável autonomia profissional relativa ao local de trabalho	92
Quadro 8 – Resultado do test post hoc Tukey HSD para a variável local de trabalho	93
Quadro 9 – Resultado do teste Anova para a variável autonomia relativa à categoria profissional	94
Quadro 10 – Resultado do teste post hoc Tukey HSD para a variável categoria profissional	94
Quadro 11 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e a idade	95
Quadro 12 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e o tempo de serviço	95
Quadro 13 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e o número de serviços onde exerceu	96
Quadro 14 – Dados descritivos do nível de satisfação com a profissão	96
Quadro 15 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e satisfação profissional	96
Quadro 16 – Dados descritivos da variável capacidade de tomada de decisão	97
Quadro 17 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e capacidade de tomada de decisão.....	97

INTRODUÇÃO

A autonomia profissional tem sido, ao longo do tempo e da evolução da enfermagem, um tema importante à compreensão da profissão, tanto na definição de seus desafios e objectivos como na forma como os enfermeiros se relacionam e se apresentam para a equipa de saúde e para a sociedade em geral (Amendoeira, 2004).

A autonomia em enfermagem é um assunto actual, problemático e paradoxal.

Actual porque, como considera Nunes (2003), o expoente máximo da conquista da autonomia dos enfermeiros está relacionado com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e a criação da ordem dos enfermeiros com os seus estatutos e com o código deontológico. A integração do ensino de enfermagem no ensino superior e mais tarde no ensino universitário, o investimento na investigação, a qualidade do empenho e desempenho dos enfermeiros, a frequência pelos enfermeiros de graus académicos mais elevados permitiram a afirmação da enfermagem nas suas dimensões académicas e profissionais. Assim como a criação da ordem dos enfermeiros em 1998 onde o estado considera que a enfermagem é uma profissão que merece o reconhecimento suficiente para se poder regular nos seus aspectos deontológicos e disciplinares (Abreu, 2001). Todos estes aspectos podem (ou deveriam) dar mais visibilidade a uma profissão que durante muitos anos esteve ausente dos meios académicos (quer na produção de investigação, quer da parte docente, já que durante muitos anos a maior parte das disciplinas eram leccionadas por médicos), e, através da ordem, conseguir tornar os objectivos e políticas da enfermagem mais influentes no que diz respeito às decisões tomadas nas reformas da saúde.

Outro aspecto tem a ver com a mudança no objecto de estudo por parte dos enfermeiros. Desde o início da década de 90 que o foco da literatura em enfermagem se tornou o facto da enfermagem se ter de tornar mais autónoma, responsável e orientada para o doente, num esforço para criar um ambiente na prática que servisse para manter os enfermeiros na sua profissão (Krugman, 1999).

O percurso que a profissão tem vindo a percorrer ao longo dos últimos anos, quer ao nível da formação académica quer profissional, a regulamentação das funções inerentes ao exercício profissional e a criação da ordem/ estatuto/ código deontológico tem vindo a transformar os enfermeiros num grupo profissional mais exigente e desperto para as questões ligadas à autonomia de enfermagem. Assim cada vez mais a questão da autonomia na profissão tem vindo a ser objecto de discussão, quer nas escolas, locais de trabalho ou quando reflectimos ou analisamos as nossas práticas (Parreira, 2004). Ainda

hoje os enfermeiros sentem dificuldade em exercer e justificar a sua autonomia, num sistema de saúde cada vez mais virado para o lucro e que cada vez mais se afasta do doente e do cuidar, tornando os tratamentos médicos (consultas e cirurgias) como únicos indicadores de produtividade e resultados.

Problemático por varias razões: primeiro porque, vivendo durante muitos anos escondidos atrás e sob a alçada de outros técnicos de saúde, é normal que agora esta súbita transformação dos papéis, funções, competências e saberes adquiridos cause algum desconforto no seio da equipa de saúde. Outro aspecto está relacionado com os próprios profissionais de enfermagem. Muitos ainda não conseguiram sair da “idade média” da enfermagem, agarrados a velhos e maus hábitos que adquiriram durante muitos anos de prática baseada no modelo biomédico e de uma enfermagem pouco ou nada autónoma. Outros colegas, talvez porque é mais fácil cumprir prescrições que ser autónomo e desenvolver actividades de enfermagem autónomas, onde é necessário pensar e ser responsável pelos actos por eles prescritos e desenvolvidos, continuam a privilegiar as actividades inter-dependentes, o que não permite que todo este processo de conquista de um espaço próprio se agilize e chegue ao rumo pretendido. O modelo biomédico é ainda o preferido de muitos dos nossos colegas que pensam que é mais importante tratar do que cuidar. É obvio que é muito mais fácil cumprir prescrições do que avaliar, planear, executar e ver o resultado de actividades que são autónomas e próprias do enfermeiro. Este modelo também agrada às instituições já que desta forma os enfermeiros realizam uma carga maior de trabalho (Monteiro, 1988).

De acordo com Amendoeira (2004) os profissionais de enfermagem tem cada vez mais clara a percepção das capacidades, das qualificações e das competências que desenvolvem quotidianamente mas têm dificuldade em assumir um papel mais significativo na construção e no desenvolvimento da saúde nas pessoas, grupos e sociedade. Como se pode constatar o problema vem de dentro, ou seja, os próprios enfermeiros tornam-se um obstáculo ao justo desenvolvimento de uma profissão autónoma. Deve-se reflectir sobre este aspecto e tentar construir a profissão e a sua autonomia de dentro para fora, de uma forma sólida e, como se irá descrever noutro capítulo deste estudo, baseado nos conhecimentos que são próprios e únicos da enfermagem.

Paradoxal porque, não obstante todo o reconhecimento que a nossa profissão tem das instituições governamentais, do crescente número de enfermeiros licenciados, mestres e doutores, da inclusão do curso de enfermagem no ensino universitário, da visível melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população fruto do investimento da investigação nas ciências de enfermagem, não existe um retorno, na mesma proporção,

em relação à visibilidade social da nossa profissão nem do reconhecimento dos outros profissionais de saúde, o que não permite que os enfermeiros consigam prestar cuidados de enfermagem realmente autónomos. De acordo com Amendoeira (2004) a enfermagem constitui-se actualmente numa área de saber útil à sociedade, a partir do desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida, mas que ainda não são reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção.

A valorização do estatuto social e profissional dos enfermeiros está estritamente associado a uma actividade de reflexividade crítica sobre a profissão que se institui com a condição primeira para a sua autonomia e maioridade plena (Canário, 2001). Taylor em 1997 citada por Abreu (2001) considera que a enfermagem se encontra num processo de mudança que faz emergir a necessidade de dar visibilidade a uma nova enfermagem. Alteram-se rapidamente as definições sobre a própria enfermagem, reforça-se a componente multicultural, a formação evolui em paralelo com o estatuto sócio profissional.

Existe algum consenso entre os académicos que a autonomia como o direito ao controlo do seu próprio trabalho e da liberdade para tomar decisões no trabalho é a marca de uma profissão. No entanto, no que diz respeito à enfermagem, o poder, o estatuto e o controle na tomada de decisão são mais vezes determinados pela instituição empregadora, do que pelas normas que regem a profissão de enfermagem (Breda et al, 1997).

Manthey (1991) defende que a expectativa na prática profissional de enfermagem como a autonomia, controlo da tomada de decisão, colaboração com a equipa médica, responsabilidade e autoridade têm um impacto mais directo e profundo nos níveis de motivação do pessoal mais que outras decisões reestruturantes. Nos novos modelos de cuidar, as expectativas da prática profissional autónoma de enfermagem são muitas vezes recontextualizadas nas estruturas da equipa multidisciplinar nos quais a equipa toma o poder e se torna o foco mais que os cuidados de enfermagem individuais para os seus doentes (Teitel, 2002).

A profissão de enfermagem considera extremamente importante a aquisição da autonomia como um requisito para o estatuto profissional. A enfermagem normalmente confunde autonomia com conceitos como autoridade, responsabilidade, poder, profissionalismo e independência (Ballou, 1998). A necessidade de usar o termo autónomo para falar de prática de enfermagem neste ponto da nossa evolução diz da sua importância. Não existindo uma clara e distinta identidade, sentimo-nos e olhamos para nós como se não fossemos ninguém ou, na melhor das hipóteses, substitutos de outros

membros da equipa de saúde. Um aspecto importante a reter é o facto da enfermagem ainda não ter definido o seu foco, algo que o distinga das outras profissões, o seu fenómeno. Outro problema é confundir acção autónoma com as normas no qual a prática ou o acto de julgar acontece. Logo acredita-se erradamente que, quando os enfermeiros agem fora das normas instituídas ou fazem comentários acerca das condições médicas do doente, o enfermeiro está a actuar autonomamente (Lyon, 2005).

Tendo em conta todas estas condicionantes, dúvidas e a necessidade de clarificar o conceito autonomia considerou-se importante desenvolver este trabalho. O facto de, passados tantos anos, com conquistas difíceis, com a rápida evolução do conhecimento de enfermagem, com o contributo importante da enfermagem para os ganhos de saúde e evolução do sistema nacional de saúde, ainda não existir, dentro da esfera profissional e fora dela, o reconhecimento merecido, fez com que o autor reflectisse sobre a temática e tentasse compreender o que falta para conquistar a autonomia profissional dos enfermeiros.

Os objectivos deste trabalho são os seguintes:

- Identificar o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho
- Analisar a correlação entre o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho e as variáveis, *idade, tempo de serviço, número de serviços em que trabalho, grau da satisfação com a profissão de enfermagem e capacidade de tomar decisões na actividade profissional*
- Analisar as diferenças no nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no contexto de trabalho, em função das variáveis *sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional*

Esta dissertação de mestrado estrutura-se em duas partes essenciais de onde emergem vários capítulos. Na primeira parte apresentamos três capítulos. No primeiro é realizada a descrição da autonomia profissional dos enfermeiros em Portugal, com uma breve evolução histórica, um pouco para justificar e contextualizar a escolha desta temática e são apresentados também os aspectos concretos do termo autonomia e autonomia profissional, para compreendermos bem do assunto que se está a estudar.

No segundo capítulo é abordada a vertente da investigação em enfermagem e da sua importância para o desenvolvimento e conquista de uma autonomia plena e alicerçada em conhecimentos próprios do saber em enfermagem.

O terceiro capítulo tenta mostrar a importância que a autonomia dos enfermeiros, ou a falta dela, tem na prática diária dos cuidados de enfermagem e de que forma afecta o

funcionamento das instituições de saúde e dos ganhos em saúde das pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem. Neste capítulo também é referido o impacto que a autonomia tem na identidade e imagem profissional dos enfermeiros.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico. No quarto capítulo aborda-se a metodologia utilizada neste trabalho, identifica-se o instrumento de colheita de dados, a forma como este foi criado e como os dados foram recolhidos. Identifica-se nesta parte as variáveis em estudo e formulam-se as hipóteses.

No quinto capítulo apresenta-se e analisa-se os dados e resultados da pesquisa efectuada.

No sexto capítulo realiza-se a discussão dos resultados confrontando-se os resultados deste estudo com o de outros autores que se interessaram e estudaram a autonomia profissional dos enfermeiros.

No final temos a conclusão onde, para além de fazermos um pequeno resumo do trabalho, damos algumas sugestões concretas a partir dos nossos resultados.

PARTE UM - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - AUTONOMIA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

1.1- Autonomia profissional em enfermagem: Contextualização Histórica

A autonomia de uma profissão não se pode desligar de todas as condicionantes que influenciaram o seu percurso, desde os primórdios até a actualidade. Em particular, na profissão de enfermagem, esta conquista da autonomia ainda não foi atingida na sua plenitude. Existem factores internos e externos à profissão que foram limitando a definição da enfermagem como uma profissão autónoma, interdependente com outras profissões no âmbito da saúde, mas com uma área de conhecimentos próprios que permitem ter um campo de actuação autónomo.

De acordo com Nunes (2003) o delinear do percurso de Enfermagem em Portugal não é uma tarefa fácil, tanto pela dificuldade de delimitar fronteiras próprias e pelas múltiplas realidades que comporta, como pelas referências estrangeiras que a par e passo se desenham no horizonte nacional. Ao longo da história de enfermagem foram surgindo diferentes valores, fruto dos mais variados factores e condicionalismos político - sociais, económicos e culturais. Alguns desses valores como a vocação e a subordinação ainda hoje subsistem a par da emancipação e da autonomia (Ferreira, 2005).

Desde a pré - historia até aos finais da idade média eram as mulheres que cuidavam dos filhos e da família, quer na doença ou na velhice, quer na morte, aplicando saberes transmitidos de geração em geração. Esta prática de cuidados com a mulher modelava-se em torno da fecundidade e de todas as formas simbólicas que a mesma gera. Colliere (1989) refere que existiu a partir do século V até ao século XIII uma filosofia do cuidar baseada em valores cristãos tais como o amor ao próximo, aos desfavorecidos, a caridade, entre outros passando a prática de cuidados a ser assumida pela mulher religiosa. A vocação e a subordinação eram os valores dominantes (Ferreira, 2005). Nos finais do século XV os cuidados aos doentes ficavam nas mãos de pessoal de estrato muito baixo e mal remunerado. Pode-se observar que no período citado a enfermagem como profissão não existe, apenas o acto de cuidar permanece, transmitido pela mulher à geração seguinte e posteriormente ligado ao acto caridoso que estava intimamente ligado à mentalidade cristã. Revela-se também uma componente de vocação e subordinação que persegue a profissão até aos dias de hoje.

Um dos marcos na evolução da profissão de enfermagem a nível internacional foi, nos finais do século XIX, a revolução da enfermagem científica, ligada à figura e obra de

Florence Nightingale. É com ela que se fixa o aparecimento formal da enfermagem moderna, em 1860. Outros aspectos relevantes que aconteceram posteriormente foram a criação da British Nurse's Association em 1887 e a terceira a formação do International Council of Nurses em 1900 (Nunes, 2003). Florence Nightingale precursora da enfermagem moderna, iniciou no século XIX uma obra para dignificar uma actividade desconsiderada e sem identidade própria e conseguiu que a enfermagem dê-se um passo de gigante no sentido da sua autonomia, finalidade e organização. Ela deixa uma mensagem que pensamos ser o cerne e factor de coesão para os enfermeiros. Ela diz que a prática de cuidados não deve ser confiada ao acaso mas sim objecto de reflexão, com o fim de se desenvolver um domínio de conhecimentos próprios (Monteiro, 1988).

Fernandes (2007) refere que num dos primeiros registos sobre a enfermagem em Portugal de Frei Diogo Santiago, a Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros, observa-se que as práticas de enfermagem eram consignadas à aplicação de medicamentos ou tratamentos sob a orientação do médico, sem que os enfermeiros tivessem qualquer tipo de autonomia na sua intervenção. As tarefas que exerciam eram completamente dependentes da orientação e prescrição médica. A aprendizagem era realizada através da prática. Os conhecimentos médicos passaram a ser base do saber teórico para a prática de cuidados. A enfermagem vai continuar nas mãos dos religiosos pelo menos até à extinção das respectivas ordens em 1834 embora comecem a ser admitidos leigos, mulheres, mas com a função de auxiliares dos cuidados. A formação e o desenvolvimento dos enfermeiros em Portugal não acompanharam o estágio de desenvolvimento da enfermagem noutros locais como Inglaterra e os Estados Unidos da América. O nascimento da profissão de enfermagem está ligado de forma muito intensa à profissão médica e aos seus conhecimentos sendo toda a aprendizagem realizada na prática dos cuidados.

A justificação para que não se sentisse até ao século XVIII necessidade de instruir e seleccionar o pessoal de enfermagem estava relacionada com a confusão de atribuições que existia entre os enfermeiros e os serventes. Um pouco de prática e alguma habilidade eram mais que suficientes (Nogueira, 1996).

Segundo Soares (1997) durante meio século as escolas funcionaram como serviços dos hospitais, em conformidade com as suas necessidades, até que o estado resolve intervir na regulamentação do ensino em enfermagem, centralizando o seu controle e sua orientação. Costa Simões refere que as religiosas que prestam serviços de enfermagem dispensam pouca importância aos trabalhos técnicos, dedicando-se de preferência às práticas religiosas, não se subordinando aos directores de serviço técnico, apenas

reconhecendo por seus superiores os dirigentes da congregação. Todos os cuidados são prestados por pessoal subalterno, sendo dispendiosa a sua manutenção.

Nunes (2003) considera que o marco que leva à passagem da enfermagem em Portugal a profissão foi a criação do Curso de Enfermagem. O primeiro curso começou a funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra em Outubro de 1881. Em 1887 iniciou-se o Curso de enfermeiros em Lisboa regido por Artur Ravara e em 1886 surgiu no Porto a Escola de enfermeiros no Hospital de Santo António da Santa Casa de Misericórdia do Porto. Posteriormente por todo o País foram surgindo outras escolas de enfermagem. Estas escolas surgiram já que as religiosas e pessoal indiferenciado que então asseguravam as prestações não médicas no hospital não estavam preparados para dar resposta às novas necessidades de desenvolvimento do hospital, nem conseguiam acompanhar a crescente complexidade dos cuidados de saúde. Foi neste período que se começou a dissociar o trabalho de enfermagem da lida doméstica a que estava associada, se começou a relacionar a prestação de cuidados de enfermagem com a menor duração das doenças e se desencadeou o esforço para reestruturar o trabalho de enfermagem. Este processo de formação profissional servia de demarcação entre os enfermeiros e os outros profissionais (Nunes, 2003).

Esperava-se dos enfermeiros que se mantivessem junto da cabeceira do doente com uma postura caridosa, que fossem capazes de cumprir tarefas prescritas pelos médicos e que cuidasse dos aspectos burocráticos e administrativos do serviço. O papel modifica-se um pouco passando a enfermeira de “consoladora do doente” para auxiliar do médico. Neste final de século percebe-se uma dupla filiação em enfermagem: a religiosa que segue uma vocação e a médico – técnica ou seja a capacidade de execução. É uma estreita relação entre o modelo religioso e a submissão à autoridade médica. Como foi referido anteriormente toda esta dependência do conhecimento médico associado à submissão imposta pelos mesmos é um dos factores que ainda hoje influencia o não reconhecimento da autonomia profissional dos enfermeiros.

Em Novembro de 1889 o curso de enfermeiros foi encerrado saldando-se esta primeira fase pelo insucesso (Nunes, 2003).

Até finais do século XIX todos os manuais das enfermeiras, parteiras e de puericultura são redigidos por médicos que estabelecem a fronteira até onde podem ir, velando para que não ultrapassem a iniciativa que lhes é deixada para cumprir as prescrições médicas (Monteiro, 1988).

Em 1901 é criada a escola profissional de enfermeiros que fica instalada perto do hospital real de S. José que abriu em Outubro de 1901 com dois médicos, um enfermeiro e um

servente. O objectivo seria actualizar os conhecimentos à luz das mudanças científicas do fim do século anterior, para uma formação que se tornasse útil. A legislação publicada nesta altura define as obrigações dos enfermeiros em três grandes áreas. Os aspectos administrativos como os registos dos doentes, cumprir e fazer cumprir horários, entre outros a medicação e as questões de higiene e asseio dos doentes, enfermarias e anexos (Nunes, 2003).

Fonseca (2003) considera que datam de finais do século XIX mais concretamente da década de 1880/1890 as primeiras tentativas de estabelecer em Portugal o ensino regular em enfermagem. Tratou-se inicialmente do funcionamento interno nos respectivos hospitais de cursos práticos e eventuais de preparação de pessoal de enfermagem de acordo com as próprias necessidades do momento sem carácter de regularidade e sem obedecer a uma identidade de modelo curricular formal, tinha em vista apenas o ensino prático dos enfermeiros. Só em 1918 é que verdadeiramente se pode falar em Portugal de escolas de enfermagem enquanto organismos dotados de algumas competências, não como instituições autónomas mas como unidades orgânicas dos hospitais em que estavam integradas.

De acordo com Colliere (1989) foi nas escolas que se iniciou o distanciamento da profissão de enfermagem em relação ao ascendente médico quando afirma que o papel de distanciamento coube essencialmente às enfermeiras professoras cujo afastamento da prática diária de cuidados permitiu a demarcação da prática médica e dos correspondentes conceitos de formação abrindo assim caminho a uma nova concepção da profissão de enfermagem e do papel da enfermeira.

O reconhecimento da enfermagem como profissão preocupou desde muito cedo os profissionais. Surge no virar do século XX o movimento de profissionalização de enfermagem e tem origem num novo corpo de saberes, baseado na ciência moderna, em ruptura com a tradição oral empírica. As escolas de enfermagem são o garante da informação científica formal que faltava às gerações precedentes. O diploma é sinónimo de competência moderna e promessa de cuidados de qualidade por oposição aos cuidados empíricos suspeitos de ignorância (Soares, 1997; Marques, 2005).

Em 1918 a reforma da legislação referente aos Hospitais criou a escola profissional de enfermagem, o curso geral e o curso complementar de Enfermagem. A incidência na formação era colocada na destreza e perícias manuais. Neste período a escola de enfermeiros passa a ser considerada escola profissional o que lhe conferia um estatuto diferente referindo a autora que a enfermagem passou a ser tida como profissão. Tida como arte doméstica, como ocupação benemérita ou conjunto de actos nascidos na

caridade cristã a enfermagem assume, perante a terminologia oficial a designação de profissão (Nunes, 2003).

As enfermeiras ascendem a um estatuto social mais elevado pela instrução que recebem, mas continuam sem poder apoiar a sua profissão nas bases de um ofício, que é um saber mais de experiência e que se constitui a partir duma actividade necessária à vida das pessoas (Monteiro, 1988).

Tendo em conta que uma das etapas da profissionalização passa pela existência de suportes legais, este é um momento fundamental tanto na definição sócio – política como preparatória para a pretensão do monopólio da profissão por parte dos que detenham o diploma profissional.

Nos meados da década de 20 datam os primeiros periódicos profissionais. Na mesma altura em que surgem os movimentos de associações profissionais.

Segundo Amendoeira (2004) em 1925 inicia-se a organização sindical dos enfermeiros ao procurarem o controlo do exercício ilegal da actividade. A organização da profissão decorre de uma forma embrionária com as associações. Já neste ano era exigido pelos sindicatos existentes o reconhecimento do diploma de enfermeiro como único título legal para o exercício da profissão e pretendia também que fossem definidos os limites do seu campo de actuação, confiando-lhes assim alguma autonomia. A formação reconhecida por diploma era a única via para a legitimação de todas as reivindicações e até de alguma autonomia perante a profissão médica. A formação contribuía para a determinação dos limites do campo de actuação (Soares, 1997).

Em 1929 é exigido por parte das direcções das escolas o exame médico obrigatório na admissão e a obrigatoriedade dos estágios. Posteriormente seria também incluído o requisito do conhecimento da língua francesa.

No decreto que regulamenta a reorganização da Escola de enfermagem Artur Ravares é referida a necessidade de um bom recrutamento e de ser necessária uma tendência mais prática com a valorização dos estágios. Fala-se já nesta altura da necessidade do acompanhamento dos alunos em estágio. Neste período o director da escola mantém-se entre os directores ou assistentes dos serviços clínicos dos hospitais.

Na década de 30 inicia-se um movimento sindical que continuará ao longo do tempo sendo também, em conjunto com a década de 40 e 50, um período de produção e desenvolvimento de vários boletins e revistas de enfermagem.

Nunes (2003) refere que se a criação das escolas e legislação visavam legitimar o exercício profissional as reivindicações no final de 1933 veiculadas por “A voz do

enfermeiro” eram as seguintes: Valorizar o diploma profissional através da proibição do exercício da profissão de enfermagem a quem não estivesse tecnicamente habilitado e aprovado pelas escolas de enfermagem; Reforma profissional do ensino de enfermagem; Uso da pressão política gerada pela organização partidária para a defesa do exercício da profissão; Obrigatoriedade de admissão exclusivamente de profissionais de enfermagem diplomados, sendo este aspecto uma forma de protecționismo; Elaboração de um código profissional de enfermagem integrado no código de saúde que defina funções, atribua responsabilidades e estabeleça direitos de modo indestrutível; O estabelecimento de um salário mínimo, reforma aos 25 anos de exercício profissional, entre outros, deixando em aberto outras condições gerais do exercício.

Nota-se na década de 30 a presença crescente das mulheres na profissão sendo também o marco da actividade de enfermagem religiosa já que as misericórdias têm enfermeiras religiosas. Nesta década surgem também as escolas de enfermagem fundadas por religiosas como a escola de enfermagem da casa de saúde da Boavista, em 1936 a escola dos irmãos hospitaleiros de S. João de Deus, seguidas por muitas outras.

A fase compreendida entre 1940 e 1960 caracteriza-se pela preocupação em organizar princípios científicos que orientem a prática de enfermagem e em enfatizar a busca da interdisciplinaridade como mais-valia para a qualidade do processo de cuidados (Amendoeira, 2004).

A enfermagem como ocupação técnica teve início em meados do século XIX continuando até metade do século XX. Nas primeiras três décadas do século XX a enfermagem tinha uma grande variedade de tarefas que nada tem a ver com a profissão como esfregar o chão, lavar bandejas, limpar equipamento entre outros. Nos anos 40 e como resultado da introdução de profundas alterações nos cuidados de saúde as enfermeiras executavam outras funções como avaliar tensão arterial, administrar oxigénio, administrar medicação. Cada vez mais as enfermeiras desempenhavam funções de auxiliar do médico assegurando, sob a sua responsabilidade, os cuidados prescritos e delegados por eles (Cruz, 2005).

Em 1940 surgiram a Escola técnica de Enfermeiras e em 1948 a escola de enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa. A escola técnica trouxe uma novidade que era um período de pré-aprendizagem no 1º semestre do curso em que, se a candidata tivesse aproveitamento reconhecido pelo corpo docente e se a candidata tencionasse efectivamente dedicar-se à enfermagem era-lhe conferido o quepe, a touca da escola, símbolo que era aceite como aluna. A cerimónia de entrega dos diplomas coincidia com a

imposição das toucas. A escola técnica de enfermeiras considerava que as funções das enfermeiras ultrapassavam os muros do hospital, e não se esgotam no acto de coadjuvar o médico. Formava as enfermeiras para a aquisição de competências técnicas que as habilitassem para o trabalho em hospitais, em saúde pública e para funções de chefia e ensino. São os médicos, principais interessados na existência de um grupo de pessoal que, com alguma preparação, mas sob a sua autoridade, desempenhe certas tarefas indispensáveis para o êxito da sua acção, que decidem o que deve ser ensinado e quando deve ser ensinado (Soares, 1997).

A promoção do 1º curso de aperfeiçoamento para parteiras e enfermeiras puericultoras considera-se ser uma iniciativa que pode justificar a tese que foi nos anos 40 que se deu o início da formação básica, pós básica e contínua.

Em 1942 é proibido o exercício público da actividade de enfermeiros que não possuíssem diploma. A responsabilidade da definição dos conteúdos a mobilizar no ensino dos enfermeiros era dos médicos (Amendoeira, 2004).

De acordo com Soares (1997) todos os cursos entre 1881 e 1947 têm como fundamento que a enfermeira é auxiliar do médico, actuando sempre de acordo com as suas prescrições embora na sua ausência possa tomar alguma iniciativa terapêutica em situações de urgência, implicando, todavia, uma obediência total ao médico e também á administração. A concepção de um enfermeiro clínico é um erro de que os médicos são responsáveis porque assim o educam, por comodidade, mas sobretudo porque a organização hospitalar a isso o obriga.

Nunes (2003) refere que em 1947 foi publicado um diploma que marca um passo importante na organização do ensino de enfermagem em Portugal. Ao abrigo do decreto-lei nº36:219 de 10 de Abril de 1947 criaram-se novas escolas, integraram-se outras e prepararam-se enfermeiros que satisfazem pela sua competência e qualidades morais. Não se criaram apenas os cursos de pré enfermagem e enfermagem auxiliar como foi elevada a escolaridade básica para o curso geral de enfermagem. Mantêm-se a insistência nas qualidades morais e vocação. Para Fonseca (2003) este decreto confere às escolas de enfermagem oficiais autonomia técnica e administrativa mas ainda as deixa muito ligadas às instituições de origem. A remodelação de 1947 é devida ao baixo nível de preparação técnica, o défice de pessoal de enfermagem para ocorrer às necessidades criadas pelo desenvolvimento dos serviços e o aumento da procura de cuidados de saúde são as suas razões principais (Soares, 1997).

Segundo Amendoeira (2006) durante mais de 40 anos foram os médicos os únicos professores das escolas de enfermagem, que decidiam o que devia ser ensinado,

tornando a enfermeira como auxiliar do médico e que este domina porque possui o saber e o poder para o fazer. É com a formação dos auxiliares de enfermagem que às enfermeiras é reconhecida a capacidade de intervir na formação dos seus pares, primeiro como auxiliares de ensino até 1947 e depois como monitoras. Entre 1952 e 1964 a formação era essencialmente prática, não existindo coordenação entre as aulas teóricas e práticas e o estágio e os cuidados de enfermagem decorriam da abordagem médica, sem contextualização, numa clara dicotomia entre concepção e a execução dos cuidados e consequentemente sem fundamentação científica para os mesmos, o que fazia questionar a existência de um conceito de cuidados de enfermagem.

A enfermagem demarca-se neste período (1930-1954) como uma profissão de mulheres. Estas mulheres para exercer a profissão de enfermagem deviam ser solteiras ou viúvas sem filhos, estando disposto em decreto-lei nº31.913 de 12 de Março de 1942. Em 1950 José Pinto Menezes, deputado, referia a enfermagem como uma espécie de sacerdócio, de dedicação e sacrifício pela vida e saúde alheias impondo às enfermeiras laicas obrigações desumanas e até contrárias aos princípios que orientavam a constituição (Nunes, 2003).

De acordo com Amendoeira (2004) em 1950 os hospitais eram locais de aprendizagem dos enfermeiros pois era aí que se aprendia a descodificar o que se esperava em relação a quem detinha o poder: os médicos. Foram criadas as enfermarias escola com a finalidade de favorecer a aprendizagem.

Em 1952 com a regulação do funcionamento dos cursos de enfermagem e a aprovação do regulamento das escolas de enfermagem tenta-se dar resposta ao problema que é a preparação dos enfermeiros. Dá-se a reforma do ensino de enfermagem, as escolas mantêm-se sobre a dependência dos hospitais, embora passe a ser legalmente inscrita a autonomia técnica e administrativa. A mudança nas condições de admissão criava ambivalência, uns defendiam a manutenção como forma de aumentar a procura, outros referiam que o aumento promoveria uma maior procura. Foi introduzida a abordagem das ciências sociais e humanas procurando iniciar uma visão do homem e da sociedade para além da orientação biomédica. É introduzido como conteúdo disciplinar a técnica de enfermagem onde os enfermeiros ensinavam os procedimentos técnicos da área médica e cirúrgica, separando-se o estudo das técnicas do estudo das patologias. Começa a emergir a componente profissional da disciplina. Nesta altura o curso geral de enfermagem passou a ter a duração de 3 anos. As escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa e a formação pós básica era constituída pelo curso de enfermagem complementar e o curso de especialização em obstetrícia. Começam nesta altura os estágios de enfermeiros no estrangeiro e começa a chegar informação de fora

através dos manuais e periódicos. A expressão da profissão como ciência e arte começa a ter uma tendência mais afirmativa lutando por uma aprendizagem escolar efectiva, valorizando os estágios hospitalares, pensando já numa educação científica, dedicada ao estudo da ciência e arte da enfermagem (Nunes, 2003, Amendoeira, 2004). O curso de enfermagem complementar começou a funcionar em 1952 com o fim de preparar professores e monitores para as escolas de enfermagem. Funcionou até 1967 exigindo durante um ano tempo completo de dedicação ao estudo – aprendizagem, planos de estudo realizados por técnicos portugueses supervisionado por um consultor da OMS, e estágios no estrangeiro para formar os futuros líderes na profissão (Nogueira, 1996).

Começa a reconhecer-se na década de 50 que os programas de enfermagem têm disciplinas que não figuram no programa de ensino das faculdades de medicina deduzindo-se que existe domínios da enfermagem que não são partilhados pelos médicos. Estando-lhe vedado o diagnóstico e prescrição terapêutica, a enfermeira adquire mais conhecimentos no campo da assistência social. Valoriza-se o papel preponderante do enfermeiro na prevenção através do diagnóstico social. Muda-se também a linguagem da enfermeira auxiliar do médico para imprescindível colaboradora (João Porto, 1954 citado por Nunes, 2003). Este é um dos aspectos considerados essenciais para a autonomia de enfermagem. O facto de se encontrarem áreas de actuação que não pertencem ao domínio médico e que podem ser desenvolvidas com os conhecimentos dos enfermeiros é de extrema importância para a ruptura que foi necessária para se afastarem da autoridade médica.

Nunes (2003) considera que a enfermagem em Portugal na década de 50 manifesta já uma procura de identidade e de um espaço autónomo de intervenção nos múltiplos campos de assistência que se lhe foram oferecendo e que foi conquistando. O termo enfermagem foi empregue em múltiplos sentidos tendo evoluído ao longo do tempo como vocação, profissão, arte, ciência.

Em meados dos anos 50 é importante o papel da enfermeira na prevenção da doença e na melhoria da saúde. Assiste-se a uma viragem da enfermagem como um serviço para a comunidade, não circunscrito ao hospital (Cruz, 2005).

O primeiro enquadramento do cuidar em enfermagem foi o domicílio. O surgir da profissão no seu sentido científico resultou da necessidade dos médicos e da importância conferida a alguém habilitado com quem pudessem partilhar tarefas e delegar outras.

A relação com a técnica surge com o desenvolvimento das ciências e a necessidade de ensinamento específico a um auxiliar logo sendo proposto pelos médicos o curso de enfermeiros. Quando surge o ensino formal este está ligado de forma evidente aos

hospitais ou estabelecimentos de tipo hospitalar. Existia uma grande ligação no final do século XIX entre escola - hospital e escola – médicos. Na relação enfermeiro médico é reforçada a dependência daquele que é colaborador, o executante e auxiliar do médico.

Se a posição de subordinado surge muito claramente no início do século XX existe um certo abrandamento na década de 50. A terminologia passa de auxiliar para colaborador mas na prática o papel do enfermeiro continua a ser o de auxiliar da actividade médica. O quadro ideológico pode ser sintetizado em três grupos de valores centrais: a vocação, a obediência perante a hierarquia e o de autoridade mas no sentido descendente. Encontrávamo-nos num período em que as profissões femininas tinham tendência a ser desvalorizadas numa escala de prestígio onde o símbolo masculino era dominante. No final dos anos 50 as enfermeiras começam a ser encaradas como “capital técnico” da nação. No panorama hospitalar os enfermeiros realizavam o seu trabalho com uma orientação predominantemente ritualista, caracterizando-se o desempenho pela valorização da aplicação de prescrições e da obediência ao normativo dos procedimentos, das regras e técnicas. Levaria então muito tempo a demarcar-se do ascendente da hegemonia médica e religiosa embora já existissem esforços para colocar no centro da prática de enfermagem o ser humano.

A importância dos periódicos especializados de enfermagem está relacionada com o facto de ser instrumento de unificação do papel social assim como divulgador da imagem. A predominância da concepção técnica e médica é visível nas próprias especialidades propostas onde alguns periódicos surgem com a necessidade de acordar os enfermeiros do marasmo onde se encontram bem como para emancipar a profissão. As relações enfermeiro médico caracterizaram-se inicialmente pela dependência que foi progressivamente tendendo para a interdependência ou complementaridade.

Bento (1997) refere que na década de 50 surge uma nova expressão do saber que se concretiza na preocupação em organizar princípios científicos que norteiem a prática de enfermagem uma vez que até esta altura a enfermagem era considerada como não científica e baseada em conhecimentos empíricos.

O pouco reconhecimento profissional do início do século XX estava relacionado com os aspectos nucleares da cultura e imagem da enfermagem, um sector marcado pelas origens femininas sendo também o vínculo entre a função cuidar e os papéis femininos ainda mais evidentes. É importante enquadrar o percurso de enfermagem no movimento de afirmação da mulher e na existência de diferentes representações ou imagens da situação da mulher na vida profissional. Todos estes aspectos facilitavam um papel de submissão e obediência. Durante longos anos a sociedade viu a enfermagem como uma

missão, um sacerdócio onde prevaleciam os valores morais, religiosos. Era necessário ter vocação, espírito de sacrifício e disponibilidade. O facto de a enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina contribui também para esta imagem da profissão ligada a um espírito de missão e os cuidados de enfermagem aparecem mais associados a cuidados maternos do que a cuidados que requerem uma elevada competência técnica. Dada a persistência da desigualdade do estatuto da mulher na sociedade, não obstante os progressos que se tem realizado, a profissão de enfermagem continua a debater-se com os problemas inerentes às profissões tradicionalmente femininas: salários baixos, falta de poder de decisão, falta de reconhecimento social, falta de autoridade perante os médicos, profissão essencialmente masculina (Monteiro, 1988). Conhecendo-se o difícil acesso das mulheres à escrita e à leitura em Portugal, reconhecendo-se habilidades essenciais para aprender, como o saber ler e escrever, indispensáveis para o desenvolvimento da educação, percebe-se que sendo estas habilidades reduzidas no género feminino, nas enfermeiras também eram diminutas. Entende-se então porque não evoluiu tão rapidamente como a medicina em saberes profissionais e valores sociais. Deixaram de fazer o que era essencial da sua arte, para substituir as tarefas médicas, para realizar as prescrições médicas, ficando sem qualquer autonomia profissional e sem poder (Fernandes, 2007).

Nos anos 50 a tecnologia entrou no hospital o que levou à transformação enquanto estabelecimento de assistência e as práticas de enfermagem começaram a mudar. O considerar-se a profissão numa fase decisiva data do início da década de 50 no seu duplo aspecto de ensino e exercício. O processo que esteve na origem da transformação da enfermagem em profissão deu também lugar à reconfiguração do processo de prestação dos cuidados de saúde. Surgem os moldes de duas estruturas diferentes: a dos cuidados campo por excelência da enfermagem e da cura campo da medicina. Daqui poderíamos derivar para uma concepção da enfermagem como a síntese peculiar do tratar e do cuidar.

A década de 50 foi marcada pelas tentativas de compreender o que se passava na enfermagem quer pela criação de uma comissão de estudo destinada a propor um programa de fomento de enfermagem quer pelo recenseamento realizado a todos os níveis, quer do exercício quer do ensino. Nesta altura a razão apontada para a carência de enfermeiros são a pouca consideração social e a baixa remuneração. O ensino da enfermagem estava muito entregue aos médicos e a maior parte das disciplinas era puramente técnica.

De acordo com Nogueira (1996) em 1952 não obstante o caminho percorrido o plano de estudos em enfermagem não era brilhante. Não estavam bem definidos os objectivos de

enfermagem e não se sabia muito bem o que se pretendia dos alunos em termos de aprendizagem. A delegação ocorria por parte dos médicos o que levava progressivamente a uma necessidade das enfermeiras disporem de uma parte do saber médico para poderem prestar cuidados que derivam da tecnologia, considerados periféricos e de visibilidade nula para o campo próprio de saberes de enfermagem (Amendoeira, 2006).

O ensino estava dirigido à patologia, ao tratamento do doente no hospital e às técnicas de enfermagem. Foram introduzidas através da reforma do ensino superior as seguintes reformas: A duração do curso passou a ser os 3 anos; O ensino passou a ser ministrado em escolas de enfermagem oficiais ou particulares às quais era concedida autonomia técnica e administrativa; As condições de acesso à profissão eram: ter mais de 18 anos, ter boa condição física e com irrepreensível comportamento moral. O ensino passou a ser distribuído por lições teóricas, aulas práticas e estágios, com frequência obrigatória.

Em 1958 o ministério da saúde assumiu a tutela do ensino em enfermagem. Começou a ser definido o papel dos monitores. Neste período identifica-se a primeira intervenção formal dos enfermeiros na definição dos currículos de formação da sua formação (Amendoeira, 2004).

Desde 1960 até agora estamos perante a afirmação das teorias e das ciências de enfermagem, as quais se expressam na construção de instrumentos teóricos que permitam a apropriação do objecto de trabalho. Inicia-se a procura da definição da área de actuação dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. No âmbito da participação dos enfermeiros no conselho coordenador do ministério da saúde é proposta a clarificação do conceito de enfermagem (Amendoeira, 2004). A partir dos anos 60 as enfermeiras têm trabalhado para adquirir um corpo de conhecimentos próprio, criaram teorias e modelos de enfermagem, dinamizaram e elaboraram trabalhos de investigação na área de prestação de cuidados (Monteiro, 1988).

Com a criação da Direcção Geral dos Hospitais (1961) e a presença da enfermeira Fernanda Resende, deu-se início a um certo acompanhamento, mesmo de alguma imposição, porque se procurava que as escolas todas atingissem um determinado esquema, ou modelo. As escolas passaram por um ciclo de não ter nenhuma orientação, para um período de grande orientação que precedeu a construção de uma maior autonomia. Nasce um tipo de relacionamento entre as escolas e os hospitais que começava a apresentar características de dicotomia entre o que eram os objectivos do hospital, procurando formar enfermeiros para um determinado contexto de trabalho e a

escola, que procurava cada vez mais preparar enfermeiros que exerçam enfermagem independentemente do local onde o fazem (Amendoeira, 2006).

Tanto pelo enraizamento antropológico da profissão e pela marcada ligação vocacional e de ascendente médico levou bastante tempo para que fosse permitido às enfermeiras constituírem formalmente família. Em 1963 termina a proibição do casamento das enfermeiras.

Segundo Nunes (2003) o despacho ministerial de 14 de Maio de 1964 anuncia a passagem da enfermagem para as mãos dos enfermeiros, mantém o curso de enfermagem geral com 3 anos e 2º ciclo liceal como habilitação de ingresso. O curso de enfermagem complementar mantém a duração de um ano mas as habilitações de ingresso passam a ser o 3º ciclo dos liceus, o ciclo de enfermagem geral e três anos de serviço efectivo. Em 1964 são introduzidos conteúdos de formação e administração. No ano seguinte a disciplina de enfermagem passou a ser o centro da formação dos enfermeiros sem prejuízo da colaboração com outros técnicos. A orientação continuou a ser a racionalidade técnica o que promovia as enfermeiras a auxiliares dos médicos (Amendoeira, 2004).

Surge em 1965 a escola de ensino e administração de enfermagem sendo a primeira a ser criada como função de dar aos enfermeiros já existentes formação pós básica para funções de chefia e docência na área de enfermagem. Procurou-se também que o ensino de enfermagem fosse mais enriquecido, mesmo deixando mais desvalorizadas a patologia e outras matérias do campo médico. Procurou-se melhor articulação entre aulas teóricas e períodos de estágio (Nogueira, 1996; Nunes, 2003).

Organizaram-se os planos de exame de modo a insistirem mais sobre aspectos de enfermagem, mesmo com detrimento de algumas matérias do foro médico.

Nunes (2003) considera que foi a partir dos anos 60 que se lançou a discussão sobre a ciência de enfermagem. As ideias e escritos de Virginia Henderson são um marco para a década pelo impacto que tiveram em Portugal.

Em 1967 é publicado o decreto-lei 48:166 de 22 de Dezembro que estrutura a carreira de enfermagem em 3: a de saúde pública, a hospitalar e a de ensino. Pode ser considerado este momento como o mais significativo do afastamento entre os dois sectores, a escola e o hospital. Foi criada, neste ano, a escola de ensino e administração em enfermagem em Lisboa. Foi a primeira escola do ministério da saúde verdadeiramente independente dos hospitais e considerada de nível superior. A partir da sua acção considera-se a transição das escolas para enfermeiros para as escolas de enfermagem pois a especialização do saber era assumida como variável essencial ao desenvolvimento de

enfermagem. Inicia-se a sistematização dos saberes em enfermagem pelo uso da investigação e a identificação de uma dimensão intelectual dos cuidados de enfermagem. A disciplina começa a delinear-se como uma disciplina académica e científica (Amendoeira, 2004).

Em 1969 surge o movimento reivindicativo dos auxiliares de enfermagem para a realização do curso de promoção a enfermeiros. Muitos consideravam não existir razão para ter que voltar à escola para aprender o que já sabiam fazer (Nunes, 2003; Amendoeira, 2004).

As teorias que surgem na década de 60 vêm permitir aos enfermeiros explicar o que fazem, e porque o fazem, contribuindo assim para que possam reivindicar a autonomia (Bento, 1997). Esta concepção promove a autonomia profissional uma vez que orienta as funções que a enfermagem desenvolve, criando bases, potenciando e adequando os cuidados de enfermagem no caminho da sua identidade. Estes modelos desenvolvidos são importantes para os enfermeiros como instrumento para adquirirem autonomia e controle na prática de enfermagem (André, 2001).

Nos anos 70 a maioria dos prestadores de cuidados de enfermagem eram auxiliares. Em 1971 foram realizados muitos estudos ad hoc relativamente ao exercício de enfermagem, à legislação e aos cursos de enfermagem. Em 1971 o decreto-lei veio agravar a situação dos docentes de enfermagem quanto às condições de trabalho, salariais, horário e reconhecimento social (Amendoeira, 2004).

Em 1972 é criado e começa a funcionar o curso de promoção dos auxiliares de enfermagem que tinha a duração de dois anos. Ernesto Fonseca apontava no seu balanço em 1972 como aspectos positivos em Portugal o alargamento do campo de acção da enfermagem, o curso de promoção dos auxiliares e a inauguração de novas escolas de enfermagem.

De acordo com Nunes (2003) Alberto Mourão em 1972 considera como erros que levam ao mau aproveitamento de enfermagem vários aspectos dos quais enumero os seguintes:

- Exercício de funções inadequadas á sua função
- Falta de programas de educação em serviço ou integração
- O facto de em 1973 todas as capitais de distrito excepto Aveiro e Setúbal terem escolas de enfermagem.

Surge também neste ano o 1º congresso Nacional de Enfermagem organizado pela federação dos sindicatos nacionais de enfermagem. Como principais conclusões

destacaram-se a integração do ensino de enfermagem no sistema de educação nacional, a transformação em ensino superior e a defesa do estatuto profissional. As grandes aspirações à ordem emergem neste congresso onde se começa a falar de existir uma ordem dos enfermeiros. Este congresso caracterizou-se pela discussão dos problemas existentes da dicotomia entre disciplina e profissão em que os cuidados de enfermagem eram caracterizados como função e não como saber próprio. Discutiram-se pela primeira vez os modelos teóricos (Nunes, 2003; Amendoeira, 2004).

Após o ano de 1974 um grupo incluindo representantes das escolas de enfermagem, dos sindicatos de enfermagem e a Associação Portuguesa de Enfermagem organizou um trabalho de alteração do curso de enfermagem, essencialmente na sua orgânica curricular. Nessa altura foram claramente definidos os objectivos educacionais, de modo a preparar os enfermeiros a dar resposta a toda uma panóplia de novos desafios que surgiam com o desenvolvimento técnico e científico que surgiu na área da saúde. Outro aspecto importante foi a obrigatoriedade das escolas organizarem campos de estágio que assegurem aos alunos uma boa integração de conhecimentos e experiências, com a colaboração dos enfermeiros do local de estágio (Nogueira, 1996).

No período posterior ao 25 de Abril os enfermeiros começam a solicitar melhores salários, melhores condições de trabalho e o reconhecimento do exercício da sua profissão. Neste período ocorrem transformações relacionadas com a criação de um nível único de formação básica para a prestação de cuidados gerais, todo o processo de autonomia das escolas que se encontravam anexas aos hospitais, que passaram a ser dirigidas por enfermeiros e enfermeiras devidamente preparados, a carreira única onde todos os profissionais de enfermagem têm clarificado o seu trabalho e à qual todos têm acesso (1981) assim como a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível superior (1988). Neste ano é extinto o curso de auxiliares de enfermagem.

O ano de 1976 é um ano muito significativo sobretudo nos aspectos relativos a:

Integração dos enfermeiros no contexto dos funcionários públicos, com uma valorização financeira e social e o trabalho dos enfermeiros passa a ser de 36 horas por semana.

A formação inicial é chamada curso de enfermagem com 3 anos lectivos.

É publicado o regulamento dos órgãos de gestão das escolas de enfermagem (Nunes, 2003).

Segundo Amendoeira (2004) em 1977 é reconhecido pela primeira vez o estatuto de estudante de enfermagem em igualdade com outros estudantes. A orientação de enfermagem era para uma maior centralidade na pessoa no que diz respeito à

organização da disciplina de enfermagem. Nesta década a enfermagem consolidou instrumentos essenciais à construção do grupo profissional e da sua autonomia se revelam: um só nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais, assumir conceitos unificadores sobre o sujeito de cuidados, a pessoa não a doença, os cuidados de enfermagem como um todo (técnico – relacionais), e a concepção dos cuidados de enfermagem básicos a ser desenvolvida pelos próprios enfermeiros.

Em 1978 a Assembleia da República através da lei 61/78 afirma que considera suficiente, idóneo, o ensino que se faz nas escolas de enfermagem de maneira que estas estão em condições de serem convertidas em escolas superiores ou seja prevê-se a reconversão das escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem. No ano seguinte e devido ao aumento da procura do curso de enfermagem é decretado que o candidato deveria ter o curso complementar dos liceus ou equivalente.

Algumas escolas já exigem o 12º ano de escolaridade e a escola técnica de enfermeiras admite pela primeira vez em 39 anos de existência um homem. O departamento de ensino de enfermagem dirigido por enfermeiros inicia um projecto com o objectivo de definir e aperfeiçoar os instrumentos de selecção dos candidatos ao curso de enfermagem.

Na década de 80 aumenta a dicotomia entre teoria e prática revelada pelo amadurecimento e consolidação da componente académica da disciplina. Verifica-se ainda a dicotomia entre concepção e execução do cuidado de enfermagem, em correcção pela introdução da reflexividade na acção enquanto paradigma formativo e capacidade de recontextualização dos saberes abstractos na acção (Amendoeira, 2004).

Segundo Nunes (2003) nos anos 80 é publicado o diploma da Carreira de enfermagem, decreto-lei 305/81 que foi considerado o verdadeiro normativo da prática de enfermagem dos anos 80 pela Bastonária Mariana Diniz em 2002 e encerra pressupostos e conceitos que estão na base dos caminhos dos anos 90. É este documento que consagra uma única carreira para todos os enfermeiros, independentemente da área ou local de exercício. Define as categorias dos enfermeiros como enfermeiro (grau I), enfermeiro graduado (grau II), especialista, chefe e assistente (grau III), supervisor e professor (grau IV), e técnico de enfermagem (grau V). É nesta carreira que se preconiza que os enfermeiros só sejam avaliados por enfermeiros. Configura-se também o conteúdo funcional das categorias. As expectativas de realização profissional aparecem claramente ligadas a um acréscimo de formação, contínua e especializada. Como consequência era urgente desenvolver a formação pós básica em enfermagem porque as especialidades passavam a ser a única forma de progredir na carreira.

Do ponto de vista global existem dois grandes processos de regularização na profissão. Na década de 70 com o nível único e nos anos 80 os especialistas.

Em 1985 é publicado um novo diploma decreto-lei 175/85 de 23 de Maio que introduz melhorias nos anteriores diplomas e os revoga. São também lançadas as bases do ensino superior de enfermagem onde se lê no Diário da República de 22 de Fevereiro de 1985 que a educação de enfermagem é de nível superior e a autonomia de enfermagem terá que ser salvaguardada e a educação em enfermagem deverá continuar a pertencer a enfermeiros da carreira docente.

Em 1986 enfermagem é considerada como uma profissão a integrar nas carreiras especiais, posteriormente designada por corpos especiais.

Em 1987 existe nova revisão curricular com novo plano de estudos que define o perfil de competências a alcançar pelo enfermeiro generalista. Valoriza-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa, orientados para a continuidade dos cuidados e não para a execução das tarefas isoladas. Introdução da disciplina de investigação na formação inicial (Amendoeira, 2004).

Em 1988 sai o decreto que integra o ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. A partir deste momento todos os candidatos ao curso passaram a ter obrigatoriamente o 12º ano, estavam previstas as equiparações a bacharel em enfermagem e a estudos superiores especializados e o desenvolvimento como disciplina científica e autonomia pedagógica das escolas de enfermagem.

Em 1989 dá-se a conversão das escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem.

Amendoeira (2004) refere que em 1990 surge o primeiro curso superior de enfermagem com o grau de bacharel e transita-se para uma lógica de diversificação curricular, a partir da autonomia das escolas para a elaboração dos planos de estudo. Com o curso superior de enfermagem em 1990 e com a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico, os professores de enfermagem integram a carreira de docente do ensino superior politécnico. A partir desta reforma educativa, os docentes de enfermagem desligaram-se da carreira de enfermagem (Marques, 2005).

Um passo importante assinala-se com a criação dos mestrados em ciências de enfermagem no instituto de ciências biomédicas Abel Salazar (Nunes, 2003). Os enfermeiros na função pública passam a ter horário de 35 horas semanais sendo também considerado o regime de horário acrescido (42 horas).

Em 1991 ocorre uma nova alteração na carreira a que se seguiu a revisão de 1998. No decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro refere-se que os enfermeiros actuam em três áreas distintas: prestação de cuidados, gestão e acessória.

Em 1991 dá-se o início da frequência de cursos de mestrado em diversas áreas, pelos enfermeiros bem como no mestrado em ciências de enfermagem. Permitiu a sistematização dos saberes em enfermagem, pela investigação com ênfase a partir do conceito cuidar. Nesta década ocorre a ênfase na investigação sobre o processo de cuidados como estrutura de acção, em que o enfermeiro usa a reflexividade na acção para a recontextualização dos saberes. A prática surge como de análise e investigação (Amendoeira, 2004). Em 1992 passa a ser exigida a formação académica e os enfermeiros docentes passam a realizar cursos de mestrado e doutoramento em universidades portuguesas e estrangeiras.

Em Setembro de 1996 é publicado o Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Este documento veio regulamentar a profissão clarificando conceitos, intervenções e funções bem como regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros. Este apresenta as intervenções autónomas, prescritas pelo enfermeiro, realizadas sob única e livre responsabilidade do enfermeiro que decorrem de um diagnóstico de enfermagem e as inter-dependentes, desenvolvidas em colaboração com outros profissionais de saúde, no sentido de prescrição, planos de acção conjunta ou protocolos

Em 1999 o curso de enfermagem passa a licenciatura. Com a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico e o reconhecimento da licenciatura como grau académico de base, foram definidas duas medidas transitórias para a aquisição do grau de licenciado aos estudantes que na época se encontravam a frequentar o curso de bacharelato em enfermagem e que através do ano complementar de enfermagem terminavam o 4º ciclo, bem como aos enfermeiros com o bacharelato, a possibilidade de frequentar o curso de complemento de formação em enfermagem, com a duração de um ano (Amendoeira, 2006).

Nunes (2003) considera como consagração máxima de autonomia na profissão de enfermagem a década de 90, pelo REPE e pelos estatutos da ordem dos enfermeiros que incluem o código deontológico.

O código deontológico é um enunciado dos deveres dos profissionais sendo também a marca de autonomia porque foram os enfermeiros que decidiram acerca deles. Este código constitui-se para todos os enfermeiros em exercício público, privado ou liberal. A autonomia da profissão está consagrada em instrumentos com forma jurídica e não existe

maior autonomia do que definir as regras do exercício assim como o seu controle, ou seja, a capacidade de determinar-se por leis próprias.

A década de 90 surge como uma época de sedimentação e consciencialização não só pela passagem ao ensino superior como pela assunção de desafios sobre o conhecimento próprio da enfermagem, o reconhecimento da prática e dos saberes de enfermagem levando à construção de novos paradigmas de produção de saberes emergentes da realidade social.

Em 2001 temos a tutela única do ministério da ciência e ensino superior e em 2003 temos a redefinição da rede de escolas com a proposta de fusão de algumas escolas. É definido o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais pela ordem dos enfermeiros. Com a lei de ordenamento do ensino superior, em 2001, algumas escolas de enfermagem são convertidas em escolas de saúde, numa perspectiva de rentabilização dos recursos e de aproximação das formações em saúde (Amendoeira, 2006).

É incontestável o papel da investigação no desenvolvimento da enfermagem, devido aos contributos que fornece ao reconhecimento e valorização da enfermagem. A enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados.

No decorrer de 100 anos passou-se de uma formação incipiente e com pouco valor social para uma profissão reconhecida do ponto de vista científico e socialmente cada vez mais significativa.

É indiscutível que a enfermagem como profissão cresceu em muitos sentidos, baseada em conhecimentos próprios, sedimentada pela investigação nos fenómenos de enfermagem, dando a conhecer-se à população, com muita força de vontade de todos os actores dentro da profissão mas com a sensação que, por muito que já tenha sido feito, continua a parecer que ainda é pouco.

Depois de se observar a evolução histórica que existiu em Portugal em relação à autonomia profissional, a sua importância e os seus variados obstáculos vamos analisar a autonomia na sua vertente conceptual.

1.2 – Conceptualização da autonomia profissional

A autonomia é definida como auto governo ou auto determinação, quer dizer, as capacidades que as pessoas têm para decidirem ou realizarem actos que lhes digam

respeito, que interfiram nas suas vidas, autonomamente, por si e não por outros. Capacidade baseada em princípios que cada um gostaria de ver, de acordo com Kant, tornarem-se leis universais, tendo apenas como limite o direito dos outros, vendo a pessoa como um fim e não simplesmente como um meio. A autonomia depende não só da vontade da pessoa mas também é condicionada pelo que os outros pensam e ajuizam.

Pela década de 60, o princípio do respeito pela autonomia da pessoa tornou-se uma das principais ferramentas da filosofia moral, em particular da ética aplicada. Juntamente com o conceito de justiça o princípio da autonomia formou os alicerces morais para o surgimento do que ficou conhecido como a cultura dos direitos (Nunes, 2006).

Se atentarmos bem, os princípios da autonomia e da justiça participam na tarefa difícil mas necessária da construção da cidadania porque se tenta fazer coabitar duas exigências legítimas, mas logicamente em conflito: por um lado o particular das liberdades, preferências e os interesses pessoais pertencentes ao campo dos direitos das pessoas por outro lado o universal das necessidades e interesses comunitários e colectivos, que pertencem ao campo de direitos de todas as pessoas.

A palavra autonomia vem da palavra grega composta pelo adjectivo pronominal *autos* que significa o mesmo, ele mesmo e por si mesmo, e pelo substantivo *nomos*, com o significado de instituição, lei, norma, convenção ou uso. No sentido geral autonomia indica a capacidade humana em dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa ou de uma colectividade capaz de determinar por ela mesma a lei a que se submete. O conceito de autonomia moral tem um papel cada vez mais importante no campo da ética aplicada e da filosofia política contemporânea. (Nunes, 2006).

A autonomia é uma ideia ou virtude, sinónima da aptidão para se conduzir de acordo com o plano de vida que é conforme com os interesses individuais a longo termo. A noção de um ambiente sem barreiras ou um domínio de autonomia não é necessário para se ser autónomo. A autonomia não é dada ou retirada, é uma qualidade pessoal que surge como uma prioridade individual e potencialmente inerente para escolher o curso de uma acção. A autonomia é a capacidade de alguém determinar as suas acções através de escolhas independentes dentro de um sistema de princípios e leis às quais a pessoa está dedicada. A autonomia é uma ideia ou virtude, sinonima da aptidão para se conduzir de acordo com o plano de vida que é conforme com os interesses individuais a longo termo (Ballou, 1998).

Para Neves (2005) a autonomia pode ser definida como sendo a faculdade de se governar, a liberdade ou independência moral/intelectual ou ainda a propriedade pela

qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta. É entendida como a faculdade de se governar por si mesmo, o direito ou a faculdade de se reger por leis próprias, significando também emancipação e independência. Autonomia também é definida como a capacidade de autogestão que pode ser utilizada ou não, ou como sendo a liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades. Para esse autor, a pessoa ou a profissão autónoma é aquela que tem liberdade de pensamento e de acção, livre de coações internas e externas.

Podemos entender a autonomia plena como a escolha concreta de um acto autónomo, numa autonomia de preferências, a liberdade em relação aos condicionamentos externos é certamente uma condição necessária mas não suficiente. É essencial perceber que agir, é simultaneamente, fundado pela autonomia que se exerce ao agir e pela responsabilidade já que tomar decisões é assumir responsabilidade (Nunes, 2006).

Kant afirma que autonomia é a competência da vontade humana em dar-se a si mesma e á própria lei e que é nosso dever tentar atingir a autonomia moral assim como respeitar a autonomia dos outros. Temos que reflectir sobre o facto de existir sempre pessoas prontas a dizer-nos o que queremos, a explicar-nos como são as coisas e a mostrar-nos o que devemos fazer. Por vezes até parece mais fácil seguir as indicações mas temos que pensar aqui na questão da autonomia. Podemos ir buscar a Kant três máximas relevantes no exercício da autonomia:

Pensar por si próprio - pensamento pessoas e ousar pensar por si.

Desenvolver uma mentalidade alargada - colocar-se em pensamento no lugar dos outros.

Estar de acordo com si mesmo - faz recurso ao pensamento consequente (Nunes, 2006)

Os indivíduos autónomos recebem domínios da autonomia em reconhecimento das suas capacidades desenvolvidas para uma vida autónoma. As pessoas autónomas agem de forma deliberada e com auto disciplina enquanto tem conhecimento das limitações e necessidade para ajudar a amar os outros.

No modelo de autonomia, o poder encontra-se no exercício do trabalho graças á mobilização local dos saberes, aquele que executa ao mesmo tempo aquele que reflecte, que encontra por ele mesmo a melhor maneira de proceder, de maneira individual ou colectiva e que assume responsabilidade pelo seu trabalho (Christophe citado por Hereaux, 2004).

A autonomia é um elemento essencial numa profissão (Batey and Lewis 1982, Shutzhofer, 1988, Ulrich et al 2003, Wade, 1999, Wesbeen, 2000). A distinção entre uma profissão e uma ocupação reside na autonomia legítima e organizada (Freidson,

1970). Segundo Breda et al (1997) a autonomia é geralmente considerada como o critério principal que diferencia uma profissão de uma ocupação. A autonomia em enfermagem define-se como a capacidade do enfermeiro de cumprir os seus deveres profissionais de uma forma auto-determinada cumprindo os critérios legais, éticos e práticos da profissão. De uma forma mais simples a autonomia é a liberdade de agir de acordo com o que cada um sabe.

A autonomia é um fenómeno multifactorial que engloba um conjunto de comportamentos o que dificulta a sua definição (Wade, 1999). A autonomia é um fenómeno complexo e multidimensional que deriva das palavras gregas *autos* e *nomos*. A palavra autonomia significa também independência, liberdade, auto determinação e auto-regulação e soberania.

Hall (1968) classifica a autonomia profissional como a liberdade do trabalhador para tomar decisões baseadas nos requisitos do seu trabalho. A atitude e comportamento autónomo, a crença que somos livres para exercer o julgamento nas tomadas de decisão reflecte a forma como o indivíduo se sente e como vê o trabalho como uma profissão (Wade 1999).

A autonomia vista como a liberdade para realizar decisões vinculativas e discricionárias consistentes com o âmbito da sua prática e liberdade para agir com as suas próprias decisões (Batey and Lewis 1982). A esta definição pode ser acrescentada a liberdade de agir dentro de um contexto de responsabilidade e de cuidar. A autonomia é, geralmente identificada com independência. No sentido mais lato do termo a autonomia é a capacidade de se governar a partir das suas próprias normas, das suas próprias leis, tal como um estado, por exemplo. A nível do indivíduo significa a capacidade de gerir os seus limites. Do ponto de vista da acção terapêutica, o campo da autonomia é muito mais vasto do que a independência, porque é sempre possível de acompanhar alguém no caminho da autonomia, o que não acontece com a independência (Wesbeen 2000).

Desde há muitos anos que a enfermagem luta por um estatuto profissional completo (Shutznhofer, 1988, Wade, 1999). A definição clássica de autonomia profissional, tradicionalmente considerada como o critério máximo do estatuto como uma profissão completa, é uma liberdade com garantia social e legalmente definida para tomar decisões na sua prática sem avaliações técnicas de fontes fora da profissão. A autonomia profissional é um atributo essencial para se atingir um estatuto profissional, e pode existir ao nível individual, do grupo ou de ambos. É notório que a importância da autonomia profissional de enfermagem esta desenvolvida de forma extensa na literatura, mas definições de autonomia profissional estão pouco explicadas, levando a interpretações ambíguas.

A autonomia profissional é um atributo essencial de uma disciplina que luta por um estatuto profissional completo mas é muitas vezes confundido com autonomia pessoal, autonomia no trabalho ou um agregado destas autonomias. A autonomia profissional define-se como a crença na centralidade do cliente quando se toma decisões responsáveis, quer seja de forma dependente ou interdependente, que reflectem a defesa do cliente (Wade, 1999). A autonomia profissional em enfermagem definida como a disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria, enfatiza a dependência entre os enfermeiros e os clientes.

A autonomia em enfermagem é definida como o poder para determinar o que é preciso ser feito em relação aos cuidados ao cliente, agir com de acordo com a avaliação feita pelo enfermeiro e aceitar a responsabilidade pelas decisões tomadas (Mundinger, 1980). A autonomia também pode ser definida como a liberdade de exercer a sua prática, a capacidade de auto regulação ou o controlo sobre o seu trabalho. É também considerada a liberdade para se agir de acordo com os seus conhecimentos e como a construção de um corpo de conhecimentos, competência reflexiva e a permissão de responsabilidade e autoridade nas tomadas de decisão (Kramer, 2003). A autonomia é a oportunidade para trabalhar num ambiente livre de regras e normas que têm pouco a ver com os cuidados ao doente. A autonomia é vista como uma liberdade de acção na prática clínica pela qual o enfermeiro é responsável. A autonomia representa então a liberdade para tomar decisões vinculativas baseadas nos conhecimentos clínicos e perícia dentro do âmbito da prática.

De acordo com Shutzenhofer (1987) a autonomia profissional é o exercício da sua ocupação em conformidade com a sua educação, com os membros dessa ocupação, regulando, definindo e controlando as suas próprias actividades na ausência de controlos externos. Esta definição reflecte a visão tradicional e não se refere à relação entre os enfermeiros e os clientes.

A autonomia é tudo o que depende da vontade e saber do enfermeiro. Conquista-se exercendo as competências que nela estão implícitas (Parreira, 2001).

A autonomia clínica refere-se ao âmbito da prática para os quais o enfermeiro é responsável. A autonomia organizacional é a característica do ambiente no qual a equipa de enfermagem participa no processo de tomada de decisão que guia a unidade e organização (Teitel, 2002).

Porter (2001) sugere que nenhuma disciplina consegue ser totalmente autónoma na prática mas refere que existem dois tipos de autonomia que continuam a ser notados e desejados: a clínica, ligada ao acto clínico e a profissional, isto é, a autonomia focada na disciplina de enfermagem (Kramer, 2003).

Conceitos como controlo sobre o trabalho, controlo sobre os cuidados de enfermagem, autonomia profissional, clínica e individual são rotuladas como autonomia, são usadas de forma permutável e medidas com os mesmos instrumentos. A autonomia é considerada por muitos autores, essencial para a prestação de cuidados com qualidade e para a satisfação profissional dos enfermeiros (Kramer, 2003). Moloney citado por Wade (1999) afirma que a autonomia é essencial tanto para a conquista de um estatuto social mais elevado, como para aquela pessoa que beneficia dos nossos cuidados, sendo a defesa intransigente dos seus interesses o seu melhor exemplo.

No hospital a autonomia é um modo de organização do trabalho com o objectivo de regulação social que exerce ela própria uma acção de forma paradoxal entre a liberdade da iniciativa e o controlo inibidor (Hereaux, 2004). Para que os enfermeiros no hospital possam atingir a autonomia é necessário preencher 4 requisitos básicos: Deve existir alto nível de exigência em relação às competências e habilidade; as enfermarias devem estar organizadas à volta da relação doente/enfermeiro; devem existir métodos sistemáticos de avaliar e reavaliar a equipa de enfermagem; os enfermeiros devem ter o direito de organizar discussões (Teitel, 2002).

A autonomia é a capacidade do enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto – determinada enquanto cumpre os aspectos legais, éticos e práticos da profissão. A autonomia não significa que o enfermeiro tenha controlo total mas um enfermeiro autónomo é livre para escolher quando o controlo deve ser retido ou renunciado (Wiens, 1990).

Cultivar uma autonomia verdadeira é essencial se a enfermagem quer reduzir as probabilidades das consequências de autonomia que está na fronteira, que são o sofrimento dos doentes, a morte, a insatisfação dos enfermeiros e o stress. A maior parte da bibliografia de enfermagem consultada sobre autonomia considera que esta é desejável. Ballou (1998) considera que autonomia é um conceito abstracto e que o seu verdadeiro sentido ainda está muito escondido. A literatura de enfermagem sobre autonomia inicialmente refere 3 áreas: o desejo da disciplina pelo estatuto profissional, o impacto da socialização da mulher e das enfermeiras e a relação da autonomia com a satisfação no trabalho. Em todos os casos a literatura em enfermagem reflecte o desejo dos enfermeiros para a autonomia e as dificuldades para a alcançar.

Sumariamente a literatura descreve a autonomia profissional em enfermagem como um fenómeno único que envolve relações de proximidade com os clientes e relações profissionais com os restantes membros da equipa de saúde.

Segundo Freidson (1970) a autonomia concretiza-se na capacidade de controlo sobre o conteúdo e os termos do seu trabalho, sendo a maior parte dos atributos das profissões, tanto consequência, como condição para a obtenção dessa autonomia. A formação, controlada pela profissão, dada numa escola profissional, com um currículo que inclua um conteúdo teórico específico, que legitime a existência de um dispositivo legal para o monopólio do exercício e um código de ética formal ou informal, que garanta o crédito social, são condições importantes para a autonomia da profissão. A enfermagem tem aparente autonomia porque tem controlo sobre a formação e porque tem os seus serviços nos hospitais, mas não deixa por isso de ser uma actividade que se exerce na dependência de uma autoridade exterior. A enfermagem só pode atingir o grau de autonomia própria de uma profissão se controlar no domínio da actividade separado do campo da medicina e em que a sua prática não exija o contacto diário com o médico nem o recurso à sua autoridade.

Normalmente os desafios de enfermagem ocorrem porque a enfermagem não possui um corpo de conhecimentos e de objectivos reconhecido. Freidson (1970) identifica o dilema da enfermagem que quer escapar da subordinação e autoridade médica devendo encontrar uma área de trabalho sobre a qual deve reclamar e manter um monopólio. Para existir o controlo sobre uma área da prática, é imperativo articular e estudar o fenómeno que diga respeito apenas aos enfermeiros. As definições actuais de diagnósticos de enfermagem são caracterizados pelo facto do diagnóstico identificar um problema ou problema potencial que o enfermeiro possa tratar. Este autor refere que um diagnóstico de enfermagem pode ser um diagnóstico médico mas não pode parecer como tal.

Como já foi discutido, juntando ao fenómeno que é sensível aos cuidados de enfermagem os enfermeiros fazem juízos acerca da presença do fenómeno e do tratamento do fenómeno que requer tratamento médico através da delegação da autoridade. Mas é um fenómeno que os enfermeiros tratam de forma autónoma e o tratamento de enfermagem é o que define a essência da enfermagem e os parâmetros do âmbito próprio da prática de enfermagem (Lyon, 2005).

A autonomia é reconhecida como o atributo principal de uma profissão. A prática autónoma é o diagnóstico e o tratamento auto dirigido. Auto dirigido significa uma acção auto determinada e controlada que não requer autorização de outra pessoa. Muitas vezes confundimos a definição de autonomia com as normas nas quais a prática acontece e com a capacidade para realizar julgamentos. Apesar das normas, para cada problema médico, o enfermeiro arranja tratamento, a autoridade para o fazer deve ser delegada de alguma forma pelo médico. Também não é fora do comum para o hospital, para os

médicos ou para ambos, assumir a autoridade sobre o diagnóstico e tratamento do fenómeno que cai dentro do domínio único da enfermagem. É aqui que devemos continuar a realizar esforços consideráveis para conseguir o controlo sobre a nossa prática (Lyon, 2005).

O significado de autonomia é muitas vezes confundido com a capacidade para realizar juízos. Quer as normas quer a capacidade para realizar juízos são irrelevantes quando se quer definir o âmbito de uma prática de enfermagem autónoma. Não importando onde o enfermeiro exerce ou de que juízos de enfermagem é capaz de fazer, se o enfermeiro usa terapêutica para problemas que legalmente requer autorização do médico, então essa actividade não cai dentro do âmbito de uma enfermagem autónoma. É importante salientar que o juízo do enfermeiro sobre a condição médica do doente e sobre o tratamento médico necessário não são desvalorizados aqui. A distinção entre juízo diagnóstico médico ou de enfermagem é baseada em quem tem a principal responsabilidade para a acção que é necessária em resposta ao diagnóstico. Necessária para a distinção e para caracterizar o juízo é quem pode, de forma auto dirigida, tratar o problema. Isto é o básico para uma acção autónoma em qualquer disciplina. Uma acção de enfermagem autónoma é o diagnóstico e o tratamento dum fenómeno que os enfermeiros podem tratar porque possuem autoridade para tal.

A autonomia pode ser limitada por regulações legais reais ou percebidas, valores sociais, o ambiente organizacional, o estatuto social dos prestadores de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde e pela política social e económica de determinado momento. A enfermagem continua a lutar pela sua autonomia num sistema de saúde que se move rapidamente pela doença e onde a sociedade reconhece o medico como o principal prestador dos cuidados á doença (Ulrich et al, 2003).

Mendes (1999) refere que a autonomia pode ser incómoda, não só porque é mais exigente e responsabilizadora, mas também porque exige um empenhamento capaz de conduzir ao reconhecimento dessa mesma autonomia por parte das outras profissões e da sociedade em geral. Para além da nossa autonomia não ser respeitada por outras classes, na nossa própria classe existem membros que se opõem à autonomia pois não se sentem à altura das exigências e responsabilidade pedidas. É necessário que os enfermeiros saibam e queiram assumir uma forma de estar na profissão consentâneo com as exigências de um agir autónomo. Têm de se assumir pelo conhecimento, profissionalismo, responsabilidade, ou seja, pela competência no que fazem e também no discurso que produzem (Mendes, 1999).

Reflectindo sobre a prática e encarando a realidade, por um lado o enfermeiro exige mais respeito, mais reconhecimento, mais prestígio, mas por outro demite-se do seu papel autónomo, assumindo passivamente funções de outros técnicos, preocupando-se mais com os aspectos técnicos esvaziando de conteúdo e de sentido os cuidados de enfermagem (Caldeira, 2001). É óbvio que para definirmos o nosso espaço de autonomia, temos que assegurar-lo com as competências pessoais que permitem resolver os problemas que surgem. É esta competência que constitui o limite da autonomia. A autonomia que nós procuramos e sobre a qual reflectimos é o espaço limitado entre as percepções das suas competências e limites, ou seja, a ligação entre o sujeito e o objecto dos conhecimentos de enfermagem, os cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros identificam as seguintes fontes de constrangimento para a sua autonomia: a sociedade, a instituição onde trabalham, membros de outras profissões e os próprios enfermeiros. Como enfermeiros e prestadores de cuidados aperceberam-se que tinham todos interiorizado os valores de obediência, submissão e subordinação. Os enfermeiros também se socializaram num papel profissional que inibe a autonomia na prática. Concluiu-se que faziam parte de um grupo oprimido (Breda et al 1997).

O poder e os modelos organizacionais ajudam a descobrir os impedimentos e as oportunidades para o poder que pode sustentar a prática autónoma. A autonomia na enfermagem surgiu como um factor de retenção já que a falta de autonomia resulta numa diminuição da satisfação no trabalho. Os modelos de prestação de cuidados e os organizacionais como a gestão partilhada e o papel principal do enfermeiro promoveram avenidas para a melhoria da autonomia em enfermagem (Wiens, 1990).

Assim que o ambiente que rodeia as equipas se torna mais sustentado é possível que aquele sentimento inicial de nova liberdade para usar os seus conhecimentos individuais e experiência para tomar decisões e para agir se torne secundário no processo de tomada de decisão em equipa. Existe a evidência crescente que o ambiente, expectativas e clarificação do conceito têm uma função importante na protecção e suporte da autonomia. O exercício da autonomia pessoal é crucial para o avanço contínuo da prática de enfermagem e para o futuro das organizações de saúde. Explorar novamente a função da autonomia nos contextos dos cuidados cada vez mais complexos é indicado de forma a aprender como sustentar a autonomia profissional do indivíduo como membro integrante da equipa. Novas ideias e estratégias para construir na interdependência entre autonomia pessoal e profissional são possíveis assim que a autonomia seja reconhecida como um conceito multidimensional. A autonomia deve ser vista cada vez mais como um veículo para melhorar a qualidade e para se tornar centro das tomadas de decisão em equipa (Kennerly, 2000).

Uma das formas de promover uma enfermagem autónoma é recompensar as práticas autónomas. Se os enfermeiros são autónomos nas suas práticas então o comportamento que reflecte a prática autónoma deve ser tido em conta nos mecanismos de avaliação de desempenho (Kramer, 2003).

A liderança partilhada tem levado as pessoas a agir autonomamente, a ser decisivos nos locais de trabalho e a criar uma visão partilhada que esta alinhada com os objectivos da instituição. O desenvolvimento de uma liderança partilhada e enfermeiros com uma prática autónoma parecem ser a equação para o sucesso na prestação de cuidados de qualidade e para os ganhos de saúde do doente no sistema de prestação de cuidados actual. Os enfermeiros devem desenvolver ou melhorar novos comportamentos e perícias no empowerment, a capacidade de negociação, sistemas de pensar e responsabilidade em prol do doente (George et al, 2002).

Nunes (2003) considera como expoente máximo da conquista da autonomia dos enfermeiros o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e a criação da ordem dos enfermeiros com os seus estatutos e com o código deontológico. Refere também que é da formação que decorre um corpo de profissionais qualificados para o exercício mas que por si só não confere uma imagem de marca. Essa credibilidade virá da prática dos cuidados sendo a formação um dos instrumentos de reflexão e mudança.

A autonomia tem sido estudada ao longo dos anos em relação à satisfação no trabalho, performance no trabalho e retenção no trabalho. A reestruturação organizacional e do trabalho foi citada como os mecanismos através dos quais a autonomia individual dos enfermeiros pode ser aumentada. Um padrão está a emergir na literatura que fundamenta que a noção da autonomia percebida pelos enfermeiros no seu trabalho é importante para a satisfação com o trabalho e ambiente de trabalho. A introdução de modelos de tomada de decisão baseadas na equipa pode ser caracterizadas por um padrão de variação na percepção de autonomia (Kennerly, 2000).

A autonomia pessoal e a autonomia no trabalho estão fortemente relacionadas com a autonomia profissional. As características mais frequentes que distinguem a autonomia profissional de outro fenómeno são: cuidar, relações de ajuda com os doentes, tomada de decisão responsável, interdependência com os membros da equipa de saúde e defesa proactiva dos doentes. Os atributos pessoais que precedem a autonomia profissional incluem respeito por si mesmo, autonomia pessoal e androginia (Wade, 1999).

Neste estudo realizado por Breda et al (1997) foram encontradas muitas dimensões da autonomia como o controlo sobre a prática, a liberdade para tomar decisões e a qualidade das relações entre os membros da equipa de enfermagem. Foi demonstrado

também que a autonomia desenvolve-se com a capacidade de usar os conhecimentos para ajudar os outros a ser mentores e modelos a seguir para enfermeiros menos experientes. Acima de tudo desenvolveram um sentimento forte de fazer a diferença com os clientes e dentro da organização. Reconheceram que a autonomia está ligada ao poder e que os muitos limites impostos à nossa prática são uma forma simples de pôr os enfermeiros na “linha”.

Outros aspectos que são considerados antecedentes da autonomia são as qualidades pessoais e educacionais que promovem a autonomia profissional dos enfermeiros. A responsabilidade é a primeira consequência da autonomia profissional. Sentimentos associados de empowerment ligam a autonomia profissional com autonomia no trabalho e levam à satisfação no trabalho, empenhamento na profissão e à profissionalização da enfermagem (Wade, 1999).

Uddin (2004) conduziu uma pesquisa extensa sobre satisfação profissional e identificou 6 componentes: remuneração, autonomia, tarefas, política da organização, interacção e estatuto profissional. Neste estudo a autonomia era referida como a quantidade de trabalho independente nas actividades realizadas diariamente.

De acordo com Abreu (2001) a enfermagem tenta construir a sua autonomia a partir de lógicas e linguagens próprias legitimadas cientificamente e socialmente. A multiculturalidade, o humanismo, as questões identitárias, a autonomia, a excelência dos cuidados estão hoje no centro do debate, em torno das componentes académicas e profissionais da disciplina de enfermagem.

Ballou (1998) identificou da sua literatura 6 temas consistentes que têm um significado comum com a autonomia: Auto regulação, aptidão, capacidade, competência, liberdade e auto-controlo. Estes aspectos fornecem o fundamental para chegarmos à definição dos atributos da autonomia. Os 5 atributos são caracterizados pela habilidade de cada um determinar as suas acções, competência para agir, princípios consistentes com os valores individuais, uso da reflexão crítica e tomada de decisão independente do controlo externo. Estes atributos têm em conta as acções individuais mas não a possibilidade que as decisões possam ser feitas por mais que uma pessoa e que a autonomia pessoal possa ser exercida como um membro de um grupo. Por outro lado se os atributos forem exactos, a possibilidade contrária de serem considerados é aquela que é pensada para ser salientada em situações como gestão partilhada não é autonomia pessoal. Ao participar em tomadas de decisão o indivíduo pode realmente desistir da liberdade para agir de forma autónoma e logo, ser limitado pela subida da autonomia profissional da equipa.

Não existe consenso nos atributos essenciais da autonomia e a forma como esses atributos variam ao longo de diferentes contextos. Menos claro soa as diferenças reais ou imaginadas entre autonomia pessoal e profissional. Os atributos críticos da definição teórica de autonomia são baseados na análise dos seguintes conceitos: o agente está apto para determinar as suas acções; o agente está apto para agir de forma competente de acordo com a sua decisão; acções e decisões são baseadas na reflexão crítica; acções e decisões são consistentes com o sistema de princípios aos quais o agente está sujeito e as decisões são tomadas de maneira independente e sem controlo externo.

Os conceitos de responsabilidade, independência, liberdade, poder, autoridade, profissionalismo, reflectem a luta da profissão nos contextos relacionados com a prática, níveis de educação e relação dos enfermeiros com outros profissionais e instituições de saúde. A autonomia actualmente esta relacionada com um conjunto de factores pessoais referidos como antecedentes. Esses factores são: a capacidade intelectual inerente, a moralidade, a exposição a sistemas de crenças, leis e princípios, o conhecimento suficiente para desenvolver as competências, a aptidão para o auto controlo e para ser razoável (Ballou, 1998).

A palavra autonomia tem sido usada como significado das consequências da autonomia, como reconhecimento ou estatuto. Embora seja uma descrição errónea as consequências reflectem necessidades muito reais que podem ser conseguidas pela posse da autonomia. Mas atingir a autonomia não depende de condições externas mas são conseguidas pelo desenvolvimento das qualidades humanas internas como a ética pessoal e o pensamento crítico. As consequências da autonomia são: estatuto profissional, liberdade para, autoridade e poder, reconhecimento pelos outros de sermos competente, satisfação pessoal e a expansão do domínio de uma expressão autónoma (Ballou, 1998).

Wade (1999) define autonomia profissional como tendo os seguintes atributos críticos:

Cuidar, relação de proximidade com os doentes, tomada de decisão discricionária e responsável, interdependência colegial e defesa activa dos doentes. Realça ainda o facto da sua interligação, por um lado à educação e por outro a qualidades de natureza pessoal que serão facilitadoras ou também poderão ser obstáculo à promoção da autonomia profissional da enfermagem.

Kramer (2003) num estudo programa realizado durante 17 anos a mais de 1000 enfermeiros mostra que estes ainda não têm muito claro para si sobre o que é autonomia. Motivado por esta evidência Ballou (1998) identificou os seis temas inerentes ao conceito

de autonomia: auto-controlo, tomada de decisão, competência, reflexão crítica, liberdade e auto regulação.

A auto-regulação é o cerne da autonomia e é baseado num sistema de princípios e leis. A regulação é referida como o direito e a responsabilidade para estabelecer condições e tomar decisões pertinentes na prática profissional para manter o controlo sobre a prática, sobre si próprio e sobre as condições do trabalho (Ballou, 1998).

Os atributos da aptidão, capacidade e competência são outro aspecto recorrente na autonomia. Young (1985) refere que as capacidades, crenças e valores da pessoa autónoma serão identificáveis com sua parte integrante e serão a fonte de onde jorrará a sua acção. A autonomia depende da aptidão e capacidade e é expressada pelas acções de cada um. A aptidão e competência incluem o conhecimento e a capacidade de auto controlo. Logo a competência é extremamente importante para o significado de autonomia.

Se a autonomia reflecte a maneira de ser de cada um então a independência deve continuar a partir das decisões que reflectem o julgamento de cada um. O conceito de autonomia envolve a ideia de autoridade sem ser sujeito à vontade dos outros através da reflexão e tomada de decisão e dentro de um sistema aprovado de princípios e crenças. A autonomia expressa uma condição de liberdade e independência pela qual vale a pena lutar e atingir. As referências de enfermagem á liberdade e autonomia assumem que a liberdade para agir de forma autónoma, pelo menos parcialmente, deriva de forças externas (Batey e Lewis, 1982).

A natureza do ambiente nos quais se realiza uma gestão partilhada é implementada pode ser um factor decisivo no para os trabalhadores se sentirem livres para ser autónomos. Esta medida global de autonomia está focada na existência de um ambiente que suporte o exercício da autonomia pessoal. Os resultados entre a autonomia pessoal e os objectivos sugerem que a percepção dos trabalhadores da sua capacidade para o exercício autónomo pode depender da percepção de um ambiente que a suporte e do sentido de uma direcção clara nas acções baseadas no grupo. Os ambientes com estruturas descentralizadas no processo de tomada de decisão emprestam suporte a maiores níveis de autonomia. Os modelos da prática profissional têm o efeito desejado de fornecer aos trabalhadores o aumento da responsabilidade na sua prática e decisões (Kennerly, 2000).

Grande parte da construção da autonomia é sustentada pelo conhecimento criado pelos enfermeiros e, o que gera esse conhecimento, é a investigação realizada no âmbito das ciências de enfermagem. Iremos observar no capítulo seguinte de que forma a investigação contribui para a conquista da autonomia.

CAPÍTULO II – CONTRIBUTOS DA FORMAÇÃO E DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA

2.1 – A importância da formação e da investigação em enfermagem

A enfermagem constitui-se actualmente numa área de saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção. Na construção da disciplina, a influência dos saberes que se desenvolveram e cimentaram no contexto extra disciplinar fez com que existisse uma enfermagem teórica e uma enfermagem prática, o que levou ao aparecimento duma relação dicotómica entre uma orientação profissional e uma orientação académica (Amendoeira, 2004).

É sabido que uma profissão só consegue construir o seu corpo de conhecimentos e encontrar o foco dos seus cuidados que a distinga das outras profissões através da pesquisa, da investigação. Os profissionais de todas as áreas necessitam de uma base de conhecimentos a partir da qual possam exercer a sua prática, e o conhecimento científico proporciona uma base especialmente sólida. Os enfermeiros participam na investigação de modo a desenvolver e ampliar a base científica do conhecimento que é fundamental ao exercício da enfermagem (Polit e Hungler, 1995).

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Acção aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza dedutiva. Esta é a forma de evoluirmos para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência (Ordem dos enfermeiros, 2006).

É através dos conhecimentos adquiridos e descobertos na investigação que os enfermeiros conseguem dar credibilidade e tornar dignos de confiança, os cuidados prestados ao doente, deixando de ser um cuidar apenas intuitivo, para se transformar num cuidar responsável, alicerçado pelos conhecimentos e pelos bons resultados e

ganhos em saúde, que são comprovados e divulgados pela investigação em enfermagem. Os profissionais devem basear as suas decisões de carácter clínico em informações cientificamente documentadas, contribuindo isso para uma prática de cuidados com vista à excelência e levando a que se atinja a sua própria identidade profissional. As informações que decorrem da investigação em enfermagem vêm contribuir para a definição do papel distinto e singular da profissão de enfermagem na prestação de serviços na saúde. É importante e solicitado com frequência, que se documente a relevância social e eficácia do seu exercício profissional junto das pessoas.

Atendendo ser a investigação e a definição de eixos prioritários, uma das suas responsabilidades, a Ordem dos Enfermeiros (2006) afirma que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos clientes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena.

De acordo com Fortin (1999) a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. Refere também que o aumento de conhecimentos e a autonomia da profissão de enfermagem evolui mais ou menos rápido de acordo com o avanço da investigação em enfermagem. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos enfermeiros, 2006).

Outro aspecto que vai de encontro à busca da autonomia é a importância junto dos outros técnicos de saúde e dos próprios clientes de se fazer investigação em enfermagem. Logo, o conhecimento científico, ou seja, sua presença ou ausência, interfere na forma como a enfermagem se relaciona com as três populações com as quais convive diariamente, quais sejam, a equipe de saúde, a clientela e a instituição a que pertence (Ordem dos enfermeiros, 2006). O conhecimento científico é muito importante no relacionamento com a equipa de saúde e com os clientes. Em relação à equipa de saúde este conhecimento gera respeito, no que diz respeito aos clientes, o conhecimento científico torna-se importante no atendimento das necessidades e na resolução dos problemas da mesma, fazendo com que se explicita a importância e a utilidade deste profissional dentro da equipe de saúde explicitando a importância destes profissionais para os seus ganhos em saúde e quanto à instituição o conhecimento científico permite uma actuação profissional racional e eficaz, gerando retorno financeiro

e social à organização, melhores resultados e dando origem a uma instituição mais fiável e com qualidade (Gomes, 2005).

Colliere (1999) refere que uma profissão consciente dos seus deveres deve colocar questões que mereçam dar origem a pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua actividade e fazer passar à prática o objecto das suas pesquisas.

Thorne (1997) citado por Steubert (2002) considera que os enfermeiros desejam compreender claramente e dar sentido à experiência vivida pelos seus clientes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e doença humanos o que é atingido pelo desenvolvimento de investigação.

Cada vez mais os enfermeiros estão a centralizar os seus esforços de pesquisa na eficácia das intervenções de enfermagem, levando a que os resultados das investigações eliminem as acções que não produzem efeitos ou produzam efeitos adversos no doente, optimizando os cuidados que fazem diferença e levam a ganhos de saúde no doente (Polit e Hungler, 1995).

Nunes (2003) considera que a enfermagem só pode evoluir se existir investigação feita por enfermeiros sobre cuidados de enfermagem prestados. Tendo em conta o rápido crescimento da ciência, a investigação em enfermagem tem um papel primordial na promoção de uma melhor resposta às necessidades da população em matéria de saúde. Esta autora refere que investigando numa dada disciplina visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.

Todos estes factores são de extrema importância para o desenvolvimento da autonomia profissional na enfermagem. Desta forma, a compreensão de autonomia profissional em enfermagem a partir da constituição de um saber específico da profissão possui dois significados: a tentativa de delimitação de um núcleo essencial da profissão e a constituição, delimitação e especificação de um espaço próprio de poder. O primeiro daria sentido à prática profissional, ao menos nos seus aspectos instrumentais, sendo estes definidos como fazeres úteis à prática de enfermagem e à necessidade dos clientes, abrangidos pela enfermagem, embora não façam parte de sua constituição essencial; o segundo, estabeleceria o espaço a partir do qual as relações de poder vivenciadas com a equipe de saúde e com a sociedade, seriam não só exercidas, mas legitimadas. Ao mesmo tempo, o conhecimento científico implica uma autonomia de acção, especialmente na enfermagem, à medida que este propicia a superação de uma prática tradicional baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no quotidiano.

A enfermagem como ciência e profissão não pode ser credível e valorizada senão tiver no seu papel particular, uma abordagem que passa pela construção de um corpo de conhecimentos próprio que defina o serviço específico e insubstituível que presta ao indivíduo e sociedade. Alfaro – Lefevre (1988) defende que é através da adopção de um modelo para a prática que a enfermagem clarifica a sua função social, os conhecimentos específicos e unifica a linguagem, constituindo também, a base para a tomada de decisão no âmbito da intervenção. A utilização do método científico e sistemático de trabalho permitindo reflectir as tomadas de decisão face às necessidades de cuidados, revela-se como instrumento capaz de dar resposta a estas inquietações. Apesar dos diferentes pressupostos que sustentam os vários modelos eles pretendem, de um modo geral, uniformizar e dar consistência à linguagem, clarificar e especificar o que é a enfermagem e a sua intervenção constituindo desta forma um contributo inestimável para um modo mais autónomo e mais qualificante de viver a profissão (Longarito, 1999).

A valorização da profissão de enfermagem deve passar por dois pólos, pela técnica e pelo contacto humano. Temos de investir na investigação de forma a adquirir métodos e técnicas científicas que visem a melhoria da qualidade do nosso desempenho. O avanço científico da enfermagem permitirá termos um corpo de conhecimentos e objectivos únicos reconhecidos, de forma a criar identidade profissional. O desenvolvimento da prática autónoma de enfermagem conduz a uma melhoria do sistema de saúde, pois um melhor aproveitamento e reconhecimento do nosso trabalho aumenta as opções de tratamento dos doentes promovendo a saúde e o bem – estar (Costa et al, 2004).

Para Fortin (1999) o objecto de investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem o qual conduza descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. De forma mais precisa o domínio de investigação em ciências de enfermagem corresponde sensivelmente aos conceitos próprios da enfermagem que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde e os cuidados de enfermagem.

O saber da enfermagem vai sendo construído tal como em outras disciplinas, com o contributo de enquadramentos conceptuais e teorias já desenvolvidas noutras áreas de conhecimento. No entanto a própria disciplina de enfermagem já identificou os seus conceitos centrais, assim como alguns modelos conceptuais e teoria de médio alcance (Swanson, 1991).

Mendes (1999) considera que tem que se investir em estudos de investigação de forma a adquirir métodos e técnicas científicas próprias que visem a qualidade do desempenho.

Existem contextos e áreas de actuação em enfermagem que parece poder ser mais evidente o exercício da autonomia responsável, que é o caso da investigação. Embora o investigador aja sempre no domínio da autonomia científica, a sua responsabilidade continua a ser a centralidade nos cuidados e com o desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Nunes, 2006).

Esta é a forma de evoluirmos para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência (Ordem dos enfermeiros, 2006).

⇒ Que a Investigação em Enfermagem é essencial para o Desenvolvimento, a Avaliação e a expansão do conhecimento em Enfermagem;

⇒ Que a Investigação em Enfermagem é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades;

⇒ Que a Investigação em Enfermagem promove o desenvolvimento profissional;

Abreu (2001) citando Lisete (1995) refere que a proliferação de teorias e modelos de enfermagem são um sintoma de uma fase em que se evidencia a vontade de criar escolas de pensamento no âmbito da disciplina. Esse esforço tem sido importante para a afirmação da enfermagem como profissão, com um corpo próprio de conhecimentos. A utilização de metodologias científicas conduz à construção de saberes específicos possibilitando explicar aos parceiros de outras áreas científicas e à sociedade a função social do enfermeiro e da enfermagem. Ao permitir desenvolver o pensamento crítico e o sentido de autonomia e responsabilidade leva a uma maior implicação dos profissionais e, conseqüentemente a um estar e viver a profissão mais qualificante

Teixeira (2001) refere que a disciplina de enfermagem, como qualquer outra disciplina, terá de possuir uma área específica do conhecimento, isto é, conhecimentos utilizados com sentido específico na prestação de cuidados de enfermagem que deverá incluir regras que irão orientar a construção desse mesmo conhecimento. No entanto este campo das práticas permanece impreciso apesar da definição das funções dos enfermeiros. O grande desafio que se coloca à disciplina de enfermagem é dar sentido ao que os enfermeiros fazem nas suas práticas, na sua tomada de decisão, sendo a investigação uma ferramenta fundamental na construção desse sentido. A realimentação do saber em enfermagem exige que não se separem os práticos dos formadores, pois é assim que se vão transformando as identidades profissionais, na relação de categorias e campos do conhecimento. A divulgação da evidencia científica das intervenções ou resultados dos cuidados de enfermagem facilitarão a análise das práticas de cuidados e dar-lhe-ão visibilidade.

Nunes (2003) refere que a profissão de enfermagem atingiu um nível científico considerável que tem de ser preservado e garantido na prática, com resultados concludentes. Considera também que em pouco mais de 100 anos passou-se de uma formação incipiente e com pouco valor social para uma profissão reconhecida do ponto de vista científico e socialmente cada vez com mais significado.

CAPÍTULO III – MUDANÇAS NA PRÁTICA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS

3.1 – Intervenções autónomas e interdependentes.

A actividade profissional dos enfermeiros desenvolve-se em torno de dois eixos que a definem: as actividades autónomas e as interdependentes. Sendo estas indissociáveis e tendo em conta que existem varias interpretações sobre elas, torna-se importante compreender a que se refere cada uma delas.

Durante o inicio da enfermagem os conhecimentos derivavam da intuição e das qualidades do cuidar humano. Posteriormente o paradigma médico dominou a educação dos enfermeiros. Agora, com a transição para um currículo orientado para a pessoa somos confrontados com o conflito porque o mundo dos cuidados de saúde está ainda dominado pelo paradigma médico e ainda não existe a certeza de quando isso irá mudar (Newman, 1990). Existem dois processos completamente distintos no trajecto da profissão de enfermagem. O primeiro, inicial, que realça a responsabilidade delegada pelo médico ao enfermeiro, na prestação diária dos cuidados ao doente. Não se vislumbra qualquer conhecimento próprio da disciplina, mas apenas a descrição de um conjunto de habilidades que as enfermeiras deviam conhecer para praticar cuidados, actos médicos delegados e que vão dar inicio à identidade: a enfermeira como auxiliar do médico. Um segundo trajecto, o actual, que reconhece a importância da responsabilidade autónoma da enfermagem, pelo bem-estar físico, psicológico e social do cidadão, decorrente da utilização de uma filosofia própria de abordagem de cuidados á pessoa (Fernandes, 2007).

Durante muito tempo a enfermagem acomodou-se a um papel de executoras de ordens médicas, contudo lentamente deixaram apenas de ser executoras de técnicas e tarefas preestabelecidas de origem dependente, para assumirem um papel mais interventivo caracterizado por um julgamento próprio do que são os problemas e intervenções próprias do campo de actuação da enfermagem, bem como, por uma execução de acções de natureza independente. Este papel mais activo em tudo o que se relaciona com o processo terapêutico do doente implica a necessidade dos enfermeiros tomarem decisões e responsabilizarem-se por elas. Neste processo espera-se dos enfermeiros competência e segurança e para isso terão de mobilizar todos os seus conhecimentos (Neves, 2002).

Em relação ao aspecto das actividades autónomas ou interdependentes esta embora nestas ultimas exista um prescritor diferente que os enfermeiros prestam sempre

cuidados de forma autónoma. A interdependência configura-se apenas em relação ao início do processo prescritor, e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume responsabilidade pelos seus próprios actos e pelas decisões que toma (Kennerly, 2000).

Um dos problemas essenciais e que podemos observar nos resultados de um estudo realizado por Parreira (2001) é que muitos enfermeiros não sabem distinguir teoricamente as intervenções autónomas das interdependentes, o que, segundo o autor revela desconhecimento da legislação vigente e dificuldade na operacionalização das actividades quotidianas que promovem a autonomia. O trabalho que os enfermeiros desenvolvem e os seus conhecimentos de especialistas continuam a ser menosprezados. Existem áreas onde a sobreposição de papéis provoca problemas maiores. Isto é exacerbado pela incapacidade dos enfermeiros se perceberem a si próprios ou de serem percebidos como iguais (Barrat, 2001).

A interdependência estimula e desafia as opiniões individuais, guia e aumenta a iniciativa e pede responsabilidade e o dever individual, atributos fortemente associados com a autonomia profissional em enfermagem (Wade 1999).

Os modelos de enfermagem evoluíram de uma visão de enfermeiros autónomos para uma visão de equipa com poder, de uma visão de maior colaboração enfermeiro/médico para uma maior colaboração multidisciplinar, de uma orientação para objectivos para uma orientação para os ganhos em saúde dos doentes. A prática profissional de enfermagem, que envolve múltiplas actividades e atributos, influencia os resultados dos doentes e do hospital (Teitel, 2002). Este percurso foi realizado considerando que a colaboração multiprofissional é uma das nossas funções, que se trata de trabalhar em conjunto, colaborar e que trás consigo o respeito pela autonomia em cada parte envolvida (Nunes, 2006).

Mesmo na execução do trabalho interdependente a enfermagem não se limita a aguardar ordens dos médicos pois dado o carácter de continuidade dos cuidados necessita frequentemente de requerer dos médicos a colaboração necessária sendo um processo onde o enfermeiro assume cada vez mais a sua profissionalidade. A interdisciplinaridade permite o ganho de estatuto da enfermagem como disciplina não significando a perda de estatuto conferido pela medicina (Amendoeira, 2004).

Outro aspecto importante e que não se deve descurar está relacionada com a delegação de tarefas como acto de rotina que nos leva a deixar para outros profissionais algumas acções da nossa esfera de autonomia perdendo-se mais alguns cuidados que nos poderiam dar visibilidade e contribuir para um cuidado profissional em enfermagem

(Amendoeira, 2006). Agora, com o aumento da complexidade dos cuidados e com os profissionais de enfermagem cada vez mais autónomos a consequência é o aumento da responsabilidade no contexto da sua profissão (Pedrosa, 2004).

Torna-se necessário apelar a consciencialização das nossas funções, do nosso verdadeiro papel, procurando desenvolver e prestigiar a enfermagem mediante acções e atitudes verdadeiramente profissionais, dignificantes, centrada na pessoa que cuidamos, respeitando os seus valores, situação e características individuais, resolvendo os problemas identificados, demonstrando competência técnica, científica, relacional e reflexiva (Caldeira, 2001). E este percurso que configurou a enfermagem como profissão, reconfigurou naturalmente o processo de prestação de cuidados porque:

A alteração do papel atribuído aos hospitais transformou-os numa instituição de curar e em centro tecnológico. Por um lado foi necessário insistir na destreza e perícia, depois tornou-se necessário aumentar o leque de conhecimentos dos enfermeiros. Quando lhes foram confiadas actividades anteriormente desenvolvidas por médicos, a prestação de cuidados tornou-se tecnicamente mais exigente, orientada para aspectos anatomopatológicos e sendo valorizada, por parte dos médicos, exactamente pelo desenvolvimento dessa vertente. O desenvolvimento dos conhecimentos das ciências biomédicas proporcionou uma integração dos conhecimentos das diversas ciências, ampliando o modelo biomédico e fundamentando as intervenções.

Se o hospital se tornou competência pública, os enfermeiros são um dos corpos de profissionais da organização que desenvolveu um campo próprio, autónomo (Nunes, 2006). Da mesma forma que os hospitais continuam a tentar diminuir o tempo de internamento existe a necessidade acrescida de profissionais de enfermagem mais qualificados que funcionem de forma independente nos contextos de trabalho cada vez mais intensos e baseados nos cuidados agudos à comunidade. Estes contextos necessitam de enfermeiros que sejam extremamente competentes, flexíveis e capazes de juízos independentes. Continuando os enfermeiros a demonstrar a sua disposição para aceitar a responsabilidade pelos resultados da sua prática mais depressa o sistema de saúde e a população apoiarão o aumento de compensações aos enfermeiros (Clifford, 1990).

A autonomia confronta-se permanentemente com os outros. Sem interacção com o ambiente não existe um quadro experimental logo não há possibilidade de a definir (Hereaux, 2004). A tendência evolutiva de controlo partilhado e interdependência nos cuidados de saúde, outro componente chave na autonomia profissional em enfermagem, é também relevante para o contexto relacional das definições actuais do conceito. A

autonomia é um processo dinâmico demonstrado por quantidades variadas de independência, auto regulação, não controlada, e de comportamentos e sentimentos não subordinados e relacionados com prontidão, empowerment, actualização e validação de performance autónoma (Dempster 1994 citado por Wade, 1999).

Cada categoria de cuidados autónomos de enfermagem é apresentada num âmbito muito extenso e logo abrange muitos tipos específicos de acções. Cada categoria inclui actividades docentes e de aconselhamento assim como de actividades específicas de enfermagem. Os cuidados de enfermagem são acções que o enfermeiro pode iniciar pela sua própria iniciativa para promover a saúde, prevenir a doença ou resolver e curar a doença. O domínio dos cuidados de enfermagem abrange actividades de auto cuidado realizadas para manter, promover ou alterar sensações somáticas e de capacidade funcional (Lyon, 2005).

Segundo o Dec. Lei nº 161/ 96 de 4 de Setembro “ consideram-se intervenções autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos da investigação em enfermagem.

A realização de uma intervenção autónoma pressupõe um diagnóstico de enfermagem com o objectivo de obter um determinado resultado. Esse resultado é caracterizado por ser independente, baseado em decisões profissionais do enfermeiro, geridas por este e fundamentado em conhecimentos de enfermagem. Podemos agrupa-los em fazer por substituir, ajudar e completar, orientar e supervisionar, encaminhar e avaliar (Costa et al, 2004).

Os cuidados de enfermagem são actividades de auto cuidado que o enfermeiro supervisiona ou realiza pelo doente. Os cuidados de enfermagem podem ser categorizados da seguinte forma: actividades relacionadas com a higiene, actividades relacionadas com a nutrição, actividades relacionadas com a eliminação, relacionadas com o conforto, relacionadas com o repouso e actividade, relacionadas com o desenvolvimento e aprendizagem, relacionadas com a segurança, relacionada com os sentidos, relacionadas com interacções, relacionadas com os mecanismos de coping e relacionadas com as actividades de vida diária (Lyon, 2005).

Nunes (2006) considera que a acção autónoma e responsável dos enfermeiros pode fazer diferença para as pessoas e para os ganhos em saúde. André (2001) considera que se deve valorizar as actividades autónomas, tendo sempre presente que os cuidados de

âmbito psicológico são um componente básico da intervenção de enfermagem e também uma poderosa “arma” terapêutica.

A autonomia define-se como a actuação independente e interdependente relacionado com a tomada de decisão num complexo corpo de conhecimentos e habilidades. McKay 1983 citado por Wade (1999) diz que uma actividade autónoma é manifestada por relações de mútuo respeito e confiança quer dentro da profissão quer com outros profissionais. A independência é um atributo essencial à autonomia profissional em enfermagem e reconhece a centralidade do cliente. Enfermeiros autónomos definem os clientes como tendo um papel preponderante no cuidar, estão envolvidos em contextos complexos e estão articulados continuamente no seu papel independentemente das inconsistências, incompatibilidades ou conflitos esperados.

Parreira (2001) diz-nos que o processo de enfermagem dá ênfase às intervenções autónomas. Todo o processo desde a colheita de dados até á avaliação dos cuidados prestados auxilia o enfermeiro a prestar cuidados organizados e estruturados de forma autónoma.

Quer seja em grandes hospitais como em pequenos hospitais, a autonomia em enfermagem é travado por limitações colocadas aos enfermeiros pelos médicos e pelo nível elevado de horas de cuidados necessários aos doentes que não permitem prestar cuidados de enfermagem com qualidade. Esta falta de autonomia é a manifestação do problema de um grupo profissional largamente composto por um grupo oprimido – a mulher (Wiens, 1990). As actividades rotineiras têm que ser substituídas por um plano de cuidados individualizado realizado por um profissional de enfermagem. Uma enfermaria rotinizada que tem como objectivo predominantemente que o trabalho seja feito diminui o potencial do enfermeiro e retira-lhe a sua verdadeira contribuição ou seja, o que pode ser feito pelos enfermeiros nos cuidados ao doente. A intenção de tudo, no entanto, é aumentar o profissionalismo de enfermagem aumentando a autonomia, descentralizando a tomada de decisão e participando na determinação dos padrões para a prática e dos ganhos em saúde do doente resultantes dos cuidados de enfermagem (Clifford, 1990).

Os protocolos são instrumentos que podem ser usados para legitimar a prática autónoma de enfermagem e o seu uso pelos enfermeiros deve ser baseado nas competências dos enfermeiros. Tendo mais autonomia na sua prática diária os enfermeiros vão experienciar mais orgulho profissional e irão tornar-se os recrutadores mais efectivos de enfermeiros. Os enfermeiros precisam decidir se querem continuar frustrados e sem poder ou se estão preparados para a responsabilidade que acompanha a autonomia. Não pode existir uma sem a outra (Wiens, 1990).

A autonomia permite-nos não só participar na equipa multidisciplinar mas também ser elementos chave no planeamento dos tratamentos. Também se refere que se o enfermeiro não possuir um grande número de competências o desejo de autonomia será mínimo. A competência numa profissão é o precursor para a autonomia e para o empowerment e os hospitais que dão importância a um alto nível de competências e aprendizagem têm enfermeiros que assumem a responsabilidade pela sua aprendizagem e que procuram formas de se manterem actualizados e competentes. Os enfermeiros podem, com sucesso, desafiar as normas e regras das instituições que limitam a sua autonomia profissional. Desenvolvendo uma consciência crítica e recusando ser tratados como objectos sob pressão, este aspecto produz resultados positivos de encontro à autonomia.

Com relação à equipa de saúde, a actuação profissional do enfermeiro pautada no conhecimento científico permite o respeito mútuo entre os profissionais e a confiança da equipa no enfermeiro, gerando um trabalho interdisciplinar eficaz, ao mesmo tempo em que compartilha responsabilidades, deveres e direitos.

3.2 – A importância do processo de tomada de decisão.

Ballou (1998) considera que a tomada de decisão é um tema central no conceito de autonomia. Batey e Lewis (1982) definem a autonomia como a liberdade de tomar decisões discricionárias e vinculativas consistentes com o âmbito da prática e liberdade para agir de acordo com as suas decisões.

Ser autónomo é assumir a responsabilidade das decisões tomadas. De acordo com Jesus (1995) citado por Parreira (2001) nós manifestamos a nossa autonomia quando prescrevemos, realizamos e avaliamos as intervenções como resposta a um diagnóstico de enfermagem. Quando é capaz de controlar e avaliar o seu trabalho e responsabilizar-se pelas suas consequências.

A conquista da autonomia leva a que os enfermeiros se confrontem com problemas éticos e com a consequente necessidade de eles próprios tomarem decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores éticos em geral e da profissão em particular (Nunes, 2004). De acordo com Kennerly (2000) a autonomia tem de se reflectir em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso e mandato social que assumimos. As mudanças no aspectos de onde, como e quem presta cuidados torna claro a função do enfermeiro e

a base do poder de tomada de decisão cada vez mais importante na profissão. A função que cada enfermeiro joga a cada momento nas decisões referentes aos cuidados de enfermagem e gestão dos sistemas de enfermagem é uma reflexão diária da autonomia dos enfermeiros vista como estando acessível. A literatura de enfermagem está repleta de discussões sobre a importância da autonomia para o trabalho individual dos enfermeiros e para a percepção do trabalho e da profissão (Ballou, 1998).

Existe uma linha tênue entre autonomia e o controlo na tomada de decisão. A prática profissional implica controlo sobre os termos do trabalho mas também controlo sobre o conteúdo e regulação dos seus padrões. Controlo autoritário muitas vezes encontrado em ambientes hospitalares burocratizados e autonomia profissional são incompatíveis. Assegurando a prática profissional ou seja o controlo autónomo da enfermagem sobre os cuidados de enfermagem aos doentes requer controlo descentralizado da tomada de decisão sobre os cuidados ao doente na enfermaria. A tomada de decisão descentralizada não significa total falta de controlo de gestão mas um ambiente na prática que permita aos enfermeiros pensar e agir (Teitel, 2002).

A tomada de decisão é um componente fundamental para a autonomia profissional do enfermeiro e deve ser baseada nos conhecimentos de enfermagem e não nas emoções ou no exercício de tarefas rotineiras. Os enfermeiros autónomos são responsáveis pelas suas decisões e podem influenciar a profissionalização da enfermagem. Os enfermeiros que integram com sucesso os comportamentos associados à autonomia profissional em enfermagem nas suas crenças, percebem que têm controlo sobre o seu ambiente de trabalho e sobre a sua profissão. Se a autonomia profissional é o elemento chave para o profissionalismo a avaliação curricular deve incluir critérios relacionados com o desenvolvimento de atitudes congruentes com a autonomia profissional (Wade, 1999).

O enfermeiro que presta cuidados directos ao doente tem de possuir as habilidade de ser autónomo e de tomar decisões que são necessárias para prestar cuidados de qualidade e eficientes. O modelo burocrático de tomada de decisão em forma de pirâmide tem que dar o lugar a um novo modelo que honre o empenhamento dos enfermeiros, que assegure cuidados de qualidade mas ao mesmo tempo que permita rapidez nas tomadas de decisão autónomas (George et al, 2002).

De acordo com Neves (2002) o processo de enfermagem é uma estratégia lógica utilizada pelos enfermeiros para sistematizarem a tomada de decisão. Para Alfaro – Lefevre (1988) o processo de enfermagem é um método sistemático e organizado de tomar decisões sobre os cuidados de enfermagem necessários, planear a forma de executá-los prestando assim cuidados de enfermagem individualizados. Atkinson (1989)

diz que este método para além de sistematizado é também científico constituindo a expressão do pensamento da enfermagem.

O pensar enfermagem também se modificou. Os enfermeiros começaram a distinguir-se das acções médicas, ou seja, a sua pratica de cuidados deixou de estar vinculada apenas à execução exclusiva dos cuidados prescritos por estes. A natureza dos cuidados de enfermagem passou a privilegiar como foco de atenção e actuação a pessoa, quer na situação de doente quer como pessoa saudável, em inter-relação constante com o ambiente. Gradualmente a enfermagem foi adquirindo autonomia profissional, graças aos conhecimentos teóricos (corpo de conhecimentos), à metodologia de trabalho e aos resultados obtidos nas áreas de actuação que a caracterizam: protecção de cuidados, docência e investigação. A aplicação de uma metodologia científica deu origem ao processo de enfermagem. Foi o desenvolvimento dos conhecimentos que acabou por fazer emergir teorias e modelos de enfermagem, com a integração de outras teorias (Nunes, 2006).

Os enfermeiros ao começarem a consciencializar-se progressivamente da qualificação que possuem e dos saberes que mobilizam nos contextos diários de trabalho procuram conciliar as melhores formas de transferir o conhecimento científico para o aplicar no quotidiano e compreender como trabalho técnico – intelectual promove ou não essa transferência (Amendoeira, 2006). Reivindicam actualmente mais autonomia e o direito de não se responsabilizar por actividades por vezes periféricas, recusadas pelos médicos. Procura-se uma nova independência na hierarquia de poderes no contexto de trabalho, e uma fuga ao controle da divisão médica do trabalho (Abreu, 2001).

Wade (2004) apresenta a interdependência, intra e interprofissional de discussão de casos práticos, que leva à tomada de decisão como fazendo parte dos atributos essenciais da autonomia e esclarece que tal se deve ao estímulo que provoca alterações na opinião individual, aumentando a iniciativa e responsabilidade.

Abreu (2001) refere que grande parte dos conflitos entre os enfermeiros e os médicos poderia ser resolvido se a nível da tomada de decisão se reconhecessem as competências específicas da enfermagem e as suas responsabilidades particulares no processo de cuidar o doente.

Em 1994 Aiken e os seus colegas demonstraram que a mortalidade dos doentes era 4,6% mais baixo quando os modelos de gestão de enfermagem levavam a uma maior autonomia dos enfermeiros e controlo sobre o seu trabalho e que os enfermeiros tinham influencia os ganhos em saúde dos doentes pelas suas acções directas e pela sua influência sobre as acções de outros. Investigadores demonstram uma relação clara entre

a qualidade prestado pelos enfermeiros e a dimensão ao qual eles próprios compreendem ser aptos para trabalhar de forma autónoma nas decisões que dizem respeito à sua prática (George et al, 2002).

Perante as novas exigências e responsabilidades colocadas à sociedade e aos enfermeiros, é urgente que estes se assumam como decisores, com capacidade para justificarem e argumentarem as decisões sobre as suas intervenções autónomas, com conhecimentos e convicções próprias. O que cada enfermeiro transpõe para o momento da decisão tem carácter de unicidade, ou seja, o que leva o enfermeiro a decidir-se por determinada intervenção é consequência das suas expectativas, conhecimentos, princípios valores e crenças, que são os contornos do seu saber e estar na vida e na profissão (Neves, 2005).

Consensual é o facto das decisões em enfermagem serem complexas, não só pelas características únicas de cada doente, mas pelos múltiplos problemas, sinais e sintomas que necessitam ser interpretados e também devido a situações de incerteza e ambiguidade com as quais têm de lidar. Em enfermagem a tomada de decisão assume especial relevância. A actual complexidade e dinâmica da enfermagem, causada pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e pelos dilemas éticos e morais permanentes que se colocam, requerem que os enfermeiros sejam capazes de tomar decisões complexas de forma autónoma. Tomar decisões em enfermagem, é também uma forma de caminhar para a profissionalização e para a autonomia da profissão. Uma profissão só é autónoma, quando consegue decidir e responsabilizar-se sobre as decisões que toma e sobre os resultados que consegue com essas decisões (Neves, 2002). A necessidade de decisões que requerem autonomia, verifica-se em todas as situações do dia-a-dia, mesmo nas que resultam de prescrição médica, sejam simples ou complexas, o que implica um pensamento crítico e reflexivo. A tomada de decisão deve basear-se em valores éticos, em conhecimentos e na experiência.

A tomada de decisão em enfermagem devem assentar em convicções e conhecimentos próprios da enfermagem, assumidos e partilhados por todos os enfermeiros. É essencial que o aliado ao desenvolvimento das capacidades humanas dos enfermeiros deverão estar os princípios e conhecimentos desenvolvidos e partilhados pela comunidade de enfermagem, porque são inerentes à profissão. Este é o caminho para a afirmação das intervenções de enfermagem, dentro da equipa e dos contextos de saúde (Neves, 2005).

Para Teitel, (2002) ser responsável significa ser investido de confiança numa função particular. Para uma prática de enfermagem óptima tem que existir uma clara deslocação

da responsabilidade assim como a aceitação dessa responsabilidade nas tomadas de decisão. A autoridade é uma acção que requer cumprir a função pela qual temos responsabilidade. A autoridade envolve o uso do poder e como a enfermagem é uma profissão predominantemente de mulheres existe alguma dificuldade nesta área. O desconforto da enfermagem em assumir a autoridade permite a perpetuação de níveis inapropriados de controlo externo e frustra o avanço da prática de enfermagem (Manthey, 1989).

A ruptura com os métodos de trabalho redutores da decisão do enfermeiro que têm orientado as suas práticas, passa pela utilização do processo de cuidados que permite criar e experimentar soluções do âmbito da enfermagem que corresponde às expectativas dos beneficiários. Existe no processo de tomada de decisão áreas de sobreposição que devem ser partilhadas com outros profissionais na complementaridade e não na competitividade ou na dependência, acreditando que será nesta vertente que o campo de enfermagem se distinguirá do da medicina. Carpenito citada por Longarito (1999) no modelo bifocal da prática clínica admite duas áreas de intervenção distintas. Tem como base dois focos de intervenção dos enfermeiros: os diagnósticos de enfermagem que proporcionam a base para a selecção das intervenções de enfermagem constituídas por acções autónomas ou independentes e os problemas colaborativos que são controlados por intervenções prescritas pelo médico, no sentido de monitorizar ou dar resposta a instabilidades fisiológicas.

Parece consensual que neste processo existe uma serie de etapas a ser percorrida, como: percepção do problema, definição do problema, recolha de informação, análise dos dados, redefinição do problema, procura da solução mais apropriada, decisão, implementação da solução e avaliação. Quando transpomos a tomada de decisão para o campo profissional, facilmente percebemos a necessidade de cada disciplina ter processos de raciocínio, estratégias e métodos, que lhes permitam tomar decisões válidas dentro do seu campo de actuação, o mesmo acontece com a enfermagem (Neves, 2002).

A tomada de decisão é um processo complexo da prática diária do enfermeiro, onde terá de mobilizar os seus conhecimentos para poder realizar um juízo adequado e decidir em conformidade. No caso concreto da enfermagem a natureza das suas decisões relaciona-se com questões de eficácia clínica, focalizadas sobretudo nos tratamentos e intervenções. Em todo este processo o enfermeiro mobiliza uma serie de processos de raciocínio, estratégias e métodos, que lhes permite operacionalizar o seu conhecimento e tomar decisões válidas.

Em enfermagem a tomada de decisão é um dos elementos mais críticos, senão mesmo o mais crítico da prática de enfermagem, pois diariamente os enfermeiros lidam com situações onde é necessário tomar decisões que afectam de forma directa e vital o cliente. A dificuldade que os enfermeiros têm de se justificar e descrever as tomadas de decisão pelas intervenções autónomas, perante os seus colegas ou outros elementos da equipa, prejudica a visibilidade das intervenções de enfermagem, conduzindo à consequente transferência de decisões e responsabilidade para outros profissionais o que contribui para a desvalorização e pouca visibilidade da acção de enfermagem em contexto clínico e em tudo o que se relaciona com o processo terapêutico do doente (Neves, 2005). Uma maneira de melhorar a prática de enfermagem, definida como o controlo da tomada de decisão sobre os cuidados de enfermagem, feita pelo enfermeiro de forma autónoma, é minimizar o autoritarismo que existe nos hospitais (Teitel, 2002).

A autoridade de uma profissão reside nos seus conhecimentos. O papel profissional requer uma relação directa entre o cliente numa base existente. Isso permite relativa autonomia na tomada de decisão baseada nos conhecimentos da disciplina (Newman, 1990).

A tomada de decisão autónoma não envolve o exercício de tarefas rotineiras ou cumprir as ordens médicas sem nunca questionar. Em vez disso actuar de forma autónoma e a flexibilidade intelectual são requisito para negociar e para se comprometer. As decisões autónomas estão ligadas ao conhecimento e baseadas na razão e deliberação. As consequências de uma prática de enfermagem autónoma incluem responsabilidade pelos actos, *empowerment* e comprometimento com a profissão. Ser responsável nas decisões a acções implica conhecer-se a si próprio, ao cliente, ao local de trabalho e à profissão. A verdadeira responsabilidade leva ao *empowerment* e ao sentimento de eficácia pessoal. Os indivíduos que se sentem *empowered* sentem-se confiantes em relação ao seu trabalho e podem influenciar até o ambiente de trabalho (Wade 1999). Decisões autónomas simples requerem conhecimentos básicos sobre aspectos específicos dos cuidados ao doente. Decisões autónomas interdependentes são baseadas num leque mais alargado de conhecimentos, requer conhecimentos de outras disciplinas e afecta áreas mais vastas dos cuidados.

Durante o processo de cuidados os conhecimentos adquiridos conferem poder pela qualificação e competência profissional limitando a capacidade de jogar com as incertezas, no sentido de tomada de decisão autónoma e responsável. A consistência destes conhecimentos e a maturidade transportada para a prestação de cuidados, é e deve ser o fruto do investimento individual de uma formação contínua que lhe confere mais autonomia e uma maior responsabilidade (Alves, 2004).

Ou os indivíduos compreendem ser eles próprios capazes de tomar decisões independentemente de controlo externo ou como indivíduos que tomam parte no processo de tomada de decisão no seio da equipa pode ter influência nos ratios da autonomia sentida. O sentido da liberdade que é necessário para o exercício efectivo da autonomia, a natureza do local de trabalho e do ambiente organizacional e a aptidão do indivíduo ou equipa de influenciar os objectivos estruturando os assuntos contextuais básicos na implementação da gestão partilhada e percebendo a autonomia dentro desse contexto. Pensa-se que o desejo pela autonomia e acesso à autoridade influenciam o comportamento do indivíduo na tomada de decisão e na tomada de acção. Tendo ou não os trabalhadores acesso a essa autoridade e sendo apoiados nas suas decisões, tudo isto pode ter implicação no desenvolvimento e manutenção das suas percepções de autonomia.

3.3 – Construção da autonomia baseada no cuidar

Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular (Wesbeen, 2000).

Segundo Gameiro (2003) a mutação identitária da nossa profissão deve-se á conquista do reconhecimento do seu papel social e de uma intervenção profissional autónoma. Tal autonomia e reconhecimento têm sido associados ao desenvolvimento da enfermagem como uma prática orientada por princípios científicos e humanísticos. Centrar a prática de enfermagem no cuidar é assumido como critério de autonomia e de constituição de saberes específicos.

A compreensão da forma como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano constitui-se um desafio, na medida em que é cada vez maior a valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais. A tomada de decisão a partir do processo de cuidados onde em função das possibilidades objectivas que o enfermeiro interpreta em cada situação, toma decisões sob a forma de uma determinação autónoma e não consequência de saberes contextuais. O processo de compreensão do uso e da autonomização do conhecimento pelos enfermeiros tem ocorrido a partir do conceito cuidar. É através do cuidar que o enfermeiro pode captar, detectar e sentir as necessidades reais das pessoas (Amendoeira, 2004).

É na humanização, no olhar cada pessoa como alguém especial, com características próprias, com uma cultura distinta, com necessidades muito concretas que a enfermagem encontra a sua razão de ser como profissão do cuidar. A atenção dada nos últimos anos à prática do cuidar, reflecte a preocupação que actualmente os enfermeiros têm na procura duma identidade e duma área de actuação próprias (Monteiro, 1988).

Desta maneira, o conhecimento científico e a construção e explicitação de um saber específico do enfermeiro constituem um dos alicerces da autonomia profissional. Da mesma forma, a compreensão de autonomia profissional em enfermagem a partir da constituição de um saber específico da profissão possui dois significados: a tentativa de delimitação de um núcleo essencial da profissão e a constituição, delimitação e especificação de um espaço próprio de poder. O primeiro daria sentido à prática profissional, ao menos em seus aspectos instrumentais, sendo estes definidos como fazeres úteis à prática de enfermagem e à necessidade dos clientes, abrangidos pela enfermagem, embora não façam parte de sua constituição essencial; o segundo, estabeleceria o espaço a partir do qual as relações de poder vivenciadas com a equipe de saúde e com a sociedade, seriam não só exercidas, mas legitimadas (Gomes, 2005).

Se queremos afirmar a autonomia da enfermagem e torna-la visível no processo de cuidados à pessoa/ família/ comunidade, a centralidade de todo o processo, teremos que realçar o cuidar não como genérico mas sim como o cuidar profissional. Este cuidar profissional permite ao enfermeiro a afirmação da autonomia como processo de construção de uma identidade sócio – profissional (Alves, 2004).

Colliere (1990) considera ser importante passar da tarefa destinada à capacidade de identificar, nomear, explicitar a actividade que representa os cuidados de enfermagem. Esta autora refere que será através da diferença entre a natureza dos cuidados e dos tratamentos que poderemos identificar:

O que depende directamente da decisão e iniciativa do enfermeiro.

O que depende da decisão médica quanto á prescrição e da iniciativa de enfermagem quanto à execução

O que depende de iniciativas partilhadas.

Esta autora refere ainda que a elaboração do estatuto profissional apoia-se na necessidade de clarificar o que constitui a função de cuidados de enfermagem a qual gera a função de gestão dos cuidados. Para isso é preciso distinguir a diferença entre a natureza do cuidar e do tratar, identificar o campo de decisão e iniciativa específico da profissão de enfermagem no que diz respeito ao domínio dos cuidados, analisar o campo de decisão e iniciativa do pessoal de enfermagem na execução da prescrição médica e

propor, executar e avaliar acções sanitárias e sociais que necessitam do contributo da competência de enfermagem.

O processo de compreensão da difusão, do uso e autonomização do conhecimento pelos enfermeiros tem ocorrido a partir do conceito cuidar. É em função das possibilidades objectivas, que o enfermeiro interpreta em cada situação, que deve tomar a decisão sob a forma de uma determinação autónoma e não de uma consequência produzida por factores exteriores. O enfermeiro que contextualiza os saberes abstractos em determinada situação torna-se o profissional mais apto para liderar o processo de cuidados, fazendo emergir o reconhecimento pelo cliente de cuidados não por oposição mas por complementaridade, onde o sentido relacional com valorização da pessoa como centro de processo de cuidados, permite a utilização de um saber profissional em função da situação particular em que este surge. A utilização de um saber adaptado à singularidade da situação problema e das pessoas com quem está em interacção torna-se na única forma de conhecimento reconhecida num dado contexto de interacção como autónoma e não dependente de outros. É necessário clarificar o que se entende por competências no processo de cuidados na medida em que apesar de existir a expectativa de que o enfermeiro adquiriu conhecimento legítimo para agir junto do doente em situação, nem sempre esta competência é reconhecida. Este facto fica a dever-se à ausência de mediação entre os saberes abstractos, mais teóricos, e os saberes contextuais usados, relacionada com a invisibilidade atribuída à função de diagnóstico e prescrição dos enfermeiros, pelos próprios e por outros profissionais de saúde e doentes (Amendoeira, 2004).

Abreu (2001) considera evidente que neste processo de mudança a enfermagem tenta conquistar progressivamente novas funções, competências e autonomias, sem deixar cair um conjunto de valores que tradicionalmente têm referenciado na sua prática. As maiorias das decisões dos enfermeiros são suportadas por uma forte componente de preocupação ética e que a concretização do cuidado à pessoa passa pela defesa da dignidade e do altruísmo.

De acordo com Pereira (2005) a enfermagem integrada nas profissões de ajuda é na relação com os outros e em particular com o utilizador dos cuidados de saúde que atinge os seus propósitos. O ideal ético da enfermagem é cuidar o homem com a finalidade de protegê-lo, preservá-lo e respeitar a sua integridade e dignidade, logo, o cuidar da pessoa pressupõe uma atitude de profundo respeito assumindo em cada intervenção o princípio de fazer o bem.

Para se atingir a autonomia fundamentada no cuidar é necessário desenvolver a acção respeitando os direitos humanos, a liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, filosóficas), ou de diferenças (étnicas, sociais, económicas). É preciso termos a noção que a defesa e promoção da liberdade implicam a responsabilidade individual e colectivos pelos actos praticados na sequência das decisões tomadas. Por isso se assumiu o cuidar como ideal moral que visa proteger, aumentar e preservar a dignidade humana (Nunes, 2004).

De acordo com Colliere (1989) é importante conhecer a natureza dos cuidados, definir os domínios de decisão e iniciativa do exercício de enfermagem, saber quando e como os enfermeiros devem intervir na vida das pessoas. Se a profissão de enfermagem quiser aceder á autonomia, os profissionais de enfermagem devem:

Determinar a junção e complementaridade dos tratamentos com os cuidados de manutenção, discernindo o que diz respeito aos cuidados e o que diz respeito aos tratamentos, trabalhando para os tratamentos não substituírem os cuidados que são insubstituíveis. Refere também que os tratamentos sem cuidados são prejudiciais.

Clarificar as limitações causadas pelas doenças de modo a compreender a relação entre os tratamentos e as actividades de vida diária da pessoa doente.

Clarificar o limiar da invasão médica a dificultar o exercício de enfermagem e colocar limites. É o que acontece não só com a invasão dos exames e tratamentos em detrimento dos cuidados, mas também da substituição de médicos por enfermeiros em muitas circunstâncias sem quaisquer benefícios jurídicos, sociais, económicos que corresponda ao assumir dessa responsabilidade. Existe um deslocamento da zona de competência e um ofício que se deixa absorver por outro ou que tem necessidade de se tornar no outro para se sentir valorizado ficando sempre á sombra daquele que tem o real direito de exercício não pode aspirar á sua autonomia.

Os enfermeiros sentem-se presos entre duas grandes tendências: cumprir os actos técnicos e acompanhar a vida, ou seja, cuidar. Os enfermeiros tentam que lhes seja reconhecida a diversidade da sua missão em termos de cuidados ou de áreas do seu exercício. O enfermeiro tradicionalmente esta relacionado com a parte humana do cuidar da pessoa doente e a sua pratica habitual apresenta uma parte técnica em articulação directa com o trabalho médico (Wade 1999).

O modelo biomédico é ainda o preferido de muitos dos nossos colegas que pensam que é mais importante tratar do que cuidar. É obvio que é muito mais fácil cumprir prescrições do que avaliar, planear, executar e ver o resultado de actividades que são autónoma e próprias do enfermeiro. Este modelo também agrada às instituições já que desta forma os

enfermeiros realizam uma carga maior de trabalho (Monteiro, 1988). Para Pereira (2005) as atitudes cuidativas são desenvolvidas a partir de uma filosofia humanista como opção de base, feita por um ser humano para cuidar outro ser humano. Para esta autora a formação na componente relacional do cuidar em enfermagem permite que o enfermeiro desenvolva com plenitude o seu papel autónomo e que o faça utilizando a relação de ajuda como uma base terapêutica que conduza não só ao crescimento e fortalecimento do cliente mas também do próprio enfermeiro.

As opiniões tradicionais baseadas no modelo masculino de autonomia, que enfatiza o controlo e a separação desvalorizam a relação profissional das enfermeiras com o cliente e as atitudes e comportamentos de uma profissão feminina (Shutzenhofer 1987). As mulheres desenvolvem a autonomia dentro do contexto relacional e da ética do cuidar. Outros defendem que a androginia, uma mistura das características masculinas e femininas tradicionais, pode ser mais relevante para a autonomia profissional dos enfermeiros (Wade, 1999).

Para melhorar esta imagem começou-se a reflectir sobre aspectos essenciais como o cliente, a equipa e os cuidados prestados e começaram-se a posicionar como membros activos ao contrário de agentes passivos dos cuidados ao cliente. Consideramos que a arte de enfermagem e que uma prática de enfermagem reflexiva fazem diferença na qualidade dos cuidados ao cliente (Breda et al 1997).

Para que a demarcação da imagem que o enfermeiro possui é essencial que a teorização se constitua num discurso próprio e esclarecido em relação à natureza dos fenómenos de enfermagem, ao saber em enfermagem e a respectiva prática de cuidados (Gameiro, 2003).

O conceito de autonomia não se esgota nos conflitos vivenciados na interioridade da equipa de saúde, que poderia gerar maior ou menor espaço de saberes e fazeres de uma ou outra profissão, mas constitui-se a partir da delimitação consistente do que é próprio da enfermagem, ou seja, daquilo que a caracteriza como profissão e a distingue das demais, ao mesmo tempo em que desenha ou redesenha saberes e fazeres instrumentais. Essa análise torna-se importante para a enfermagem em função da carga histórica presente na mesma que tende a conformá-la a partir de um saber e um fazer específico, qual seja, a prática tradicional da enfermagem geralmente próxima das representações contidas no senso comum. Nesse sentido, a enfermagem ganha conotação de trabalho mais ligado aos sentimentos humanos e comportamentos valorizados e orientados por questões humanas, éticas e religiosas.

Os docentes de enfermagem devem apoiar a enfermagem no seu caminho para a autonomia. Os estudantes de enfermagem, quando comparados com outros de áreas como educação, finanças, artes e ciências, apresentam o nível mais baixo de autonomia. Os estudantes devem ser ensinados a ser líderes e a ter competências para tomar decisões que os irão ajudar a evitar ter comportamentos passivo – agressivos (Wiens, 1990). A socialização dos enfermeiros em relação ao significado da enfermagem e de ser enfermeiro, bem como os valores da profissão, como a autonomia, é essencialmente feita em contextos de trabalho, como profissional. No entanto o princípio dessa re-socialização ocorre durante a formação inicial, não tanto na escola mas nos locais de estágio, quer pela observação dos seus orientadores mais directos, quer pelo que observa aos outros enfermeiros na relação com o doente, uns com os outros, e nas relações com outros profissionais de saúde e com a própria instituição.

A autonomia em enfermagem será atingida quando os clientes chegarem à conclusão que a mortalidade e morbilidade dependem da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A enfermagem deve, sem hesitação, aceitar a responsabilidade e a tendência para perpetuar comportamentos e atitudes que caracterizam grupos sem poder (Wiens, 1990). As qualidades da enfermagem neste novo milénio, particularmente a autonomia e o controlo sobre as normas da prática, estão relacionadas com os dados encontrados sobre os ganhos em saúde dos doentes em estudos empíricos multi hospitalares (Teitel, 2002). Para que possa existir um reconhecimento efectivo dos cuidados de enfermagem como tais, os enfermeiros de hoje têm que demonstrar que eles são a expressão e a garantia de uma prestação de cuidados especifica em varias áreas da vida das pessoas, prestação essa que não esta abrangido por outros grupos profissionais (Hereaux, 2004).

3.4 – A imagem e a identidade de enfermagem

A identidade profissional é um processo de desenvolvimento que evolui ao longo da carreira profissional dos enfermeiros. A identidade é fundamental para a prática profissional de enfermagem. A identidade em enfermagem pode ser definida como o desenvolvimento dentro dos enfermeiros de uma representação interna da interacção pessoa – ambiente, na exploração das respostas humanas aos problemas de saúde potenciais que elas vivem na actualidade. A identidade profissional é fundamental à assumpção das variadas funções dos enfermeiros (Cook, 2003).

O passado de enfermagem levou a que na procura de estatuto social, a enfermeira se tenha aproximado do poder instituído, o poder médico, assumindo funções que lhe são

delegadas por estes e que ao contrário do prestígio social ajudam a criar a representação social da enfermeira como auxiliar do médico. Significa isto que no que respeita à imagem que a sociedade tem de nós, o nosso papel nunca é autónomo (Pires, 2001).

Os enfermeiros ao pretenderem mais respeito e mais estatuto, combatem muitas vezes as batalhas erradas, como por exemplo, assumir funções de outros técnicos, que nos afastam da nossa identidade (Lyon, 2005). De acordo com Pires (2001) existe uma falta de sentido claro e distinto de identidade profissional, que leva a que os enfermeiros se sintam substitutos de outros técnicos, sendo a resposta para as pretensões sociais das enfermeiras e para a sua identidade regressar ao seu próprio caminho. A indistinção de uma identidade própria consubstancia a representação social dos enfermeiros.

As enfermeiras e os enfermeiros têm dificuldade em ser reconhecidos e estão em busca contínua da identidade, um pouco como se não tivessem à sua disposição um conteúdo profissional considerado por eles próprios como suficientemente rico e útil que poderia torna-los identificáveis e, portanto, reconhecíveis na sociedade (Wesbeen, 2000). No que diz respeito à identidade profissional, os enfermeiros não têm desempenhado seu papel próprio no quotidiano da profissão. A construção do papel próprio possui relação com a construção da identidade profissional, o que significa a explicitação do que é específico do enfermeiro, ou seja, o saber e o fazer que caracterizam a enfermagem. Isso, contudo, não é uma negação à interdisciplinaridade, mas seu reforço, à medida que, a partir do próprio, a enfermagem possa dar contribuições pertinentes e singulares à equipe de saúde e prestar uma assistência de qualidade à sociedade.

Centrar-se na sucessão de tarefas a realizar é o que há de mais desastroso para a construção da identidade da enfermagem, porque esvazia de conteúdo e de sentido os cuidados de enfermagem. Centrando-se na tarefa, os profissionais dos cuidados de enfermagem não se preparam verdadeiramente para uma abordagem subtil, intuitiva, espontânea e concertada do beneficiário dos cuidados (Wesbeen, 2000).

Quando aos actores do cuidar eles querem sobrepor-se dentro das suas competências específicas, das suas lógicas profissionais e culturais diferentes e do lugar que lhes é atribuído tendo em conta a sua função e o seu status (Hereaux, 2004).

A construção da identidade profissional, de um saber específico enquanto exercício de poder nas relações sociais, profissionais e institucionais da enfermagem, da abordagem holística e humana ao cliente como traço característico da profissão e a consulta de enfermagem como tecnologia/espço privilegiados de exercício do saber/fazer profissional traduzem meios concretos de conquista da autonomia pelos enfermeiros.

A especificidade de cada profissão reside no contributo especial que a profissão dá a sociedade e especificamente no que diz respeito à prestação de cuidados. É imperativo, quer para o avanço da identidade profissional, quer para o avanço da disciplina, que a enfermagem defina o seu âmbito específico. É fundamental para o desenvolvimento da ciência de enfermagem a capacidade dos enfermeiros realizarem diagnósticos e prescrever acções ou estratégias de enfermagem que resultem em respostas específicas no doente. Para a ciência de enfermagem avançar e para promover a identidade profissional dos enfermeiros e do valor dos enfermeiros devemos ser claros no que é realmente a enfermagem (Lyon, 2005).

Só poderemos considerar que a identidade sócio profissional é uma realidade quando o enfermeiro valorizar aspectos da sua esfera de autonomia, sendo o próprio enfermeiro na prática que utilizando um raciocínio intelecto – profissional ou seja, recontextualizando as situações diárias de forma responsável a partir do seu corpo de saberes, usando a sua autonomia para enfatizar o cuidar profissional em enfermagem, dando visibilidade da sua acção junto da comunidade (Alves, 2004).

O papel das prescrições concerne aos actos dos cuidados ditos técnicos que o médico indica ao enfermeiro que realize, concedendo-lhe inteira liberdade para a correcta execução dos cuidados. O papel exclusivo corresponde a uma evolução social marcada pela vontade de cada actor seguir o seu caminho. O papel exclusivo introduz responsabilidade, iniciativa e autonomia. É suposto modificar as competências esperadas no momento em que consideramos ser importante dar visibilidade à autonomia da profissão e construir uma nova identidade profissional (Hereaux, 2004).

É importante que os enfermeiros promovam a sua imagem. É preciso dar visibilidade ao sucesso dos cuidados de enfermagem, dar-nos a conhecer à população. De acordo com Caldeira (2001) os conceitos enraizados e ligados ao passado histórico da profissão vão-se lentamente desvanecendo e perdendo força no meio social. Para a conquista plena do reconhecimento e valorização da profissão de enfermagem, por parte dos cidadãos e sobretudo o reconhecimento dos cuidados de enfermagem, penso que os enfermeiros terão que reflectir sobre o seu desempenho e desenvolver estratégias de mudança que os vão qualificar e valorizar, fundamentando assim a autonomia e identidade profissional pretendida.

A ética coloca-nos face à existência de uma relação de convergência entre as próprias escolhas na profissão que envolvem o nosso ser, mente e acção, provocando um dinamismo de concentração positiva incontornável entre a ética e a profissão. As duas, ao cruzarem-se na vida profissional sublinham a liberdade de consciência e por outro a

construção de identidade pessoal que virá a ser objecto reconhecido e reflectido no exercício da profissão.

O estudo do saber específico de uma profissão é motivado por preocupações de eficácia e adequação dos serviços prestados mas também por critérios ligados ao estatuto a ser reconhecido aos profissionais que o detêm. Esses saberes obedecem conjuntamente a uma estratégia de afirmação associada à identificação de espaços de autonomia e respectiva definição de fronteiras. A progressiva afirmação social da enfermagem tem resultado de um esforço interno de identificação de um saber que garanta um estatuto adequado à profissão bem como à sua autonomia em relação a outras que lhe são próximas. A tradução destes esforços na identidade profissional em enfermagem tem sido notável para o que vem contribuindo de forma determinante uma comunidade académica forte e metodologicamente autónoma.

Um dos problemas que condiciona a dimensão social da profissão é a concepção da enfermagem como profissão feminina. A identidade profissional foi influenciada durante muitos anos pelo papel que a sociedade espera da mulher, uma vez que a representação que aquela possui sobre a enfermagem é de uma profissão predominantemente feminina. Apesar disso e nos últimos anos os enfermeiros nas instituições de saúde passaram a assumir um papel central e viram crescer as suas actividades autónomas. Paralelamente os padrões sociais também se alteraram. A mulher conquista um papel social mais activo e outras expectativas em relação à sua ascensão nas carreiras profissionais (Abreu, 2001).

As ciências de enfermagem têm por propósito conseguir uma articulação lógica e coerente entre um conjunto de conceitos e conhecimentos próprios da profissão que sirvam de referência à prática profissional. A enfermagem tenta construir a sua autonomia a partir de lógicas e linguagens próprias legitimadas cientificamente e socialmente. A multiculturalidade, a multiprofissionalidade, o humanismo, as questões identitárias, a expressão pessoal, a construção da cidadania, a autonomia e a excelência dos cuidados colocam-se no centro do debate. A enfermagem confronta-se profundamente consigo própria como forma de perceber e conquistar uma identidade autónoma (Abreu, 2001).

Como profissão a enfermagem tem continuado a lutar por aparecer como actividade autónoma, independente de outros profissionais ligados ao sector da saúde. A autoridade da enfermagem fundamenta-se num contrato social que lhe advém duma base social complexa. Donabedian diz que existe um contrato social entre a sociedade e as profissões. Segundo este autor a sociedade concede autoridade às profissões sobre funções que lhe são vitais e permite-lhes uma considerável autonomia para desempenhar

as suas próprias tarefas. Em troca espera-se que as profissões actuem de modo responsável, sempre atentas à confiança que o público neles deposita (Monteiro, 1988).

Embora os enfermeiros lutem para serem olhados como uma profissão independente, com saberes próprios, a sociedade em geral continua a considerar a enfermeira como auxiliar do médico. É a nós enfermeiros que nos cabe modificar a opinião do público, começando por mudar a forma como olhamos para nós próprios, como profissão.

Witz (1992) introduz na análise do processo de profissionalização em enfermagem a questão do género, essencial para mediar o processo de autonomização e a identidade sócio – profissional salientando que o movimento das enfermeiras desafiava a relação de poder, mobilizando a relação da medicina e da enfermagem e da relação patriarcal de domínio do homem sobre a mulher (Amendoeira, 2004).

O processo de profissionalização das ocupações ligadas á saúde sugere as seguintes generalizações: existe uma variedade de situações históricas específicas, as características de uma profissão não foram dadas previamente mas sim conquistadas pelos seus membros, o conhecimento desempenha um papel importante no processo de profissionalização das profissões de saúde, envolve uma mobilidade social ascendente dos seus membros, os poderes profissionais foram conquistados em negociação com poderes já estabelecidos (Amendoeira, 2006).

A identidade sócio profissional como dimensão do processo de profissionalização, passa pela valorização da singularidade na análise das situações problema na área da saúde só é possível a partir da capacidade que os enfermeiros desenvolveram em mobilizar os conhecimentos teóricos na acção quotidiana, faz com que no aprofundamento do conhecimento sobre o conceito cuidar, na dimensão relacional dos saberes, leve a estabelecer diferenças entre o conceito de cuidados de enfermagem, na lógica de racionalidade técnica, para o conceito de cuidado de enfermagem, na lógica da orientação para o cuidar curar (Amendoeira, 2004).

O processo de profissionalização e a melhoria do estatuto sócio – económico da enfermagem surgiram como reconhecimento sobre a sua importância social, da existência de um corpo de conhecimentos próprio e específico. O saber do enfermeiro revela-se na prática de cuidados, quando é capaz de identificar as respostas humanas de saúde e traduzi-las num foco de atenção da sua prática, intervindo de forma autónoma.

Se cuidar é importante, não chega dizê-lo, é preciso demonstrá-lo, é necessário que a profissão seja, através do exercício, reconhecida como socialmente importante (Fernandes, 2007).

Na enfermagem, enquanto os seus membros são geralmente animados por uma forte intenção de cuidar, encontra-se assim dilacerada e dividida entre os que vivem a prática e os que pensam o seu desenvolvimento. O corpo existe e a cabeça também, mas não estão ligados. A ausência de liderança reconhecida pelos enfermeiros explica a imagem de uma profissão desorientada. A profissão deve ser pensada a partir da prática quotidiana, cuja riqueza e utilidade social são pouco reveladas. É justamente da prática que é preciso partir para construir a profissão e não do imaginário de uma profissão mais ou menos forte e prestigiosa que pretende impor as suas opiniões sobre a prática. O processo de profissionalização não pode apoiar-se em bases artificiais. Deve assentar e encontrar a sua força no concreto das “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem a fim de mostrar melhor a grandeza da ajuda assim prestada, o bem-estar que se proporciona tanto ao doente como aos familiares. O processo de profissionalização só poderá levar ao reconhecimento profissional se os enfermeiros valorizarem com convicção o conteúdo real da sua profissão e a ajuda singular assim prestada (Wesbeen, 2000).

O elevado número de enfermeiros faz da classe de enfermagem uma profissão particularmente visível e operante na sociedade, com especial representação e responsabilidade política, social e cívica na prestação dos cuidados de saúde e na respectiva concepção, planeamento e gestão (Pedrosa, 2004). Este autor identifica 4 razões principais para explicar o porque de ser tão difícil a conquista de uma identidade profissional:

A primeira prende-se com o facto da maior parte da classe de enfermagem ter sido e ainda continuar a ser, constituída por mulheres. As mulheres, mesmo hoje, não se consideram e não são consideradas pelos homens, como sendo o motor principal do desenvolvimento de uma disciplina importante, qualquer que seja ela. Na maior parte das culturas, as mulheres tem sido relegadas, na sociedade, a um papel subalterno que muitas vezes foi reforçado no ensino e na prática dos cuidados de enfermagem. A enfermagem, que é constituída maioritariamente por mulheres, é produtos sociocultural da sociedade que evidencia vários níveis de paternalismo ou dominância masculina. Shutzenhofer (1987) descreve os processos de socialização que afectam a autonomia da enfermagem. As mulheres tendem a ser socializadas para ser mais passivas que o homem. Muitas mulheres sentem-se excluídas dos processos de tomada de decisão. Devido a estas restrições falta às mulheres a aptidão necessária para tomar decisões essenciais para uma prática de enfermagem autónoma (Wiens, 1990). A socialização da mulher e a socialização profissional das enfermeiras foi citado como um factor inibidor ao desenvolvimento da autonomia profissional em enfermagem. Para os enfermeiros agir de

forma independente mas ao mesmo tempo interdependente, como alguém que defende os clientes e que são responsáveis pelas suas decisões, é necessária uma mistura de atributos masculinos e femininos. A maioria dos autores aceita que a autonomia é um requisito para o estatuto profissional em enfermagem. A dificuldade para atingir a autonomia está relacionada com o papel da socialização da mulher devido à relação com a subserviência. Como uma profissão predominantemente de mulheres a enfermagem é a metáfora para a mulher e os seus papéis e funções (Ballou, 1998).

Em segundo o facto de as enfermeiras não terem sabido utilizar o imenso poder que se lhes oferecia nas colectividades nacionais e internacionais para influenciarem o desenvolvimento de serviços de saúde em que os cuidados de enfermagem tivessem podido ser praticados e desenvolvidos como uma disciplina autónoma.

Em terceiro a persistência e o sucesso com que as enfermeiras, os médicos e outras pessoas interessadas têm lutado para manter o ensino de enfermagem em escolas sob o domínio dos hospitais, fora das universidades ou dos estabelecimentos de ensino superior. Certos aspectos da educação e socialização profissional dos enfermeiros também se tornam barreira para atingir a autonomia. Muitas vezes há a tendência para ensinar os estudantes de enfermagem a ver os médicos como adversários ou superiores e não como colaboradores ou iguais (Wiens, 1990).

Em quarto o facto de as enfermeiras terem consentido em se tornarem servidoras dos médicos e terem aceitado sem protestar deixar-se transformar em auxiliares pouco dispendiosos mas eficazes, reforçando assim no espírito do público e de outros profissionais de saúde a sua imagem de trabalhadores paramédicos (Wesbeen, 2000). Os profissionais de enfermagem por vezes têm uma “margem” de autonomia relacionada com as necessidades do serviço, contratos administrativos e orçamentais, por motivos de racionalização dos cuidados. Mas é isso que muitas vezes o impede de atingir realmente um estatuto autónomo (Ballou, 1998).

O valor de uma profissão não pode basear-se senão na valorização do seu conteúdo profissional, do seu contributo específico e insubstituível para a saúde da população. Essa valorização não pode ser artificial, efémera e circunstancial, não pode articular-se apenas com as relações de força que o número dos seus membros confere e que as opções políticas, em certos momentos apenas, facilitam. É a valorização do conteúdo profissional que há-de dar, de forma duradoura, mais valor e mais reconhecimento, aqueles que são seus actores. Antes de trabalhar pelo reconhecimento dos enfermeiros tem que se trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem (Wesbeen, 2000).

É um facto incontestável que as dificuldades de relação são complexas porque a maior parte dos enfermeiros continua a ser do sexo feminino e os médicos são maioritariamente médicos. Isto leva a que haja uma identificação entre a relação médico enfermeira similar há que existe entre marido e mulher (Barrat, 2001).

A necessidade de valorizar o conteúdo dos cuidados de enfermagem antes mesmo de valorizar os profissionais que os exercem, por mais evidente que possa parecer, não é tarefa fácil. Depara-se no interior da própria profissão, com dois grandes fenómenos associados, por um lado a representação que os enfermeiros tem de si próprio e da sua profissão e, por outro, aos efeitos induzidos pelo processo de profissionalização. Os enfermeiros procuram dar uma imagem da sua profissão que é efectivamente condicionada e influenciada pelo contexto profissional e social em que trabalham.

Síntese integradora

Para finalizar o enquadramento teórico podemos referir que embora seja um fenómeno recente, a discussão em torno da autonomia tem crescido nos últimos anos de forma exponencial. Tem havido um aumento de estudos e reflexões sobre o assunto que tem sempre o início na história da profissão de enfermagem de cada país, com as suas condicionantes e factores adjuvantes. É importante não esquecer que a grande maioria dos autores consultados acredita que existe um longo caminho a percorrer, quer na definição da enfermagem como uma profissão realmente autónoma, através da construção de um corpo de conhecimentos próprio e de se saber diferenciar das restantes profissões da área da saúde. Este aspecto é abordado do ponto de vista mais teórico, mais académico, através do processo de investigação. Este processo permitira chegarmos ao que poderemos chamar como o conhecimento de enfermagem. Um conhecimento próprio, único e distinto. Do ponto de vista mais prático é explicado pelos autores consultados que os enfermeiros devem ser, eles próprios, a conquistar a sua autonomia, sem esperar espaços abertos por outros profissionais e que essa conquista deverá ser baseada em conhecimentos fortes que sustentem a prática e que permitem que o enfermeiro se torne um importante decisor nos cuidados de saúde. Privilegiar as funções autónomas e seguir a senda do cuidar parece ser o caminho certo para uma enfermagem mais autónoma.

PARTE DOIS - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA

4.1 – Tipo de estudo

A metodologia é uma das componentes fundamentais em investigação surgindo como base, para alcançar os objectivos de um estudo. Refere-se à descrição e análise dos métodos científicos, às suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação (Lourenço, 2004).

A metodologia é o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objectivos de um trabalho de investigação. É composta por um conjunto de actividades sistemáticas e racionais para percorrer e alcançar os objectivos pretendidos. Constitui uma fase essencial no processo de investigação, permitindo ao investigador personalizar aí todo o seu estudo e respondendo às questões formuladas.

As decisões metodológicas dependem da natureza do objecto de estudo e do nível dos conhecimentos, entre outros factores e deve assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação.

Este estudo é de tipo descritivo e correlacional, com o recurso a técnicas de análise quantitativa. Num estudo descritivo-correlacional, o investigador explora e determina a existência de relações entre as variáveis com vista a descrever essas relações (Fortin, 1999). Os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. (...) O estudo descritivo pretende descrever ‘com exactidão’ os factos e fenómenos de determinada realidade. (...) Quando se estabelecem relações entre variáveis, o estudo se denomina estudo descritivo e correlacional. Outros estudos descritivos se denominam estudos de casos. Estes estudos têm por objectivo aprofundarem a descrição de determinada realidade (Triviños, 1987).

4.2 – População/amostra

A população para Fortin (1999) é “uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”. Refere ainda, que “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo”. No entanto, o investigador raramente tem acesso à totalidade da população alvo, mas apenas ao conjunto de sujeitos disponíveis designado por população acessível. Por outro lado, nem sempre a população acessível é abrangida na totalidade por limitações várias,

quer de recursos financeiros e humanos quer por limitações de tempo disponível (Polit e Hungler, 1985; Fortin, 1999). Nesta situação recorre-se à selecção de uma amostra, ou seja, um “conjunto de sujeitos retirados de uma população” (Fortin, 1999). O problema da amostragem é escolher a amostra de tal forma que esta seja representativa da população, para a partir dos resultados obtidos poder inferir os resultados da população. Uma amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (Fortin, 1999).

Neste estudo, recorreremos a uma amostragem não probabilística accidental, uma vez que neste tipo de amostragem os sujeitos em estudo são incluídos à medida que se apresentam até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 1999).

Na população de enfermeiros que trabalham nos Hospitais da Universidade de Coimbra, nos serviços de Medicina III Homens e Mulheres, Psiquiatria Homens, Neurocirurgia, Cirurgia III Homens e Mulheres, Medicina Intensiva, Bloco Operatório Central, Urgência, distribuímos 400 questionários. No final obtivemos um total de 150 respostas de participantes, que concluíram o questionário integralmente.

4.3 - Hipóteses em estudo

A elaboração de hipóteses é um passo fundamental em qualquer trabalho de investigação, pois sugerem explicações que podem ser a resposta ou solução para o problema.

A partir do momento em que são formuladas vão servir de fio condutor, que de acordo com Polit e Hungler (1985) dão direcção à obtenção e interpretação de dados.

Em conformidade com o problema a investigar, os objectivos e as questões com ele relacionadas, e ainda com a revisão teórica e a experiência profissional, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Verifica-se correlação entre a **idade** e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros
- Verifica-se correlação entre o **tempo de serviço** e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros
- Verifica-se correlação entre o **número de serviços** em que trabalhou e o nível de autonomia profissional
- Os enfermeiros que se manifestam mais **satisfeitos com a sua profissão** revelam também uma maior percepção de autonomia profissional

- Os enfermeiros que manifestam uma maior **facilidade de tomar decisões** no seu quotidiano de trabalho expressam também a percepção de um maior nível de autonomia profissional
- Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional entre enfermeiros do **sexo** masculino e do sexo feminino.
- Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função do **local de trabalho** em que exercem funções
- Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função das **habilitações académicas**.
- Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função da sua **categoria profissional**

4.4 – Variáveis

As variáveis são características observáveis, elementos ou atributos susceptíveis de tomar valores distintos dentro de um determinado contexto. No fundo, a actividade de pesquisa é empreendida no sentido de compreender a maneira e a razão pela qual as coisas variam, como e porque os valores de uma variável mudam, e como as diferenças numa variável estão relacionadas ou associadas aos diferentes valores de outras variáveis (Polit e Hungler, 1995).

Para FORTIN (1999, p.36) “ as variáveis são qualidades, propriedade ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”, que podem tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.

As variáveis devem ser definidas em termos conceptuais e operacionais. A definição do conceito ou construto permite torná-lo claro e objectivo. A maior parte dos conceitos não são directamente observáveis ou mensuráveis. A definição operacional serve de “ponte entre a teoria e a observação” pois “ precisa as acções ou comportamentos enunciados, descrevendo a forma como a variável será medida” (Fortin 1999, p.38).

A operacionalização das variáveis corresponde, portanto, ao processo que traduz uma variável teórica numa variável empírica. A passagem para a medida empírica apoia-se na definição conceptual a partir da qual se precisam as dimensões do conceito e requer a conversão destas dimensões em indicadores.

No nosso estudo consideramos dois tipos de variáveis, variável dependente e independente.

Variável dependente é aquela que se pretende compreender, explicar ou prever, ou seja, o comportamento, a resposta ou o resultado observado (efeito), devido à influência da variável ou variáveis independentes (Polit e Hungler, 1995; Fortin 1999).

Fortin (1999) considera ainda que num estudo pode haver várias variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou mais variáveis independentes.

No âmbito deste estudo considerámos como variável dependente o **nível de autonomia profissional dos enfermeiros**.

A autonomia profissional é um atributo essencial de uma disciplina que luta por um estatuto profissional completo mas é muitas vezes confundido com autonomia pessoal, autonomia no trabalho ou um agregado destas autonomias. A autonomia profissional define-se como a crença na centralidade do cliente quando se toma decisões responsáveis, quer seja de forma dependente ou interdependente, que reflectem a defesa do cliente (Wade, 1999). A autonomia profissional em enfermagem definida como a disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria, enfatiza a dependência entre os enfermeiros e os clientes.

Variável independente é uma característica ou propriedade do meio físico ou social que pode ser manipulada pelo investigador, dependendo deste, o valor que lhe é atribuído, com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente (Fortin, 1999).

Como sugerem as hipóteses, foram identificadas no nosso estudo as seguintes variáveis independentes:

Idade que corresponde ao número de anos que os participantes apresentam no dia do preenchimento do questionário;

Sexo entre masculino e feminino;

Habilitações académicas onde as hipóteses à escolha foram as seguintes: bacharelato, licenciatura, pós – graduação, especialidade/ especialização, mestrado e doutoramento;

Local de trabalho sendo os serviços incluídos os seguintes: Neurocirurgia, Bloco operatório, Urgência, Medicina intensiva, Cirurgia, Medicina e psiquiatria;

Categoria profissional que se dividia em enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe;

Tempo de serviço que é uma variável contínua e que diz respeito ao número de anos de serviço que o participante apresenta no dia do preenchimento do questionário

Número de serviços refere-se à quantidade de serviços onde os participantes desenvolveram a sua actividade profissional

Nível de satisfação com a profissão é uma variável contínua que foi medida utilizando uma escala intervalar de 1-10 onde 1 se refere a uma menor satisfação e 10 a uma maior satisfação;

Facilidade em tomar decisões é uma variável contínua que foi medida utilizando uma escala intervalar de 1-10 onde 1 representa uma menor facilidade em tomar decisões e 10 uma maior facilidade em tomar decisões.

4.5 – Instrumento de colheita de dados

O questionário é um instrumento importante em qualquer investigação já que segundo Fortin (1999) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. A primeira parte do instrumento de colheita de dados integra a caracterização sócio – demográfica da amostra, onde se inclui questões relacionadas com a pessoa em estudo como: idade, sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional, tempo de serviço, numero de serviços onde trabalhou. No final existem duas questões onde se pretende saber o nível de satisfação com a profissão e o nível de facilidade que a pessoa em estudo toma diariamente decisões.

A segunda parte é constituída por uma escala tipo *Likert*, para a medida do nível de autonomia profissional percebida pelos enfermeiros em contexto de trabalho. No decurso da pesquisa a bases de dados, encontrámos um instrumento de medida da autonomia profissional em enfermagem, NURSING ACTIVITY SCALE (NAS) (anexo 1), que, embora fosse um questionário desenvolvido na Inglaterra se adaptava à nossa realidade. Foi realizado o contacto com a autora, a Professora Doutora Karen Kelly Schutzenhofer, através de correio electrónico, que se mostrou disponível e disponibilizou o seu questionário, assim como os instrumentos necessários à sua interpretação em termos de resultados. Foi-lhe dado conhecimento que se iria realizar a tradução para Português ao qual a autora não colocou qualquer objecção. Existem várias técnicas para se traduzir um instrumento de medida e mantê-lo fiel ao original: um é o processo de retroversão, outro é o da técnica bilingue, existe a comissão de aproximação e o procedimento do teste preliminar. O processo de tradução com retroversão é um método bastante utilizado que mantém a equivalência entre a versão original e a traduzida (Behling e Law, 2000 citado por Cha, Kim e Erlen, 2007). Neste método é recomendado um processo interactivo de traduções independentes e retroversões por uma equipa de tradutores. Um tradutor bilingue traduz o instrumento do original para a língua pretendida. Posteriormente as duas versões são comparadas para a equivalência de conceitos. Quando é encontrado um erro na retroversão outro tradutor tenta traduzir novamente esse termo. Este procedimento continua até a equipa de tradutores concordar que as duas versões do

instrumento são idênticas e não existem erros no seu sentido. (Cha, Kim e Erlen, 2007, p.388).

O modelo descrito pelos autores Cha, Kim e Erlen, (2007) foi integralmente seguido pelo autor, que constitui para o efeito um demorado processo, com a colaboração de peritos e nativos de língua inglesa (anexo 2).

Esta escala desenvolvida pela autora para medir a autonomia profissional dos enfermeiros, é uma escala tipo Likert, constituída por 30 questões sendo que as respostas possíveis para cada uma delas: muito improvável actuar desta forma, improvável actuar desta forma, provável actuar desta forma, muito provável actuar desta forma. Cada questão apresenta um “ peso “ diferente sendo que existem questões com ponderação 1, ou seja, que indicam um baixo nível de autonomia, ponderação 2 um nível médio de autonomia e o nível 3 reflectem um nível elevado de autonomia. Os itens são sensíveis às questões de enfermagem e medem acções de enfermagem realizadas durante a sua prática diária. A autora distingue na sua escala 3 níveis de autonomia que se reportam a valores dentro dos seguintes intervalos: entre 60-120 baixo nível de autonomia profissional, entre 121-180 corresponde a um nível médio de autonomia e os valores entre 181 e 240 dizem respeito a um elevado nível de autonomia.

A escala revelou um alfa de Cronbach de 0,881, revelando por isso uma boa consistência interna. De acordo com o quadro 1, os valores da correlação do item com o total da escala, todos são superiores a 0,30 excepto os itens 5,18 e 28.

Quadro 1 – Coeficiente da consistência interna Alpha de Cronbach (NAS)

Itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	Correlação item total corrigido	Cronbach's Alpha se item apagado
P1	85,99	116,62	0,42	0,88
P2	85,50	119,47	0,28	0,88
P3	85,96	114,64	0,50	0,88
P4	85,97	117,08	0,41	0,88
P5	85,95	118,97	0,23	0,88
P6	85,62	118,44	0,37	0,88
P7	85,71	117,43	0,38	0,88
P8	85,98	113,97	0,57	0,87
P9	86,21	115,75	0,45	0,88
P10	85,69	116,66	0,49	0,88
P11	86,34	115,17	0,35	0,88
P12	85,87	117,27	0,30	0,88
P13	85,51	118,84	0,38	0,88
P14	85,89	116,31	0,50	0,88
P15	86,14	114,20	0,48	0,88
P16	86,75	112,59	0,50	0,88
P17	86,01	115,86	0,49	0,88
P18	85,56	119,82	0,26	0,88
P19	86,36	115,74	0,40	0,88
P20	86,18	114,55	0,53	0,88
P21	86,33	113,83	0,50	0,88
P22	86,09	110,94	0,61	0,87
P23	87,07	116,97	0,32	0,88
P24	86,99	113,86	0,46	0,88
P25	86,39	114,90	0,45	0,88
P26	86,30	113,96	0,54	0,88
P27	86,25	117,39	0,36	0,88
P28	86,80	120,01	0,16	0,88
P29	85,91	113,40	0,46	0,88
P30	85,41	117,68	0,43	0,88

4.6 - Procedimentos éticos e formais

Após a tradução da escala foi formalizado o pedido de autorização para a sua aplicação. Este pedido foi dirigido ao conselho de administração dos HUC sendo este pedido posteriormente encaminhado para a sua comissão de ética. A comissão pediu o preenchimento prévio de alguns formulários para posterior aprovação. Foi entregue a cada director de serviço um exemplar da escala e um documento a explicar os objectivos do estudo para ser realizada a aprovação.

Depois de todos os impressos preenchidos foram entregues no gabinete de apoio à investigação em Novembro de 2008 sendo que a resposta a aprovar a investigação veio em Janeiro de 2009.

Depois da aprovação realizou-se uma pequena reunião informal com os enfermeiros chefes dos serviços em estudo para explicar os objectivos da investigação e para lhes pedir a sua colaboração na entrega, recolha e motivação dos enfermeiros para preencher a escala. Foi explicado que o seria respeitado o anonimato dos participantes e confidencialidade das suas respostas.

Após este procedimento semanalmente foram visitados os serviços em estudo para o levantamento dos questionários preenchidos.

4.7 – Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística efectua-se com recurso ao programa statistical package for social sciences (SPSS)–versão16.0. Recorre-se a medidas de tendência central e medidas de dispersão, verifica-se a normalidade da escala de autonomia através do teste de Kolmogorov-Smirnov, recorre-se ao teste de diferenças de médias *t student* e *anova* e utiliza-se o teste de *correlação de Spearman*, nas variáveis contínuas sem distribuição normal.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo pretendemos apresentar e analisar os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados (questionário), de forma a testar as hipóteses do estudo.

Para facilitar a leitura dos dados obtidos eles vão ser apresentados num quadro. Posteriormente é feita a análise dos resultados obtidos e das conclusões relativas às hipóteses traçadas.

Existem vários factores que interferem a escolha dos testes estatísticos que se utilizam. “...objectivo do estudo, tipo de dados, as questões de investigação e as hipóteses, dependendo se o investigador verifica uma hipótese de diferenças entre os grupos ou uma hipótese de associação entre variáveis.” (Fortin, 1999).

Existem dois grupos de testes estatísticos, os paramétricos e os não paramétricos. Para escolher qual dos dois utilizar tem de se verificar a existência de três pressupostos (Homogeneidade da variância; Distribuição normal; Nível de medida das variáveis no mínimo intervalar), se estes pressupostos existirem utilizam-se testes paramétricos se não existir nem que seja só um deles utilizam-se os não paramétricos. Nas variáveis capacidade para tomar decisões, satisfação profissional, idade, tempo de serviço, número de serviços onde trabalhou, como não se verifica a existência dos pressupostos usou-se o teste de correlação de Spearman. Nas restantes variáveis, sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional, verificando-se os pressupostos referidos anteriormente utilizou-se o teste paramétrico Anova e o t de student.

5.1 - Caracterização da amostra

A amostra em estudo é constituída por 150 participantes embora tenham sido entregues 400 questionários.

Em relação à idade verifica-se que os indivíduos tinham idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos, sendo a idade média 36,4, com o desvio padrão de 8,25 anos.

Observando os dados verifica-se que a maioria dos participantes no estudo são do sexo feminino, concretamente 71%.

Em relação às habilitações académicas verifica-se que o grande grupo se encontra nos licenciados com 71% dos participantes sendo que neste estudo não existiu nenhum participante com o grau académico de doutor.

No que diz respeito ao local de trabalho o maior grupo de participantes desempenha as suas funções no bloco operatório central (21%) e o menor grupo no serviço de medicina intensiva (7%).

Ao abordar a categoria profissional observa-se que 60% são enfermeiros graduados sendo este o maior grupo e o menor grupo é o dos enfermeiros chefes com 3% de participantes.

Em relação ao tempo de serviço verifica-se que o número máximo de anos de serviço é de 38 anos, o mínimo de 2 anos, com um desvio padrão de 7,95 anos.

Finalmente quando referimos o número de serviços onde os participantes trabalharam desde o início da sua vida profissional temos como intervalo o de 1 serviço e 23 serviços, com um desvio padrão de 2,75.

Quadro 2 – Distribuição dos participantes segundo as características sócio - demográficas

Variável	N	%
Idade		
20-29	37	24,67
30-39	63	42,00
40-49	37	24,67
50-59	13	8,66
Total	150	100,0
Sexo		
Feminino	106	70,67
Masculino	44	29,33
Total	150	100,0
Habilitações acadêmicas		
Bacharelato	10	6,67
Licenciatura	107	71,33
Pós-graduação	13	8,67
Especialização/Especialidade	16	10,67
Mestrado	4	2,66
Doutoramento	0	0,00
Total	150	100,0
Local de trabalho		
Neurocirurgia	19	12,67
Bloco Operatório	31	20,67
Urgência	26	17,33
Medicina Intensiva	11	7,33
Cirurgia	24	16,00
Medicina	27	18,00
Psiquiatria	12	8,00
Total	150	100,0
Categoria profissional		
Enfermeiro	43	28,67
Enfermeiro graduado	90	60,00
Enfermeiro especialista	13	8,67
Enfermeiro Chefe	4	2,66
Total	150	100,0
Tempo de serviço		
1-9	59	39,33
10-19	61	40,67
20-29	24	16,00
30-39	6	4,00
Total	150	100,0
Número de serviços		
1	36	24,00
2	54	36,00
3	31	20,67
4	15	10,00
5=>	14	9,33
Total	150	100,0

5.2 - Dados descritivos do nível de autonomia profissional, percebida pelos enfermeiros, no seu contexto de trabalho.

Considerando o global da escala, o nível médio de autonomia percebida pelo total de 150 participantes, situa-se em $M=178,88$, considerando o limite mínimo de 113 e máximo de 240.

Quadro 3 – Dados descritivos relativos à variável autonomia

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Autonomia	150	113,00	240,00	178,88	21,09

5.3 – Resultados dos testes de diferença de médias da variável autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho, em função das variáveis *sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional*.

- *Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional entre enfermeiros do sexo masculino e do sexo feminino.*

Para testar esta hipótese utilizou-se o teste t de student. De acordo com o quadro 3, para valores de $p < 0,05$, não se confirma que as diferenças encontradas ($t=1,25$, $p=0,56$), sejam estatisticamente significativas

Quadro 4 – Resultado do teste t de student para o nível de autonomia relativo ao sexo

Sexo	N	Média	Dp	t	p
Feminino	106	180,26	20,95	1,25	0,56
Masculino	44	175,54	21,30		

- *Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função das habilitações académicas.*

Para testar esta hipótese utilizou-se o teste Anova. A conclusão a que se chegou foi que, para valores de $p < 0,05$, existe diferença de percepção do nível de autonomia profissional em função das suas habilitações académicas, ($F=3,21$, $p=0,02$).

Quadro 5 – Resultado do teste Anova para a variável autonomia relativa às habilitações académicas

Autonomia	N	Média	Dp	F	p
Habilitações Académicas	150	178,88	21,09	3,21	0,02

Podemos observar no quadro 6 que a diferença mais significativa para $p < 0,05$ dentro da variável habilitação académica se observa entre o grau de licenciado e o facto de ter a especialidade ($p = 0,02$).

Quadro 6 – Resultado do test post hoc Tukey HSD para a variável Habilitação académica

Habilitação académica	Habilitação académica	Diferença de médias	Dp	p
Bacharelato	Licenciatura	4,39	6,78	0,97
	Pós graduação	4,06	8,62	0,99
	Especialidade	-12,56	8,26	0,55
	Mestrado	-16,15	12,12	0,67
	Doutoramento	0	0	0
Licenciatura	Bacharelato	-4,39	6,78	0,97
	Pós graduação	-0,33	6,02	1,00
	Especialidade	-16,91(*)	5,49	0,02
	Mestrado	-20,54	10,44	0,201
Pós-graduação	Bacharelato	-4,06	8,61	0,99
	Licenciatura	-0,33	6,02	1,00
	Especialidade	-16,59	7,65	0,19
	Mestrado	-20,21	11,72	0,42
Especialidade	Bacharelato	12,53	8,26	0,55
	Licenciatura	16,91(*)	5,49	0,02
	Pós-graduação	16,59	7,65	0,19
	Mestrado	-3,63	11,46	1,00
Mestrado	Bacharelato	16,15	12,12	0,67
	Licenciatura	20,55	10,44	0,28
	Pós-graduação	20,21	11,72	0,42
	Especialidade	3,63	11,46	1,00

- Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função do local de trabalho em que exercem funções.

Para estudar esta hipótese utilizou-se o teste Anova. Tendo em conta os resultados para $p < 0,05$ ($F=2,36$, $p= 0,03$) podemos considerar que existe diferença entre o local de trabalho onde os participantes exercem funções e o nível de autonomia profissional percebido.

Quadro 7 – Resultado do teste Anova para a variável autonomia profissional relativa ao local de trabalho

Autonomia	N	Média	Dp	F	p
Local de trabalho	150	178,88	21,09	2,36	0,03

Podemos observar pelo quadro 8 que para além de existir uma relação essa é mais significativa para $p < 0,05$ entre o serviço de Neurocirurgia e a Medicina intensiva ($p = 0,04$) e entre o serviço de Medicina e a Medicina intensiva ($p = 0,04$).

Quadro 8 – Resultado do test post hoc Tukey HSD para a variável local de trabalho

Local de trabalho	Local de trabalho	Diferença de médias	Dp	p
Neurocirurgia	Bloco operatório	10,85	5,98	0,54
	Urgência	8,95	6,21	0,78
	Medicina Intensiva	23,89(*)	7,78	0,04
	Cirurgia	10,44	6,30	0,65
	Medicina	1,42	6,15	1,00
	Psiquiatria	2,20	7,58	1,00
Bloco operatório	Neurocirurgia	-10,85	5,98	0,54
	Urgência	-1,89	5,46	1,00
	Medicina intensiva	13,04	7,20	0,54
	Cirurgia	-0,41	5,59	1,00
	Medicina	-9,43	5,40	0,59
	Psiquiatria	-8,66	6,99	0,879
Urgência	Neurocirurgia	-8,95	6,20	0,78
	Bloco operatório	1,99	5,46	1,00
	Medicina intensiva	14,94	7,39	0,40
	Cirurgia	1,50	5,81	1,00
	Medicina	-7,53	5,64	0,84
	Psiquiatria	-6,76	7,17	0,97
Medicina intensiva	Neurocirurgia	-23,99(*)	7,78	0,04
	Bloco operatório	-13,04	7,21	0,54
	Urgência	-14,95	7,39	0,40
	Cirurgia	-13,45	7,48	0,55
	Medicina	-22,48(*)	7,35	0,04
	Psiquiatria	-21,70	8,57	0,15
Cirurgia	Neurocirurgia	-10,44	6,30	0,65
	Bloco operatório	0,41	5,59	1,00
	Urgência	-1,50	5,81	1,00
	Medicina Intensiva	13,45	7,48	0,55
	Medicina	-9,03	5,76	0,70
	Psiquiatria	-8,25	7,26	0,92
Medicina	Neurocirurgia	-1,42	6,15	1,00
	Bloco operatório	9,43	5,41	0,59
	Urgência	7,53	5,64	0,59
	Medicina intensiva	22,47(*)	7,35	0,04
	Cirurgia	9,03	5,77	0,70
	Psiquiatria	0,78	7,12	1,00
Psiquiatria	Neurocirurgia	-2,20	7,58	1,00
	Bloco operatório	8,66	6,99	0,88
	Urgência	6,76	7,17	0,97
	Medicina intensiva	21,70	8,57	0,15
	Cirurgia	8,25	7,26	0,92
	Medicina	-0,78	7,12	1,00

- Verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função da sua categoria profissional

Para esta hipótese utilizou-se o teste Anova.

O resultado para $p < 0,05$ ($F=3,95$; $p= 0,01$) demonstra que existe diferença de percepção da autonomia profissional tendo em conta a categoria profissional dos participantes.

Quadro 9 – Resultado do teste Anova para a variável autonomia relativa à categoria profissional

Autonomia	N	Média	Dp	F	p
Categoria profissional	150	178,88	21,09	3,95	0,01

Podemos observar que através do quadro 10 que os grupos que apresentam diferença mais significativa são o de enfermeiro com enfermeiro especialista ($p= 0,01$) e entre enfermeiro graduado e enfermeiro especialista ($p=0,02$).

Quadro 10 – Resultado do teste post hoc Tukey HSD para a variável categoria profissional

Categoria profissional	Categoria profissional	Diferença de médias	Dp	p
Enfermeiro	Enfermeiro graduado	-1,59	3,80	0,98
	Enfermeiro especialista	-19,70(*)	6,49	0,01
	Enfermeiro chefe	-16,98	10,71	0,39
Enfermeiro graduado	Enfermeiro	1,59	3,80	0,98
	Enfermeiro especialista	-18,10(*)	6,08	0,02
	Enfermeiro chefe	-15,39	10,47	0,46
Enfermeiro especialista	Enfermeiro	19,69(*)	6,49	0,01
	Enfermeiro graduado	18,11(*)	6,08	0,02
	Enfermeiro chefe	2,71	11,72	1,00
Enfermeiro chefe	Enfermeiro	16,98	10,71	0,39
	Enfermeiro graduado	15,39	10,47	0,46
	Enfermeiro especialista	-2,71	11,72	1,00

5.4 – Resultados do teste de correlação entre o nível de autonomia profissional e as variáveis idade, tempo de serviço, número de serviços em que trabalhou, satisfação com a profissão e capacidade de tomar decisões no trabalho

- Verifica-se correlação entre a idade e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros

Para avaliar esta relação recorreu-se ao Teste de Correlação de Spearman. Observando os resultados do quadro 11 para $p < 0,05$ ($r_s = 0,13$; $p = 0,13$) podemos afirmar que nesta amostra não existe relação entre a idade e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros.

Quadro 11 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e a idade.

Autonomia	N	r_s	p
Idade	150	0,13	0,13

- Verifica-se correlação entre o tempo de serviço e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros

Para verificar esta relação utiliza-se o Teste de Correlação de Spearman.

Pela análise do quadro 12 podemos verificar que o tempo de serviço, na nossa amostra, para $p < 0,05$, não influencia o nível de autonomia percebido pelos enfermeiros ($r_s = 0,08$; $p = 0,33$).

Quadro 12 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e o tempo de serviço

Autonomia	N	r_s	p
Tempo de serviço	150	0,08	0,33

- Verifica-se correlação entre o número de serviços em que trabalhou e o nível de autonomia profissional

Para verificar esta relação utilizou-se o teste de correlação Spearman.

Pela análise do quadro 13 verificamos que para $p < 0,05$ não existe relação entre o número de serviços onde trabalhou e o nível de autonomia profissional ($r_s = 0,07$; $p = 0,41$).

Quadro 13 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e o número de serviços onde exerceu

Autonomia	N	rs	p
Número de serviços	150	0,07	0,41

Os enfermeiros que se manifestam mais satisfeitos com a sua profissão revelam também uma maior percepção de autonomia profissional

De acordo com o quadro 14, numa escala de 1 a 10, o resultado das respostas em relação à satisfação profissional, indica uma média de 6,23, Dp=1,92.

Quadro 14 – Dados descritivos do nível de satisfação com a profissão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Satisfação com a profissão	150	1	10	6,23	1,92

Para testar a hipótese, utilizou-se o teste de Correlação de Spearman, considerando que a variável não apresenta uma distribuição normal.

Com base nos valores apresentados no quadro ($rs=0,30$; $p=0,00$) podemos concluir que existe correlação positiva entre a satisfação que os participantes manifestam com a sua profissão e a sua percepção com a autonomia profissional, ou seja, quanto maior a grau de satisfação maior o nível de autonomia percebido.

Quadro 15 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e satisfação profissional

Autonomia	N	rs	p
Satisfação com a profissão	150	0,30	0,00

Os enfermeiros que manifestam uma maior capacidade de tomar decisões no seu quotidiano de trabalho expressam também a percepção de um maior nível de autonomia profissional

De acordo com o quadro 16 a capacidade de decisão foi avaliada numa escala de 1 a 10, obteve-se uma Média de 6,76 e Dp=1,67

Quadro 16 – Dados descritivos da variável capacidade de tomada de decisão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Capacidade de tomada de decisão	150	1	10	6,76	1,67

Para testar a hipótese utilizou-se o teste de Correlação de Spearman para testar esta hipótese. Com base nos valores apresentados no quadro ($r_s=0,30$; $p=0,00$) podemos concluir que na nossa amostra existe relação entre a capacidade de tomar decisões e o nível de autonomia profissional.

Quadro 17 – Resultado do teste de correlação de Spearman entre autonomia e capacidade de tomada de decisão

Autonomia	N	r_s	p
Capacidade de tomada de decisão	150	0,30	0,00

CAPITULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Existe um reconhecimento crescente que a autonomia profissional é um factor que interfere com a prestação diária dos cuidados dos profissionais de Enfermagem. É um aspecto que perturba e muitas vezes condiciona uma prestação de cuidados com mais qualidade e com mais visibilidade. Neves (2005) refere que todos os indivíduos procuram a autonomia sendo este um factor de motivação, qualidade, satisfação e desempenho pessoal. A autonomia no trabalho é entendida como a medida em que o trabalho tem características que promovem sentimentos de responsabilidade pessoal pelos resultados do trabalho.

Ao reconhecermos estes aspectos como verdadeiros após realizarmos uma profunda revisão bibliográfica e depois de aplicarmos os questionários torna-se deveras importante discutir os resultados.

Neste capítulo pretendeu-se elaborar uma síntese e apreciação crítica dos resultados mais relevantes obtidos na análise dos dados, confrontando-a com a opinião fundamentada dos autores consultados.

Participaram neste estudo 150 enfermeiros, sendo 106 do sexo feminino e 44 do sexo masculino, com uma média de idades de 36,4 anos.

No que diz respeito às habilitações académicas existem 107 licenciados e nenhum doutorado.

Os enfermeiros neste estudo apresentam uma média de anos de serviço de 13,17 anos sendo de 2 anos o número mínimo de anos de trabalho e 38 o máximo de anos de serviço. O maior número de enfermeiros da nossa amostra trabalha no Bloco Operatório Central (31) e o menor grupo na Medicina Intensiva (11). Nesta amostra a maioria dos profissionais trabalhou apenas em dois serviços (54).

Iremos agora analisar e discutir, uma a uma, as hipóteses por nós consideradas, tendo em conta os objectivos que tinham sido formulados.

No que diz respeito ao objectivo identificar o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho chegou-se à conclusão que neste estudo os participantes apresentaram um intervalo de autonomia de 113 como o valor mínimo e 240 como o valor máximo com uma média de 178,88. Tendo em conta os dados fornecidos pela autora a nossa amostra encontra-se dentro do nível médio de autonomia.

Em relação ao objectivo que consistia em analisar a correlação entre o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho e as variáveis, *idade, tempo de serviço, número de serviços em que trabalho, grau da satisfação com a profissão de enfermagem e capacidade de tomar decisões na actividade profissional* observamos que:

formulada a hipótese verifica-se correlação entre a **idade** e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros podemos concluir que os resultados vão no sentido de não confirmar a hipótese formulada, ou seja, na nossa amostra não existe relação entre a idade e o nível de autonomia ($r_s=0,13;p=0,113$). Podemos observar que o grupo que apresentou níveis superiores de autonomia foi na faixa etária dos 50_59 anos, ou seja, o grupo que inclui os indivíduos mais velhos.

Embora o nosso estudo tenha chegado a estes resultados a maioria dos trabalhos encontra resultados que indicam o sentido contrário como é o caso de Pankratz (1974) e Schutzenhofer (1988) que referem que nos seus estudos que a autonomia profissional em enfermagem é influenciada por variáveis como a idade.

Nos estudos realizados com esta variável, um deles, realizado por Papathanassoglou et al (2005) refere que, em relação à autonomia os enfermeiros mais novos e com menos tempo de curso apresentavam níveis maiores de autonomia.

Em relação ao nosso resultado, que mostra que não existe relação entre as variáveis, o facto do grupo com idade maior apresentar níveis de autonomia mais elevada pode estar relacionado com o facto de, devido à sua experiência de vida e das vivências que tiveram durante o seu percurso profissional, possam ter uma percepção de autonomia diferente dos grupos mais novos.

Analisando a hipótese verifica-se correlação entre o **tempo de serviço** e o nível de autonomia profissional percebido pelos enfermeiros conclui-se que os resultados vai no sentido de não se confirmar a hipótese, ou seja, não se verifica correlação entre o tempo de serviço e o nível de autonomia profissional ($r_s=0,08;p=0,33$)

Embora com a nossa amostra não se tenha concluído que existe relação entre estas variáveis os estudos consultados referem o contrário.

Os anos de experiência na unidade de cuidados intensivos influenciam a percepção da autonomia profissional. Papathanassoglou et al (2005). Vários estudos referem que a autonomia profissional em enfermagem é influenciada por variáveis como os anos de experiência (Schutzenhofer, 1988; George et al, 1997).

Wade (1999) refere que existe uma relação forte entre autonomia pessoal e profissional no estudo de Lach 1992 pode ter reflectido a influência da experiência e tempo de serviço.

Relativamente à hipótese verifica-se correlação entre o **número de serviços** em que trabalhou e o nível de autonomia profissional podemos concluir, tendo em conta os resultados, que não se verifica correlação entre o número de serviços em que se trabalhou e o nível de autonomia profissional ($r_s=0,07;p=0,41$).

Dos estudos realizados sobre a autonomia não existiu nenhum que tivesse incluído a variável número de serviços. Considerou-se importante colocar esta variável para tentar entender se, o facto de, ao trabalhar em serviços diferentes, com realidades diferentes e, logo, enriquecendo-se com experiencias diferentes, se podia relacionar com a autonomia profissional. Embora não tenha existido relação entre a variável número de serviços e a autonomia isso não pode tornar-se impedimento para realizar mais estudos sobre com esta variável.

Para a hipótese colocada se os enfermeiros que se manifestam mais **satisfeitos com a sua profissão** revelam também uma maior percepção de autonomia profissional, verificamos que os enfermeiros que se manifestam mais satisfeitos com a sua profissão revelam também uma maior percepção de autonomia profissional ($r_s=0,30$; $p=0,00$)

Nesta hipótese os estudos vão de encontro ao resultado do nosso estudo.

Num estudo realizado por Silva et al (2009) no que se refere à satisfação profissional dos enfermeiros da pesquisa, o componente mais escolhido foi autonomia, ou seja, o aspecto que os enfermeiros referenciavam como o que mais influenciava a sua satisfação profissional era a sua autonomia profissional. Como refere esta autora potenciar a autonomia dos enfermeiros permite alcançar uma maior satisfação no seu trabalho diário. De acordo com Campos (2005) a autonomia foi considerada como o componente mais importante pela equipa de enfermagem para a sua satisfação profissional. Refere também que estes dados são consistentes com os estudos realizados por outros autores como Matsuda (2002) e Lino (2004).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2007) um inquérito recente à satisfação profissional dos enfermeiros verificou que atributos como a autonomia contribuíam para a satisfação dos enfermeiros.

Araujo (2009) refere que num estudo realizado por Lino (1999) os enfermeiros consideraram como essencial para a sua satisfação profissional a autonomia.

Os conflitos interpessoais nas enfermarias atingem níveis muito baixos quando a satisfação no trabalho, empenhamento organizacional e a autonomia estão em níveis elevados (Kennerly, 2000).

Sendo o maior componente da satisfação no trabalho, a promoção da autonomia dentro da enfermagem pode fazer muito pelo recrutamento e estratégias de retenção. A autonomia foi também considerada como um dos dois factores essenciais para os enfermeiros se manterem no seu local de trabalho e como factor positivo para que o enfermeiro se comprometa com a sua instituição de trabalho e queira lá ficar (Kramer, 2003). O desejo pela autonomia e a importância que os enfermeiros colocam em ter

autonomia ou liberdade para tomar decisões no que diz respeito ao seu trabalho parecem ser factores importantes na relação entre autonomia e satisfação profissional.

Na hipótese se os enfermeiros que manifestam uma maior **facilidade de tomar decisões** no seu quotidiano de trabalho expressam também a percepção de um maior nível de autonomia profissional podemos concluir que os nossos resultados vão no sentido de confirmar a hipótese formulada, logo, que os enfermeiros que manifestam uma maior capacidade de tomar decisões no seu quotidiano de trabalho expressam também a percepção de um maior nível de autonomia profissional ($r_s=0,30; p=0,00$).

Papathanassoglou et al (2005) refere que resultados de baixa autonomia estão relacionados com baixa capacidade de tomar decisões.

Como refere Nunes (2006) a autonomia profissional está directamente relacionada com o aspecto da tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados de enfermagem. A decisão na clínica da Enfermagem exige maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão do enfermeiro, além de qualidade de informação, de raciocínio e de decisão clínica.

Kennerly (2000) refere que os enfermeiros com uma apetência maior pela autonomia estavam mais satisfeitos com o seu trabalho e aqueles com pouca ou nenhuma preferência pela autonomia ficavam menos satisfeitos com o aumento do poder de tomada de decisão sobre os cuidados aos doentes e sobre a sua unidade de internamento.

Em relação a analisar as diferenças no nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no contexto de trabalho, em função das variáveis *sexo, habilitações académicas, local de trabalho, categoria profissional* chegamos às seguintes conclusões:

tendo em conta a hipótese verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional entre enfermeiros do **sexo** masculino e do sexo feminino pode-se concluir que os resultados não vão no sentido de confirmar a hipótese formulada, ou seja, que em relação ao sexo não se verifica uma diferença de percepção do nível de autonomia ($t=1,25; p=0,56$).

Considerou-se ser oportuno colocar esta variável já que de acordo com outros estudos o sexo dos participantes influencia a percepção da autonomia profissional. Nesta variável a maioria dos estudos também não vai de encontro ao resultado do nosso estudo.

Num estudo realizado por Papathanassoglou (2005) os homens apresentam um nível mais elevado de autonomia do que as mulheres. Isto pode estar relacionado com o facto, que muitos estudos sugerem, os homens conseguem construir carreiras de maior sucesso e conseguir estatuto mais elevado como investigadores e gestores

Num estudo realizado por Skevington e Dawkes, 1988 verificou-se que os homens têm uma maior relação à mobilidade ascendente na carreira, que também dão mais importância ao baixo estatuto da profissão do que as mulheres (Mullan, 2008).

Como vimos durante a fundamentação teórica, um dos aspectos que leva a que, a conquista da autonomia seja um processo lento e com vários obstáculos, é o facto de a enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina. Não obstante o que foi referido neste estudo pode verificar-se uma ordenação média ligeiramente superior no sexo feminino ($F=180;M=176$).

Analizando a hipótese verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função das **habilitações académicas** podemos referir que tendo em conta os resultados pode-se afirmar que nesta amostra existe diferença de percepção do nível de autonomia em função das habilitações académicas ($F=3,21;p=0,02$).

Esta é uma hipótese cujo resultado vai de encontro a outros estudos consultados.

Uma educação académica avançada está fortemente associada com a autonomia. Os aspectos educacionais e os atributos pessoais anteriores à autonomia profissional são baseadas nas seguintes assumpções: a autonomia profissional dos enfermeiros está associada a atitudes que são aprendidas durante o curso de enfermagem, a relação entre o comportamento e as atitudes existe e cada um pode manifestar autonomia apesar das restrições organizacionais. Os antecedentes relacionados com a educação incluem competência baseada em conhecimentos com base de suporte forte, compreensão do âmbito dos cuidados de enfermagem e um nível educacional cada vez mais elevado. A autonomia de um profissional consiste na liberdade de tomar decisões baseadas nos conhecimentos/ competências necessárias ao exercício de determinada profissão (Costa et al, 2004). Ou seja, como a partida para adquirir esses conhecimentos e competências é necessária também uma progressão em termos de graus académicos é normal que pessoas com um nível superior de estudos também apresentem níveis de autonomia mais elevados (Domino 2005).

Uma educação académica avançada está fortemente associada com a autonomia

No estudo realizado por Papathanassoglou et al (2005) os enfermeiros com um nível superior de formação apresentavam níveis mais elevados de autonomia no que diz respeito à tomada de decisão e competências técnicas.

Os três factores que potenciam a autonomia são uma gestão partilhada, educação e experiência e as três que diminuem o nível de autonomia são gestão autocrática, médicos e sobrecarga de trabalho (Goodman, 2004).

Neste estudo aos profissionais com uma preparação avançada sustentam melhor a autonomia. Um maior grau académico apresenta sempre valores mais elevados de autonomia. A educação tende a ser um factor libertador (Pankratz, 1974). Ballou (1998) refere existir uma ligação muito forte entre o nível educacional e o exercício da autonomia.

No que diz respeito à hipótese verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função do **local de trabalho** em que exercem funções o nosso estudo verificou que se verifica diferença de percepção do nível de autonomia tendo em conta o local de trabalho ($F=2,36$; $p=0,03$).

Os autores consultados referem que existe relação entre o local onde os enfermeiros trabalham e o seu nível de autonomia (Pankratz, 1974).

Wade (1999) refere que nos estudos que realizou tendo em conta a autonomia profissional dos enfermeiros chegou à conclusão que o facto de se trabalhar em serviços diferentes afecta a forma como se percebe a autonomia, logo, leva a que exista relação entre o local de trabalho e a autonomia profissional.

Este facto pode dever-se, como refere Papathanassoglou et al (2005), ao facto de que, em cada serviço, os profissionais apresentarem métodos e modelos de trabalho diferentes, com experiências diferentes e também porque existe uma contaminação entre profissionais na forma como trabalham, isto pode justificar essa diferença em relação à percepção de autonomia.

Na hipótese colocada verifica-se diferença de percepção do nível de autonomia profissional dos enfermeiros, em função da sua **categoria profissional** chegamos à conclusão que existe diferença de percepção do nível de autonomia os enfermeiros em função da sua categoria profissional ($F=3,95$; $p=0,01$).

No estudo de Schutzenhofer em 1988 os enfermeiros gestores apresentavam um valor mais elevado de autonomia que os enfermeiros prestadores de cuidados. Quando os valores dos enfermeiros especialistas eram comparados com o dos prestadores de cuidados os especialistas apresentavam valores mais elevados de autonomia.

Neste estudo aos profissionais com uma preparação avançada sustentam melhor a autonomia. Os enfermeiros nos cargos de gestão apresentam uma atitude mais progressista tendo em vista a autonomia dos enfermeiros (Pankratz, 1974).

O facto de, a medida que se vai progredindo na categoria profissional se ir aumentando as responsabilidades e as competências poderá justificar existir uma diferença de percepção da autonomia entre os enfermeiros e os enfermeiros seus superiores hierárquicos.

Goodman (2004) refere que a experiência é um dos factores que potencia a autonomia.

CONCLUSÃO

A autonomia dos enfermeiros é um factor que, de acordo com os autores consultados, influencia a forma como estes vivem a sua profissão, e, logo, a sua prestação diária de cuidados. Se a autonomia é um comportamento altamente desejável relacionado com a eficiência de um enfermeiro e a satisfação no trabalho e sendo um factor que mantém o enfermeiro no seu local de trabalho então temos que ser mais claros no que definimos como autonomia, desenvolver instrumentos para medir autonomia e conduzir pesquisa para identificar os factores que a suportam e desenvolvem (Kramer, 2003).

As conclusões deste estudo apresenta variáveis que vão de encontro à maioria dos estudos embora existam outras que apontam em sentido completamente oposto deste. Esta diferença de resultados pode ser explicado pelo facto da autonomia ser algo que vai mudando ao longo do tempo e a sua percepção também poderá ir-se alterando o que pode originar resultados diferentes. Outro aspecto a ter em conta é o factor geográfico. Cada país viu a enfermagem evoluir de forma diferente, em contextos diferentes, com diferentes definições dos limites da autonomia profissional. Como a maioria dos resultados a de outros estudos se referem a uma população de enfermeiros que não foi a estudada, a portuguesa, este aspecto pode ter limitado a posterior discussão de resultados. Desta dificuldade resulta a importância de se realizarem mais estudos, em Portugal, sobre a autonomia e sobre os factores que a afectam. Embora existam muitos trabalhos sobre a autonomia, a grande maioria deles apenas define autonomia e a sua evolução.

Considerou-se este trabalho extremamente importante, não só pela sua inovação, já que não existem em Portugal muitos estudos sobre a autonomia profissional e, porque, nos estudos internacionais consultados algumas variáveis estudadas nesta dissertação nunca tinham sido abordadas. Também porque permitiu, com a autorização da sua autora, criar uma escala que vai permitir conhecer os níveis de autonomia dos profissionais de enfermagem pelo país e, conhecendo os resultados reflectir e actuar em conformidade.

O trabalho de tradução foi um processo complexo, com várias traduções e retroversões até chegarmos ao instrumento de colheita de dados utilizado. Mas foi também um processo necessário já que não existiam em português escalas para avaliar a autonomia. Consideramos importante que, a partir deste trabalho surjam outros e que com os seus resultados e conclusões se possa construir, de forma sustentada, uma profissão de enfermagem autónoma.

Tendo em conta os resultados que encontramos neste estudo concluímos que é necessário um investimento cada vez maior na autonomia e nos factores que a

potenciam como a satisfação profissional e a capacidade para tomar decisões, que podem ser conseguidos e formatados desde o início da formação dos enfermeiros, e outros factores como as habilitações académicas e a categoria profissional, que necessitam de um claro investimento pessoal no que diz respeito a frequentar formação académica pós – graduada. Em relação ao serviço em que os profissionais exercem as suas funções será interessante verificar de que forma a cultura própria de cada serviço, com os seus métodos de trabalho influencia a forma como cada enfermeiro percebe a autonomia e será uma autonomia real ou apenas uma percepção. O foco de atenção deve ser o aumento e melhoria da autonomia profissional no processo formal de educação dos enfermeiros. Finalmente a enfermagem deve perceber que os níveis de conhecimento estão correlacionados com a competência e logo com a autonomia. A autonomia e a importância da sua obtenção continuam a ser um aspecto vital dentro da profissão de enfermagem. Se queremos ter sucesso neste processo deve compreender o seu significado de uma forma clara e consistente assim como das suas medidas empíricas.

Emerge desta dissertação a importância de se realizar mais estudos sobre a autonomia, especialmente a nível nacional, já que a produção de conhecimentos nesta área ainda é insuficiente, e mesmo a que existe aborda apenas teoricamente os problemas relacionados com a autonomia e sua evolução mas não estuda toda a sua envolvência contextual, nem todas as variáveis que a condicionaram e que continuam a ser um obstáculo a uma profissão tendencialmente autónoma.

Importa também referir que é necessário da parte dos organismos de enfermagem com responsabilidade, uma definição mais específica do que são actividades de enfermagem autónoma de maneira a existir um fio condutor para a prática e para que, no exercício das suas funções, o enfermeiro conheça a sua esfera de actuação e actue em conformidade. Desta forma será mais fácil percorrer o caminho desejado da autonomia, trabalhando em conjunto com outros técnicos de saúde mas com a certeza e confiança que estamos a desempenhar o nosso papel, optimizando os cuidados de saúde ao cliente, já que, como foi referido, profissionais mais autónomos prestam cuidados de enfermagem com mais qualidade.

O nosso trabalho deve ser valorizado social e economicamente sem subordinação a outros profissionais de saúde. Devemos ter o nosso papel bem definido socialmente e nas equipas de saúde para que os doentes reconheçam a importância da nossa profissão e para que os enfermeiros possam dar provas das suas competências respondendo às crescentes exigências que nos são feitas em termos de desempenho. Os profissionais

têm de se assumir pelo conhecimento, profissionalismo, responsabilidade e competência nos cuidados que prestam. Têm também de querer e saber assumir uma postura na profissão consentânea com as exigências de um saber autónomo (Costa e tal, 2004).

A pesquisa bibliográfica realizada mostra que os autores consideram que os enfermeiros sempre rumaram a uma prática de enfermagem auto regulada sem controlo exterior e a profissão fez progressos ao longo do tempo. Apesar disso uma autonomia total é difícil de atingir porque os enfermeiros têm que aderir a políticas relacionadas com o horário de trabalho, com o âmbito e natureza das funções e com os procedimentos organizacionais.

A autonomia vai continuar a ser uma variável importante para a comunidade de enfermeiros dadas as expectativas actuais dos custos dos cuidados de saúde na próxima década e o exigente desenvolvimento da educação, qualidade dos prestadores de cuidados e modelos de cuidar (Ulrich et al, 2003).

É interessante verificar que, tendo em conta esta escala, os enfermeiros apresentam um nível médio de autonomia, muito próximo do nível elevado ($M=178,88$), o que significa que, mesmo com todas as condicionantes que rodeiam o a actividade diária dos enfermeiros, estes conseguem tomar decisões e agir com um pensamento e reflexão autónomo, consistente com a sua percepção e vontade.

É importante investir neste aspecto positivo que já existe e construir, em conjunto com todos os enfermeiros, um ambiente que propicie mais autonomia e logo profissionais mais satisfeitos e clientes cuidados com mais qualidade.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson Correia (2001) – **Identidade, formação e trabalho**: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa, Formasau/Educa, 2001

ALVES, Ana Paula; Sousa, Luis (2004) – Cuidar em enfermagem: caminhando rumo a uma identidade sócio profissional visível. **Sinais Vitais**, Nº56, p.27-29

AMENDOEIRA, José (2004) - Enfermagem em Portugal. Contextos, actores e saberes. **Enfermagem**. Lisboa. Vol. 2, nº 35-36, p. 13-22

AMENDOEIRA, José (2006) - Enfermagem, disciplina do conhecimento. **Sinais Vitais**. Coimbra. nº 67, p. 19-27

ANDRÉ, Carlos (2001) – Modelo de Enfermagem: um caminho para a autonomia. **Informar**. Porto. Ano VI, p.5-7

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos; Oliveira, Fabiola Moreira (2009) - Atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **Revista Electrónica de Ciências Sociais**, nº14, p. 3-14

ATKINSON, Leslie D.; et al (1989) - **Fundamentos de enfermagem : introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989. 618 p.

BALLOU, Kathryn A. (1998) – A concept analysis of autonomy. **Journal of Professional nursing**. Vol.4 n. 2, p.102-110

BARRAT, Elaine (2001) – Impacto da investigação em enfermagem. **Nursing**. Ano 4, nº38, p.41-43

BATEY, M.V., Lewis, F.M. (1982) – Clarifying autonomy and accountability in nursing service. **Journal of nursing administration**. Vol. 12, nº 9, p.13-18

BENTO, Maria Conceição (1997) – **Cuidados e formação em Enfermagem**: que identidade?. Lisboa: Fim de século edições.

BREDA, K.L.; et al (1997) – Enhanced nursing autonomy through participatory research. **Nursing Outlook**. Vol. 45, nº2, p.76-81

CALDEIRA, Maria Graça Sepulveda (2001) – Em caminho para a autonomia dos cuidados de enfermagem. **BISE**. Coimbra. Nº23, p19

CAMPOS, Renata Moreira (2005) – Satisfação da equipa de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências no ambiente de trabalho – Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande.

CANÁRIO, Rui (2001) - Adultos: da escolarização à educação. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra. Ano 35, nº 1, p. 85-99

CHA, Eun-Seok; Kim, Kevin H; Erlen, Judith (2007) – Translation of scales in cross cultural research: issues and techniques. **JAN**, p .386-395

CLIFFORD, Joyce C. (1990) – **The future of nursing practice in the nursing profession – turning points**. Mosby, 1990.701 pag

COLLIERE, Marie-Françoise (1989) - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p.

COLLIERE, M. F. (1990) - Autonomia da profissão de enfermagem. **Boletim Sindical**. Lisboa. nº 3-4 , p. 43-50

COLLIERE, Marie Françoise (1999) – **Promover a vida**. 3ªedição. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2007) – Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. 61p.

COOK, Tom H., Gilmer, Mary Jo, Bess, Carolyn J. (2003) – Beginning students' definitions of nursing: inductive Framework of Professional identity. **Journal of nursing education**. Vol.42, nº7, p.311-317

COSTA, Alexandra et al (2004) – Autonomia em enfermagem. **Sinais Vitais**, Nº56, p.63-64

CRUZ, Inês et al (2005) – Uma perspectiva histórica sobre o cuidado. **Sinais Vitais**. Nº58, p.47-54

DOMINO, Elizabeth (2005) – Nurses are what nurses do: are where you want to be. **AORN Journal**. Vol. 81, nº1, p. 187-201

FERNANDES, Olga Maria Freitas Simões de Oliveira (2007) – **Entre a teoria e a experiencia: desenvolvimento de competências na enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura**. Loures, Lusociencia, 2007. 368 p

FERREIRA, Óscar (2005) – Enfermagem: do cuidar instintivo à autonomia. **Sinais Vitais**, Nº 61, p.61-64

FREIDSON, E. (1970) – **Profession of medicine**. New York: Dodd Mead, 1970

GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques (2003) – A enfermagem ciência e arte...e a investigação. **Referencia**, Nº10, p.5-15

GEORGE, V. et al (2002) – Developing staff nurse shared leadership behavior in Professional nursing practice. **Nursing Administration quaterly**. Vol. 26, nº 3, p. 44-59

GOMES, Antonio Marcos Tosoli, Oliveira, Denize Cristina (2005) – Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista da escola de enfermagem USP**. Vol.39, nº2, p.145-153

GOMES, Antonio Marcos Tosoli, Oliveira, Denize Cristina (2005) – A auto e heteroimagem do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Revista latino americana de enfermagem**. Vol.13, nº6, p.1001-1018

GOODMAN, Benny (2004)– Mr.B and legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy. British Association of critical care nurses. Vol.9, nº6, p. 271-276

HALL, R.H. (1968) – Profissionalization and bureaucratization. **American Sociological Review**, nº33, p.92-104

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociencia, 2000. 201p

HUREAUX, Elisabeth Noel (2004) – Un concept polysémique: l'autonomie. **Recherche de soins infirmiers**. Lyon. nº78, p.56-70

KENNERLY, S. (2000) – Perceived worker autonomy: the foundation of shared governance. **Journal of nursing administration**. Vol.30, nº 12, p.611-617

KRAMER, Marlene (2003) - Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. **Nursing Outlook**. Vol. 51, p.13-19

KRUGMAN, M. (1999) – Longitudinal evaluation of Professional nursing practice design. **Journal of nursing administration**. Vol. 29, nº5, p.10-20

Longarito, Clementina (1999) – O processo de cuidados: a decisão em enfermagem. **Informar**. Ano V, nº 17, p.18-20

LOURENÇO, Henrique Valente (2004) – **A satisfação do utente face ao acolhimento**. Dissertação de mestrado em gestão e economia da saúde. Faculdade de Economia. Coimbra, 2004

LYON, Brenda (2005) – Getting back on track: nursing's autonomous scope of practice. **Clinical nurse specialist**. Vol 19, nº1, p.267-273

MANTHEY, M. (1991) – Delivery systems and practice models: a dynamic balance. **Nursing Management**. Vol.22, nº1, p.28-30

MARQUES, Maria de Fátima Mendes; Costa, Maria de Lourdes Varandas da (2005) – O papel da escola na evolução do ensino da Enfermagem: 1886-1930. **Servir**. VOL.53, nº5, p.226-234

MENDES, António Manuel Simeão (1999) – Autonomia ou funções autónomas? **Enfermagem em foco**. Ano IX, nº35, p.34-35

MONTEIRO, Maria Amélia José (1988) - Contexto actual da profissão de enfermagem. **Nascer e Crescer**. Porto. Vol. 7, nº 1, p. 20-22

MULLAN, Barbara (2008) – Male and female nursing applicant's attitudes and expectations towards their future careers in nursing. *Journal of research in nursing*. Vol.13, nº6, p.527-539

MUNDINGER, M.O. (1980) – **Autonomy in Nursing**. Germantown: Aspen Publishers, 1980

NEVES, Maria Ajuda (2002) – A tomada de decisão em enfermagem. **Pensar enfermagem**. Vol.6, nº 2, p.25-34

NEVES, Maria da Ajuda (2005) – Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. **Pensar Enfermagem**. Vol.9, Nº2, 2005, p.2-13

NEWMAN, Margaret A. (1990) – Professionalism: myth or reality in **The nursing profession – turning points**. Mosby 701 p. 49-52

NOGUEIRA, Manuel (1996) – **Historia da Enfermagem**. 2ªed. Porto: Edições Salesianas, 1996, 167 p

NUNES, Lucília (2003) – **Um olhar sobre o ombro**: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociencia, 2003. 375 p

NUNES, Lucília (2006) - Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Amadora, nº 5, p. 53-58

PANKRATZ, Loren (1974) – Nursing autonomy and patient's rights: development of a nursing attitude scale. **Journal of health and social behaviour**, p.211-216

PAPATHANASSOGLU, Elizabeth; et al (2005) – Practical and clinical decision – making autonomy among hellenic critical care nurses. **Journal of nursing management**, nº13, p.154-164

PARREIRA, Cláudia; Pereira, Maria Cândida (2004) – Um caminho para a autonomia em cuidados de saúde primários. **Nursing**. Lisboa. Ano 16, nº184, p.27-31

PEDROSA, Aliete (2004) – Enfermagem: autonomia e responsabilidade profissional. **Referencia**. Nº12, p73-83

PEREIRA, Susana (2004) – Autonomia e respostas sociais. **Integrar**. Lisboa. Nº22, p.29-32.

PIRES, Ana Paula Mégre (2001) – Chamem a polícia de Estremoz. **Nursing**. Lisboa. Ano 14, nº160, p.17-26

POLIT, Denise F.; Hungler, Bernadette P. (1995) – **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. 391p

PORTER-O GRADY, T (2001) – Worker autonomy: the foundation of shared governance. **Journal of Nursing Administration**. nº31, p.100

SCHUTZENHOFER, Kelly (1987) – The measurement of Professional autonomy. **Journal of Professional nursing**. Nº3, p.278-283

SCHUTZENHOFER, Kelly (1988) – The problem of Professional autonomy in nursing. **Health care for women international**. nº9, p.93-106

SILVA, Rosangela Marion da; Beck, Carmen Lúcia; Guido, Laura de; Lopes, Luis Filipe; Santos, José Luís (2009) – Análise quantitativa da satisfação profissionais enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto contexto enfermagem**: Florianópolis. Vol.18, nº2, p.298-305

SOARES, Maria Isabel (1997) – **Da blusa de brim à touca branca**. Lisboa: Educa. 1997, 135p

STEUBERT, Helen J. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humano**. 2ªedição. Loures: Lusociencia, 2002, 318 p

TEITEL, Joanne Ritter (2002) – The impact of restructuring on Professional nursing practice. **Journal of nursing administration**. Vol.32, nº 1, p. 31-41

TEIXEIRA, Otilia (2001) – O estado da arte da investigação em enfermagem: a profissão/ modelos profissionais como objecto de análise. **Enfermagem**. 2ªserie, nº23-24, p.31-36

TRIVIÑOS, A.N.S. (1987) - **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987

ULRICH,C.; Soeken, K.; Miller, N. (2003) – Predictors of nurses practitioners' effects of organizational, ethical and market characteristics. **Journal of the american academy of nurse practitioners**. Vol.15, nº7, p.319-325

WADE, Gail Holland (1999) – Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. **Journal of advanced nursing**. Vol.30, nº2, p.310-318

WADE, Gail Holland (2004) – A model of the attitudinal component of Professional nurse autonomy. **Journal of nursing education**. Vol 43, nº3, p.116-124

WIENS, A.G. (1990) – Expanded nurse autonomy:models for small rural hospitals. **Journal of nursing administration**. Vol.20, nº12, p.15-22

WITZ, Anne (1992) – **Professions and Patriarchy**. London:Routledge, 1992. 233 p.

ANEXOS

Anexo I –

Escala de autonomia original do autor Kelly Schutzenhofer (Nursing Activity Scale)

Nursing Activity Scale

The following items describe situations in which a nurse must take some action that requires the exercise of some degree of professional nursing judgment. You are asked to respond to each item according to how likely you would be to carry out the action in each item. Please respond to each item even if you have not encountered such a situation before. Use the following scale in responding to the items.

- 1 = Very unlikely of me to act in this manner
- 2 = Unlikely of me to act in this manner
- 3 = Likely of me to act in this manner
- 4 = Very likely of me to act in this manner

Circle the number after each situation that most accurately describes how you would act as a nurse. There are no right or wrong answers, just different ways of responding to a situation. Please do not add qualifying statements to the items to justify your answer. Answer the items as stated.

1.	Develop a career plan for myself and regularly review it for achievement of steps in the plan.	1	2	3	4	
2.	Consider entry into independent nursing practice with the appropriate education and experience.	1	2	3	4	
3.	Voice opposition to any medical order to discharge a patient without an opportunity for nursing follow-up if the teaching plan for the patient is not completed.	1	2	3	4	
4.	Initiate nursing research to investigate a recurrent clinical nursing problem.	1	2	3	4	
5.	Refuse to administer a contraindicated drug despite the physician's insistence that the drug be given.	1	2	3	4	
6.	Consult with the patient's physician if the patient is not responding to the treatment plan.	1	2	3	4	
7.	Depend upon the profession of nursing and not on physicians for the ultimate determination of what I do as a nurse.	1	2	3	4	
8.	Evaluate the hospitalized patient's need for home nursing care and determine the need for such a referral without waiting for a physician's order.	1	2	3	4	
9.	Propose changes in my job description to my supervisor in order to develop the position further.	1	2	3	4	
10.	Answer the patient's questions about a new medication or change in medication before administering drug, whether or not this has been done previously by the physician.	1	2	3	4	
11.	Institute nursing rounds on the patient unit.	1	2	3	4	
12.	Withhold a medicine that is contraindicated for a patient despite pressure from nursing peers to carry out the medical order.	1	2	3	4	
13.	Consult with other nurses when a patient is not responding to the plan of nursing care.	1	2	3	4	
14.	Routinely implement innovations in patient care identified in the current nursing literature.	1	2	3	4	
15.	Initiate a request for a psychiatric consult with the patient's physician if my assessment of the patient indicated such a need.	1	2	3	4	

16.	Promote innovative nursing activities, like follow-up phone calls to recently discharged patients, to evaluate the effectiveness of patient teaching.	1	2	3	4	
17.	Assess the patient's level of understanding concerning a diagnostic procedure and its risks before consulting with the patient's physician if a patient has questions about the risks of the procedure.	1	2	3	4	
18.	Assume complete responsibility for my own professional actions without expecting to be protected by the physician or hospital in the case of a malpractice suit.	1	2	3	4	
19.	Develop effective communication channels in my employing institution for nurses' input regarding the policies that affect patient care.	1	2	3	4	
20.	Develop and refine assessment tools appropriate to my area of clinical practice.	1	2	3	4	
21.	Record in the chart the data from my physical assessment of the patient to use in planning and implementing nursing care.	1	2	3	4	
22.	Initiate discharge planning concerning the nursing care of the patient, even in the absence of discharge planning by the physician.	1	2	3	4	
23.	Report a physician who harasses me to the appropriate manager or administrator.	1	2	3	4	
24.	Offer input to administrators concerning the design of a new nursing unit or the purchase of new equipment to be used by nurses.	1	2	3	4	
25.	Complete a psychosocial assessment on each patient and use this data in formulating nursing care.	1	2	3	4	
26.	Adapt assessment tools from other disciplines to use in my clinical practice.	1	2	3	4	
27.	Carry out patient care procedures utilizing my professional judgment to meet the individual patient's needs even when this means deviating from the "cookbook" description in the hospital procedure manual.	1	2	3	4	
28.	Decline a temporary reassignment to a specialty unit when I lack the education and experience to carry out the demands of the assignment.	1	2	3	4	
29.	Initiate referrals to social service and dietary at the patient's request even in the absence of a physician's order.	1	2	3	4	
30.	Write nursing orders to increase the frequency of vital signs of a patient whose condition is deteriorating even in the absence of a medical order to increase the frequency of such monitoring.	1	2	3	4	
TOTAL SCORE						

Code # _____

© 1992 by Karen Kelly Schutzenhofer, EdD, RN, CNA

© 2002 by Karen Kelly, EdD, RN, CNA

SCORING INSTRUCTIONS FOR THE NURSING ACTIVITY SCALE

The table below gives the weight for each scale item. A weight of 1 indicates a low level of autonomy; a weight of 3 reflects a high level.

<u>Item</u>	<u>Weight</u>	<u>Item</u>	<u>Weight</u>	<u>Item</u>	<u>Weight</u>
1	3	11	3	21	2
2	3	12	3	22	1
3	3	13	2	23	2
4	3	14	1	24	2
5	3	15	1	25	1
6	3	16	2	26	1
7	2	17	1	27	2
8	1	18	3	28	3
9	1	19	2	29	1
10	2	20	2	30	1

Multiply the respondent's score on each item by the weight of the item. These scores can be recorded in the shaded boxes if you are scoring the NAS by hand. Total these adjusted scores. Scores can range from 60 to 240 with the following breakdown for approximate levels of autonomy:

60 to 120 = lower level of professional autonomy
121 to 180 = mid level of professional autonomy
181 to 240 = higher level of professional autonomy

Questions regarding scoring should be sent to:

Karen Kelly, EdD, RN, CNAA
305 Schwarz Meadow Court
O'Fallon, IL 62269-6707
Home: 618-624-3468 Work: 618-650-3908
Fax: 618-624-2116
e-mail: kkellys@aol.com
or
kkelly@siue.edu

Anexo II –
Tradução da escala para português

ESCALA DE ACTIVIDADE EM ENFERMAGEM

Os seguintes itens descrevem situações que exigem a actuação da enfermeira que implica o exercício de um julgamento profissional de enfermagem. Pede-se que responda a cada item de acordo com a forma como actuara em relação a cada um.

Por favor responda a cada item mesmo que não tenha enfrentado tal situação anteriormente.

Utilize a seguinte escala para responder a cada item.

1= Muito improvável actuar desta forma

2= Improvável actuar desta forma

3= Provável actuar desta forma

4= Muito provável actuar desta forma

Faça um círculo à volta do número que melhore a maneira como actuará como enfermeiro (a). Não há respostas **certas ou erradas**, apenas **formas diferentes** de responder a uma situação. Por favor não acrescente qualquer tipo de afirmação que justifique a sua resposta.

1.	Planeio uma carreira para mim próprio(a) e, regularmente, faço a sua revisão no sentido de atingir os objectivos traçados.	1	2	3	4	
2.	Considero desenvolver a minha prática de enfermagem de forma autónoma com os conhecimentos e experiências adequadas.	1	2	3	4	
3.	Expresso a minha discordância com uma indicação médica de dar alta a um doente sem apoio (seguimento) de enfermagem se o ensino ao doente não estiver completo.	1	2	3	4	
4.	Início uma pesquisa de enfermagem para investigar sobre um problema de enfermagem clínico recorrente.	1	2	3	4	
5.	Recuso-me a administrar uma medicação contra indicada apesar da insistência do médico para que esta seja administrada.	1	2	3	4	
6.	Aconselho-me com o médico do doente caso este não esteja a responder ao plano de tratamento.	1	2	3	4	
7.	Dependo da profissão de enfermagem e não dos médicos para a decisão final do que faço como enfermeiro.	1	2	3	4	
8.	Avalio as necessidades do doente hospitalizado sobre os cuidados de enfermagem a prestar no domicílio e determino da sua real necessidade sem esperar pela indicação do médico.	1	2	3	4	
9.	Proponho ao meu superior hierárquicas alterações nas minhas funções profissionais de modo a desenvolver novas competências.	1	2	3	4	
10.	Respondo às perguntas do doente sobre a nova medicação, ou alteração da mesma, antes de administrar o medicamento, quer isto tenha sido feito ou não pelo médico anteriormente.	1	2	3	4	
11.	Instituo a visita de enfermagem na unidade dos doentes.	1	2	3	4	
12.	Recuso administrar um medicamento que seja contra indicado ao doente apesar da insistência dos colegas enfermeiros para concretizar a ordem médica.	1	2	3	4	
13.	Consulto outros enfermeiros quando um doente não está a responder ao plano de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
14.	Habitualmente implemento as inovações nos cuidados ao doente identificados na literatura de enfermagem mais actualizada.	1	2	3	4	
15.	Início o pedido de consulta de psiquiatria com o médico do doente se a minha avaliação do doente indicar tal necessidade.	1	2	3	4	

16.	Promovo actividades de enfermagem inovadoras tais como chamadas telefónicas de acompanhamento a doentes a quem foi dado alta recentemente, para avaliar a efectividade do ensino ao doente.	1	2	3	4	
17.	Avalio o nível de compreensão do doente referente ao procedimento diagnóstico e seus riscos antes de consultar o médico do doente caso este tenha dúvidas sobre os riscos do procedimento.	1	2	3	4	
18.	Assumo total responsabilidade dos meus actos profissionais sem esperar ser protegido(a) pelo médico ou hospital no caso de uma situação de má prática.	1	2	3	4	
19.	Desenvolvo canais de comunicação eficientes na instituição empregadora para a entrada de enfermeiros (as) tendo em conta as normas que afectam os cuidados aos doentes.	1	2	3	4	
20.	Desenvolvo e aperfeiço o instrumentos de avaliação apropriados à área da minha prática clínica.	1	2	3	4	
21.	Registo no quadro dos doentes a data da minha avaliação física do doente para usar na planificação e implementação de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
22.	Inicio o planeamento da alta do doente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem do doente mesmo na ausência do plano de alta do médico.	1	2	3	4	
23.	Comunico ao Director ou administrador um médico que me incomode.	1	2	3	4	
24.	Informo o administrador no que diz respeito ao projecto de uma nova unidade de enfermagem ou à compra de equipamentos para ser usado pelos enfermeiros (as).	1	2	3	4	
25.	Preencho a avaliação psicossocial de cada doente e uso esta informação na formulação dos cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
26.	Adapto os instrumentos de avaliação de outras disciplinas para usar na minha prática clínica.	1	2	3	4	
27.	Realizo os cuidados ao doente, utilizando o meu juízo profissional para satisfazer as necessidades individuais do doente mesmo quando isso signifique afastar-me do instituído pelo manual de procedimentos do hospital.	1	2	3	4	
28.	Rejeito uma transferência temporária para uma unidade de especialidade quando não possuo formação e experiencia para concretizar as exigências das novas funções.	1	2	3	4	
29.	Estabeleço contactos com os serviços sociais e dietéticos a pedido do doente, mesmo sem indicação médica.	1	2	3	4	
30.	Dou indicação para aumentar a frequência de avaliação dos sinais vitais de um doente cuja condição se está a deteriorar mesmo na ausência de indicação médica para aumentar a frequência desta monitorização.	1	2	3	4	

Anexo III –
Questionário para a colheita de dados

Questionário

Caro colega

Chamo-me Jorge Manuel da Silva Ribeiro e sou aluno do XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Para desenvolver a minha dissertação de mestrado que versa sobre a autonomia profissional é necessário conhecer de que forma é que os enfermeiros percepcionam a sua autonomia profissional.

Para isso é necessário que preencha o seguinte questionário onde consta uma escala que serve para medir o nível de autonomia profissional dos enfermeiros. Esta escala é uma tradução de uma escala inglesa (Nursing Activity Scale) da autora Kelly Schutzenhofer.

Na primeira parte poderá responder a perguntas sobre os seus dados sócio – demográficos e na segunda parte poderá responder à escala.

A participação é voluntária, as vossas respostas vão ser tratadas confidencialmente, mas para além disso o questionário é anónimo, portanto não escreva o seu nome no questionário.

Muito obrigado pela vossa colaboração.

Sinceramente

Jorge Ribeiro

I Parte – Caracterização Sócio - Demográfica

1 – Idade: _____

2 – Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3 – Habilitações académicas:

Bacharelato	☐	1
Licenciatura	☐	2
Pós graduação	☐	3
Especialidade/ Especialização	☐	4
Mestrado	☐	5
Doutoramento	☐	6

4 – Local de trabalho:

Neurocirurgia	☐	1
Bloco operatório	☐	2
Urgência	☐	3
Medicina Intensiva	☐	4
Cirurgia	☐	5
Medicina	☐	6
Psiquiatria	☐	7

5 – Categoria Profissional

Enfermeiro	☐	1
Enfermeiro Graduado	☐	2
Enfermeiro Especialista	☐	3
Enfermeiro Chefe	☐	4

6 – Tempo de serviço - _____(anos)

7 – Número de serviços onde trabalhou - _____

8 - Classifique o seu nível de satisfação com a profissão:

Menor

Maior

satisfação

satisfação

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9 – Classifique com que facilidade diariamente toma decisões:

Menor

Maior

facilidade

facilidade

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ESCALA DE ACTIVIDADE EM ENFERMAGEM

Os seguintes itens descrevem situações que exigem a actuação da enfermeira que implica o exercício de um julgamento profissional de enfermagem. Pede-se que responda a cada item de acordo com a forma como actuara em relação a cada um.

Por favor responda a cada item mesmo que não tenha enfrentado tal situação anteriormente.

Utilize a seguinte escala para responder a cada item.

1= Muito improvável actuar desta forma

2= Improvável actuar desta forma

3= Provável actuar desta forma

4= Muito provável actuar desta forma

Faça um círculo à volta do número que melhore a maneira como actuará como enfermeiro (a). Não há respostas **certas ou erradas**, apenas **formas diferentes** de responder a uma situação. Por favor não acrescente qualquer tipo de afirmação que justifique a sua resposta.

1.	Planeio uma carreira para mim próprio(a) e, regularmente, faço a sua revisão no sentido de atingir os objectivos traçados.	1	2	3	4	
2.	Considero desenvolver a minha prática de enfermagem de forma autónoma com os conhecimentos e experiências adequadas.	1	2	3	4	
3.	Expresso a minha discordância com uma indicação médica de dar alta a um doente sem apoio (seguimento) de enfermagem se o ensino ao doente não estiver completo.	1	2	3	4	
4.	Início uma pesquisa de enfermagem para investigar sobre um problema de enfermagem clínico recorrente.	1	2	3	4	
5.	Recuso-me a administrar uma medicação contra indicada apesar da insistência do médico para que esta seja administrada.	1	2	3	4	
6.	Aconselho-me com o médico do doente caso este não esteja a responder ao plano de tratamento.	1	2	3	4	
7.	Dependo da profissão de enfermagem e não dos médicos para a decisão final do que faço como enfermeiro.	1	2	3	4	
8.	Avalio as necessidades do doente hospitalizado sobre os cuidados de enfermagem a prestar no domicílio e determino da sua real necessidade sem esperar pela indicação do médico.	1	2	3	4	
9.	Proponho ao meu superior hierárquicas alterações nas minhas funções profissionais de modo a desenvolver novas competências.	1	2	3	4	
10.	Respondo às perguntas do doente sobre a nova medicação, ou alteração da mesma, antes de administrar o medicamento, quer isto tenha sido feito ou não pelo médico anteriormente.	1	2	3	4	
11.	Instituo a visita de enfermagem na unidade dos doentes.	1	2	3	4	
12.	Recuso administrar um medicamento que seja contra indicado ao doente apesar da insistência dos colegas enfermeiros para concretizar a ordem médica.	1	2	3	4	
13.	Consulto outros enfermeiros quando um doente não está a responder ao plano de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
14.	Habitualmente implemento as inovações nos cuidados ao doente identificados na literatura de enfermagem mais actualizada.	1	2	3	4	
15.	Início o pedido de consulta de psiquiatria com o médico do doente se a minha avaliação do doente indicar tal necessidade.	1	2	3	4	

16.	Promovo actividades de enfermagem inovadoras tais como chamadas telefónicas de acompanhamento a doentes a quem foi dado alta recentemente, para avaliar a efectividade do ensino ao doente.	1	2	3	4	
17.	Avalio o nível de compreensão do doente referente ao procedimento diagnóstico e seus riscos antes de consultar o médico do doente caso este tenha dúvidas sobre os riscos do procedimento.	1	2	3	4	
18.	Assumo total responsabilidade dos meus actos profissionais sem esperar ser protegido(a) pelo médico ou hospital no caso de uma situação de má prática.	1	2	3	4	
19.	Desenvolvo canais de comunicação eficientes na instituição empregadora para a entrada de enfermeiros (as) tendo em conta as normas que afectam os cuidados aos doentes.	1	2	3	4	
20.	Desenvolvo e aperfeiçoo instrumentos de avaliação apropriados à área da minha prática clínica.	1	2	3	4	
21.	Registo no quadro dos doentes a data da minha avaliação física do doente para usar na planificação e implementação de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
22.	Inicio o planeamento da alta do doente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem do doente mesmo na ausência do plano de alta do médico.	1	2	3	4	
23.	Comunico ao Director ou administrador um médico que me incomode.	1	2	3	4	
24.	Informo o administrador no que diz respeito ao projecto de uma nova unidade de enfermagem ou à compra de equipamentos para ser usado pelos enfermeiros (as).	1	2	3	4	
25.	Preencho a avaliação psicossocial de cada doente e uso esta informação na formulação dos cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
26.	Adapto os instrumentos de avaliação de outras disciplinas para usar na minha prática clínica.	1	2	3	4	
27.	Realizo os cuidados ao doente, utilizando o meu juízo profissional para satisfazer as necessidades individuais do doente mesmo quando isso signifique afastar-me do instituído pelo manual de procedimentos do hospital.	1	2	3	4	
28.	Rejeito uma transferência temporária para uma unidade de especialidade quando não possuo formação e experiencia para concretizar as exigências das novas funções.	1	2	3	4	
29.	Estabeleço contactos com os serviços sociais e dietéticos a pedido do doente, mesmo sem indicação médica.	1	2	3	4	
30.	Dou indicação para aumentar a frequência de avaliação dos sinais vitais de um doente cuja condição se está a deteriorar mesmo na ausência de indicação médica para aumentar a frequência desta monitorização.	1	2	3	4	

Anexo IV –

Autorização de utilização da escala pela autora

To: Jorge Ribeiro

From: Karen Kelly
Date: March 21, 2008
Subject: Nursing Activity Scale

Thank you for your interest in the Nursing Activity Scale.

I developed The Nursing Activity Scale in the mid-1980s to measure professional nursing autonomy. The scale underwent some editorial revisions in 1992 but has remained unchanged since the mid-1980s.

Professional autonomy was a matter of great concern during the last nursing shortage in the late 1980s-early 1990s. In view of the implications of the current worsening shortage, it is a factor that needs continuing study to answer questions about recruiting and retaining a nursing workforce to ensure quality health care. Professional autonomy is also one of the factors to be assessed by health care organizations interested in achieving Magnet Status (through the American Nurses Credentialing Center).

The NAS has been requested by over 500 researchers, directly from me, from the US, Canada, several European countries, South America, Thailand, Australia, Jordan, Hong Kong, and Japan. It is also available through a health care instrument database managed by the University of Pittsburgh. I continue to receive almost monthly requests for the scale from graduate students, doctoral students, and other nurse researchers.

Expert nurse reviewers established face validity of the NAS. Studies using the NAS have demonstrated Cronbach's alphas from .80 to .95, establishing reliability.

The 1994 study that I published in *Image: The Journal of Nursing Scholarship* focused on the relationship between autonomy and selected personal (e.g., age) and professional characteristics (e.g., clinical specialty, educational level, role) of the respondents.

You may use the NAS for your research. At the conclusion of your study, you must send me a copy of the study, including a list of references you cited from my publications. There is no charge for use of the scale.

You may email me at kkellys@aol.com or kkelly@siue.edu or contact me by mail at my home address which is noted on the scoring instructions to the scale.

Karen Kelly, EdD, RN, CNAA-BC
Associate Professor &
Coordinator, Continuing Education
Southern Illinois University Edwardsville
School of Nursing