

CÁRMEN LÚCIA SEABRA NOGUEIRA

O OUTRO OLHAR (SOBRE OS ENFERMEIROS):

Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem

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

Orientador – Doutor Manuel Alves Rodrigues

Categoria – Professor Coordenador com Agregação

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues, por todo o seu apoio, crítica, estímulo e orientação na elaboração deste trabalho.

Aos informantes que participaram neste estudo, pela disponibilidade e partilha.

Aos enfermeiros dos serviços onde se realizou a colheita de dados, nomeadamente Gastroenterologia, Nefrologia e Cirurgia pela colaboração.

À Mestre Márcia Santos, pela ajuda com o *software* informático que utilizámos, bem como pelo estímulo, disponibilidade e crítica.

Aos pais e família próxima pelo apoio incondicional e pela compreensão.

Ao Alexandre, pela presença e incentivo constantes e por acreditar em mim.

A todos, amigos e colegas, que, de algum modo, contribuíram e incentivaram a realização deste estudo.

RESUMO

A percepção que os utentes detêm acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem reveste-se de uma componente importante no âmbito da compreensão da imagem social deste grupo profissional. Entende-se que só percebendo aquilo que aqueles que são o alvo da nossa actuação percebem de nós, enquanto profissionais de enfermagem, e dos cuidados que prestamos, poderemos caminhar no sentido de uma melhoria contínua da qualidade e satisfação dos utentes, por um lado, e por outro, na consolidação da imagem da enfermagem na sociedade actual.

Trata-se de um estudo descritivo e, dada a multidimensionalidade do fenómeno a ser estudado, optou-se por uma abordagem multi-método, concretizada pela colheita de dados quantitativos pela utilização do questionário, e, concomitantemente, pela colheita de dados qualitativos através da entrevista narrativa, tendo subjacente uma metodologia fenomenográfica. Fizeram parte do estudo 25 participantes, que se encontravam a vivenciar uma experiência de internamento hospitalar. Considerou-se que a hospitalização seria um momento onde a pessoa contacta mais de perto com os enfermeiros e cuidados de enfermagem e, portanto, teria possibilidade de relatar e inferir sobre o que vivenciara.

Evidenciou-se no estudo que os utentes apresentam grau positivo de satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem, bem como avaliam que os enfermeiros cuidadores desempenham adequadamente o seu papel profissional. É reconhecida uma autonomia parcial, mas salvaguardado a superioridade hierárquica do médico. As funções de reparação aparecem com semelhante valoração relativamente às funções de manutenção. Identificou-se dimensões da área autónoma do enfermeiro que são importantes na avaliação da satisfação percebida pelos utentes acerca dos cuidados e que poderá, assim, contribuir para a consolidação da imagem de marca da profissão de enfermagem. Estas dimensões constituem-se dos aspectos comunicacionais e de interacção onde se insere a prática ética e legal, o autocuidado, a aprendizagem, cognitiva e de capacidades; a prevenção de complicações e o papel de prestador de cuidados.

Palavras-Chave: Profissão de Enfermagem, Enfermeiros, Cuidados de Enfermagem, Utente, Identidade, Qualidade, Satisfação

ABSTRACT

The patients' perception of nurses and nursing care assume an important component for the understanding of the social image of this professional group. Indeed, it is only by understanding what those, who are actually the target of our actions and the care we deliver as nursing professionals, really perceive about ourselves, that we can move towards a continuous improvement of nursing care quality and patients' satisfaction and, on the other hand, an improvement towards the consolidation of the image of nursing in nowadays' society.

Since this is a descriptive study, and due to the multidimensionality of the phenomenon being studied, it was decided to follow a multi-method approach, achieved by collecting quantitative data through the questionnaire, and simultaneously by collecting qualitative data through the interview, with an underlying phenomenographic methodology. 25 individuals who were going through an experience of hospitalization participated in this study. It was considered the fact that during hospitalization a patient benefits from a closer contact with nurses and nursing care, and thus the patient would be able to report and infer on what he/she experienced.

The present study showed that patients have a positive satisfaction level regarding nursing care and consider as well that care givers play their professional role properly. It is recognized a partial autonomy, but preserved the hierarchical superiority of the doctor. Repair functions appear with similar valuation as maintenance functions. Dimensions of the autonomous area of nurses were identified as being important for measuring patients' satisfaction level and could therefore contribute for the consolidation of the brand image of the nursing profession. These dimensions are themselves aspects of communication and interaction including the legal and ethical practice, self care, cognitive and learning abilities; prevention of complications and the function of health care provider.

Keywords: Nursing Profession, Nurses, Nursing Care, Patient, Identity, Quality, Satisfaction

BREF

La perception que les utilisateurs ont en ce qui respecte aux infirmiers et sur l'art de soigner les malades se recouvre comme une composante importante dans ce qui concerne à la conception de l'image social de ce groupe professionnel c'est notre conviction que seulement après savoir ce qui pensent les personnes aux quelles notre travail se destine, pendant que professionnels, et des soirs qu'on les prêtent on pourra améliorer la quantité de notre service et satisfaire les utilisateurs, d'un côté, et d'autre consolider l'image de l'art de soigner les malades dans la société actuelle.

Il s'agit d'une étude descriptif et, à cause de la multi-dimensionnalité du phénomène à étudier, on a opté par un abordage multi-méthode, concrétisée par la récolte des données quantitatives au moyen d'une entrevue narrative, ayant pour base une méthodologie phénoménologique. On a fait partie de l'étude 25 participants qui étaient à ce moment là hospitalisés. On a considéré que l'hospitalisation était le moment où la personne est plus près des infirmiers et des soins qu'ils prêtent et pour cette raison, aurait la possibilité de mieux raconter et juger son expérience.

Dans l'étude on a constaté que les utilisateurs sont satisfaits en ce qui concerne aux soins prêtés par les infirmiers et aussi qu'ils jouent correctement son rôle professionnelle. On les reconnaît une autonomie partielle, sauf gardant valorisées d'une façon semblable à celles de manutention. On a identifié l'importance des fonctions de l'infirmier qui sont confirmées avec la satisfaction des utilisateurs par le travail de ses professionnels, et qui vont contribuer pour l'excellence et l'importance de cette profession. Ces dimensions sont faites des aspects communicables et d'interaction où s'introduit la pratique éthique et légale, l'auto soin, l'apprentissage cognitif et des capacités, la prévention des complications et le rôle de la personne qui prête les soins.

Mot-clés: Profession d'Infirmier, Infirmiers, L'art de soigner les malades, Utilisateur, Identité, Qualité, Satisfaction.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
-------------------------	----

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM	23
--	----

1.2. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	43
--------------------------------------	----

1.3. A PROBLEMÁTICA DA IDENTIDADE SOCIAL E REPRESENTAÇÃO	46
--	----

CAPÍTULO 2: QUALIDADE EM SAÚDE E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	55
--	----

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	67
--	----

3.1. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO	68
--	----

3.2. TIPO DE ESTUDO: PARADIGMA, MÉTODO E NÍVEL DO ESTUDO	70
--	----

3.3. LOCAL DE ESTUDO, PARTICIPANTES E PROCESSO DE SELECÇÃO	72
--	----

3.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITAS DE DADOS	74
---	----

3.4.1. Critérios de rigor científico	80
--	----

3.5. ASPECTOS ÉTICOS	80
----------------------------	----

3.6. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	84
---	----

3.6.1. Na análise da componente quantitativa	84
--	----

3.6.2. Na análise da componente qualitativa	87
---	----

CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	91
---	----

4.1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	92
--------------------------------------	----

4.1.1. Funções que caracterizam os cuidados de enfermagem	92
---	----

4.1.2. Satisfação com os cuidados de enfermagem	95
---	----

4.1.3. Valorização da Dignidade Humana	97
--	----

4.2. OS ENFERMEIROS	97
---------------------------	----

4.2.1. Papel Profissional	98
---------------------------------	----

4.2.2. Mudança de atitude em relação aos enfermeiros	98
--	----

4.2.4. Características do perfil de um enfermeiro ideal	100
---	-----

4.3. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	103
4.3.1. Os enfermeiros nas organizações	103
4.3.2. Conhecimentos e Desenvolvimento Profissional	104
4.3.3. Autonomia	106
4.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS	107
4.4.1. O Papel do Enfermeiro	108
4.4.2. Satisfação do Cliente	110
4.4.3. Bem-Estar e Auto Cuidado	111
4.4.4. Cuidados de Saúde Interprofissionais	113
4.4.5. Competência Técnicas e Científicas	115
4.4.6. Educação, Guia e Orientação	117
4.4.7. Prática Ética e Profissional	119
4.4.8. Competências Relacionais e de Interação	121
CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
5.1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	128
5.2. OS ENFERMEIROS	133
5.3. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	137
CONCLUSÕES	145
BIBLIOGRAFIA	151
ANEXOS	159
Anexo 1: Instrumento de Colheita de Dados	161
Anexo 2: Consentimento livre e esclarecido	166
Anexo 3: Pedido de Autorização para realização de investigação ao Conselho de Administração de Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	167
Anexo 4: Parecer positivo da Conselho Directivo do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, autorizando a realização da investigação	169
Anexo 5: Pedido de autorização para realização de investigação nas unidades de internamento a Director de Serviço e Enfermeiro Chefe	170

LISTA FIGURAS

Figura 1: Esquema representativo dos dados obtidos.....	125
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro ilustrativo do tipo de dados quantitativos obtidos.	85
Quadro 2: Do que observou, indique três das funções que no seu ponto de vista melhor caracterizam os cuidados de enfermagem e que mais valorizou.	86
Quadro 3: Enuncie, por ordem de prioridade, algumas características do enfermeiro ideal, que a sociedade precisa, no contexto actual.	86
Quadro 4: Resumo da análise de informação das narrativas, no sentido de dar resposta à questão de investigação: <i>Quais as vivências experimentadas pelos utentes ao receberem cuidados de enfermagem?</i>	89
Quadro 5: Funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem.	93
Quadro 6: Visão do internamento hospitalar relativamente a aspectos específicos dos cuidados de enfermagem: distribuição das Frequências Absolutas e das Frequências Relativas (%).	96
Quadro 7: Questão - <i>É uma profissão que valoriza a dignidade humana?</i>	97
Quadro 8: Questão - Os enfermeiros, de um modo geral, desempenham adequadamente o seu papel profissional?	98
Quadro 9: Questão - A sua experiência de internamento mudou a opinião anterior que tinha acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem?	99
Quadro 10: Questão - Os enfermeiros dão uma imagem positiva da sua profissão?	99
Quadro 11: Características do Perfil de um enfermeiro ideal.	101
Quadro 12: Questão - No seu entender, o trabalho dos enfermeiros é importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar?	103
Quadro 13: Questão - Os enfermeiros têm um papel importante em questões de saúde?	104
Quadro 14: Questão - As funções que mais valorizou, exigem ao enfermeiro um elevado grau de competência e conhecimentos técnicos e científicos?	105
Quadro 15: Temas resultantes das análises dos achados.	108
Quadro 16: Bem-Estar e Autocuidado.	111
Quadro 17: Competências Técnicas e Científicas	115
Quadro 18: Prática Ética e Profissional	119
Quadro 19: Competências comunicacionais e de interacção	122

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Questão: De um modo geral sente-se satisfeito com os cuidados recebidos dos enfermeiros?	95
Gráfico 2: Questão - Os enfermeiros são socialmente reconhecidas pelo seu trabalho?	100
Gráfico 3: Questão - Os enfermeiros têm formação técnica e científica para trabalhar com autonomia, podendo prestar cuidados de enfermagem sem estar dependentes de outros profissionais?.....	106

INTRODUÇÃO

“Somos classificados pelo que fazemos e não pelo que somos” (Carpenito, 1995; cit. por Pinto et al., 2002).

Como são reconhecidos os enfermeiros pelo público a quem prestam cuidados?, é uma questão da qual se fala muito no seio do grupo profissional de enfermagem mas que não há respostas baseadas em empirismo que lhe dê uma resposta concreta.

Ao analisar o desenvolvimento da enfermagem deparamo-nos com vários pontos obscuros da nossa história, que nos deixa como herança uma imagem menos favorável. Vários factores influenciaram ao longo do tempo, a imagem do enfermeiro como o passado histórico, a dependência/submissão a terceiros, os órgãos de comunicação, o impacto política, as condições de trabalho e o avanço tecnológico. Segundo Lopes (2001, p.16) *“o processo de autonomização da Enfermagem é marcado, por um lado, pela dupla filiação, conventual e médica, e por outro, pela abertura a realidades teóricas decorrentes das ciências humanas”*. E esta diversidade de factores históricos, teóricos e sociais definiram a construção da enfermagem como disciplina autónoma, mas outros aspectos permanecem em constante desenvolvimento e definição até à actualidade.

As conquistas das últimas duas décadas (anos 80 e 90), a integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior (1988) e a aprovação do estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998) permitiram à profissão de enfermagem o desenvolvimento de um corpo de saberes autónomo e diferenciado de outras disciplinas. O estatuto profissional foi uma conquista e instrumento fundamental na autonomia da nossa profissão, bem como a prática de investigação delineando um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização. Somos profissionais com responsabilidades sociais, conferidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, com diferenciação técnica, científica e ética. Mas temos que continuar a lutar pela autonomia da profissão; para isso os enfermeiros têm de demonstrar, pelas actividades que desempenham, competências e explicitar em cada momento de actuação a importância de que se revestem os cuidados de enfermagem.

A chave do futuro dos cuidados de enfermagem encontra-se centrada no passado histórico da disciplina, na sua especificidade e identidade profissional, bem como nas expectativas da população.

“Os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e no acesso da população aos cuidados de saúde de qualidade, em especial cuidados de enfermagem” (DL n.º 104/98).

Actualmente é assumido que a enfermagem é uma profissão que assume uma importância fulcral no funcionamento dos sistemas de saúde e na qualidade dos cuidados disponibilizados aos cidadãos. Somos o maior grupo, específico, de profissionais dos cuidados de saúde, espalhadas pela maioria das instituições da prática onde as pessoas procuram ser atendidas. As capacidades que os enfermeiros profissionais possuem dão-lhes uma especificidade muito própria, entre as profissões de saúde, na prestação e gestão de cuidados, ao longo do contínuo saúde – doença (Rebelo et al., 2005).

Há a consciência global de que a representação social do enfermeiro é diferente em relação ao passado, no entanto com todas as etapas percorridas ao longo da história, ainda não erradicámos por completo a visão biomédica. Prestamos cuidados de enfermagem globais e individualizados. A autonomia somos nós que a desenvolvemos na nossa prática quotidiana se, através dos nossos cuidados de enfermagem, mostrarmos a importância desses mesmos cuidados.

“É a enfermagem que garante todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo interrelacional entre enfermeira e utente ganha assim um verdadeiro significado” (Lopes, 2001, p.46). Somos os profissionais de saúde que mais tempo permanece junto da pessoa, sã ou doente, e é este momento com a pessoa cuidada que se mostra como um espaço privilegiado de afirmação da nossa insubstituibilidade e imprescindibilidade pelo trabalho que desenvolvemos.

A visibilidade da enfermagem traduz a emancipação das atitudes e acções dos profissionais de enfermagem no sentido de dar a conhecer o seu campo de intervenção e implica a articulação de competências com evidência técnica, científica e relacional. O status profissional contrói-se a partir das atitudes individuais que formam o colectivo e que, por sua vez, se reflectem a um nível social mais alargado (Gomes, 2008).

O que faço? Como faço? Para que faço? São questões que não estão totalmente esclarecidas nas mentes do nosso ‘público’. Isto acontece também como consequência das respostas claras a estas questões não estar também clarificada e consistente na consciência de cada profissional de cuidados de enfermagem. Esta consciencialização e solidificação identitária levariam concomitantemente à projecção de uma imagem também mais consistente dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem no seio da sociedade. Collière (1999) defende que a chave da evolução da profissão parece ser a clarificação da identidade dos cuidados de enfermagem, não só pelo período do que o enfermeiro é, deve fazer ou se deve tornar, mas principalmente pela identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados

oferecidos aos utilizadores. “ (...) O que os doentes vão ganhando em termos de saúde, em função daquilo que é a nossa prática (...) pode ser uma óptima ajuda... implica um trabalho de reflexão, (...) para isso as pessoas têm que se identificar com o que é a sua profissão, o que é a enfermagem, e com aquilo que é a sua função, com o que é ser enfermeiro” (Paiva, 2006, p. 138).

Falar de enfermagem, falar em enfermeiros nunca é um assunto pacífico, quer para os próprios, quer para os doentes/familiares, outros profissionais de saúde ou público em geral (Pereira, 2006) *“As práticas ou os estilos de intervenção característicos de cada grupo profissional, estão estritamente relacionados com as representações e a(s) identidade(s) vivida(s) e atribuída(s), quer em contexto de trabalho quer fora dele”* (Estrela, 1999; cit. por Ferreira, 2003, p. 18).

Perante esta realidade, parece-nos pertinente compreender as opiniões que os utentes têm acerca dos cuidados de enfermagem que recebem. Esta temática torna-se relevante ainda no âmbito da identidade social da profissão, que se relaciona com a pessoa, o centro do sistema de cuidados. Este estudo de investigação terá assim como alvo a descrição e compreensão das experiências e opiniões dos utentes, que experimentaram um internamento hospitalar, acerca dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem.

Petizes (2002) consideram que a alteração da enfermagem para profissão autónoma dependerá de três vectores, entre eles: o autoconceito dos enfermeiros acerca da sua profissão, o conceito dos outros profissionais da equipa de saúde e o conceito da comunidade onde se insere. É este último vector que pretendo conhecer melhor, em contexto, neste processo investigacional.

As motivações pessoais que me levaram à escolha deste tema a desenvolver como tese de mestrado, prendem-se com o interesse e o desejo de perceber e conhecer, baseada em dados empíricos, o que aqueles a quem presto cuidados vivem e identificam os cuidados de enfermagem que recebem e o grupo profissional que os oferece. Parece-me importante que os resultados que poderão emergir de um estudo desta natureza, possam levar à reflexão das nossas práticas e induzir melhorias em dois pólos distintos:

- Um na intenção de oferecer aos utentes aquilo que eles necessitam e esperam de nós, e que faz parte do nosso campo de actuação
- Outro com o objectivo de encontrar estratégias que possibilitem a solidificação de uma imagem real e consistente do que os enfermeiros fazem e do que são os cuidados de enfermagem.

O motivo da nossa existência é as pessoas (sãs e doentes) e será com eles e para eles que a nossa actuação tem sentido (Vilela, 2002). A valorização e o reconhecimento profissionais fazem parte da satisfação das necessidades humanas imprescindíveis ao bem-estar do indivíduo, como ser singular, integrado num grupo social numa determinada comunidade. Neste sentido é assim fundamental a cada profissional para qualquer profissional saber qual o conceito que a sociedade atribui à sua profissão.

Pretende-se a indagação das percepções que os utentes têm dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem num determinado contexto, durante uma experiência de internamento hospitalar, constituindo esta pretensão o nosso objecto de estudo. Como objectivos específicos, identificámos os seguintes: *Descrever as percepções dos utentes acerca dos cuidados de enfermagem recebidos aquando do seu internamento hospitalar; Descrever as percepções dos utentes acerca dos enfermeiros com os quais contactaram aquando do seu internamento hospitalar; Identificar as funções que caracterizam os cuidados de enfermagem; Descrever a opinião geral acerca dos enfermeiros e da profissão de enfermagem tendo em conta o ponto de vista dos utentes participantes; Caracterizar o perfil de um enfermeiro ideal do qual a sociedade actual necessita; Percepcionar as vivências, positivas ou negativas, experienciadas pelos utentes, ao receberem cuidados de enfermagem durante o internamento hospitalar.*

A metodologia seguida para a consecução deste trabalho foi uma abordagem multi-método ou mista, cumprida pela colheita em simultâneo de dados qualitativos e quantitativos e, permitindo, portanto a triangulação de dados, numa lógica fenómeno-gráfica. A fenomenografia apresenta como objectivo principal a compreensão de determinados fenómenos a partir do ponto de vista de quem os vivencia, mas dando mais ênfase ao significado colectivo desses fenómenos.

Ferreira (2003, p.17) afirma que *“a mudança efectiva só acontece quando emerge da prática reflectida. Não se faz por decreto. A sua necessidade tem de sair de dentro das pessoas, de cada um, e não de pressões externas; terá de ser um sentimento partilhado e não isolado”* A reflexão sobre as práticas é uma forma de aprendizagem que leva a uma melhoria na qualidade de aprendizagem e que se evidencia posteriormente na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes: uma primeira parte que se intitula de Enquadramento Teórico, onde é apresentada uma síntese da revisão de alguma literatura existente acerca dos conceitos relacionados com a temática e uma segunda parte – o Estudo Empírico, onde está descrita a metodologia de investigação a seguir para a execução deste estudo e a Análise e Discussão dos Resultados.

Como título para este trabalho, optou-se por: 'UM OUTRO OLHAR (SOBRE OS ENFERMEIROS): percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem, porque nos pareceram sugestivos e englobantes da temática desenvolvida.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão antiga tendo evoluído extraordinariamente ao longo dos tempos. Esta evolução atravessou várias dimensões, nomeadamente sociais, políticas, culturais, filosóficas, económicas e tecnológicas. Nenhuma profissão autêntica se mantém estática, pois a transformação acompanha a evolução social e cultural, as necessidades humanas, as situações de crise e os desafios que enfrentam (Fernandes, 2007b).

Segundo Bento (1997, p.24), *“acredita-se que a indefinição do papel específico da enfermagem tem raízes sócio-histórico-culturais que têm contribuído para que a identidade da enfermagem nem sempre seja clara quer para os enfermeiros como para os outros profissionais de saúde com quem trabalham, quer para o público em geral”*.

Os cuidados de enfermagem e a função da são o produto de uma sociedade e evoluem com ela, tendo sido objecto de reflexão teórica em cada época (*Idem*).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1991), *“A enfermagem é simultaneamente uma arte e uma ciência que requer a compreensão e a aplicação dos conhecimentos e saberes próprios da disciplina. Inclui igualmente conhecimentos e técnicas oriundas das ciências humanas, bem como da psicologia, sociologia, medicina e ciências biológicas”* (Cit. por Abreu, 2001,p.128). A profissão, simultaneamente ‘arte e ciência’, pode outorgar-se do estatuto de disciplina sendo que possui os seus próprios instrumentos: o processo de cuidados, os diagnósticos de enfermagem, as metodologias derivadas das teorias de cuidados. A especificidade dos cuidados de enfermagem existe na medida em que possuímos metodologias e instrumentos de pensamento próprios (Martin, 1995). O processo de enfermagem é, assim, a forma como o enfermeiro deve organizar o conhecimento e a informação, que se traduz numa forma lógica, humana e cientificamente aceitável de colher informação, identificar problemas, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem (Abreu, 2001). O conhecimento de enfermagem reveste-se como a essência dignificante do exercício profissional do enfermeiro, dando suporte à sua identidade profissional; este conhecimento é revelado numa dialéctica entre a teoria e a prática (realçando os elementos chave que suportam a actividade de enfermagem). (Greaves, 1991, cit. por Fernandes, 2007a)

1.1. A EVOLUÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Numa actividade tão antiga quanto a existência da humanidade, torna-se pertinente uma abordagem da evolução histórica da prática do cuidar (em enfermagem), bem como o desenvolvimento do saber da profissão de enfermagem. Assim, na abordagem que a seguir se apresenta procura-se, de uma forma mais ou menos sistemática, descrever como evoluíram as práticas de enfermagem, os métodos de trabalho, bem como o saber é mobilizado em cada um destes marcos evolutivos da história da profissão.

A fase pré-profissional do desenvolvimento da enfermagem, segundo Meyer, referenciado por Bento (1997) caracteriza-se pela identificação dos cuidados prestados pela mulher e pelo modelo religioso na prática dos cuidados.

Num primeiro momento, que se localiza até ao final da Idade Média, temos uma prática dos cuidados identificados com a mulher. Desde a antiguidade a mulher tem um papel fundamental no desenvolvimento dos cuidados sendo estes, prestados essencialmente à volta do corpo. Cabia à mulher, a tarefa de dar à luz, garantir a sobrevivência dos filhos, cuidar da higiene do lar, da alimentação, dos moribundos e dos mortos. Ao homem cabia-lhe as tarefas de proteger a casa, caçar, garantir a segurança do grupo. Tudo o que contribui para manter e/ou assegurar a vida, é da responsabilidade da mulher. Cuidar é uma prática feminina, identifica-se com a mulher. Neste momento, verifica-se a ausência de saber formal. A mulher é detentora de saber empírico que passa de pais para filhos, de geração em geração. *“As mulheres sempre foram curandeiras (...), trataram por meio de plantas e trocaram entre elas os segredos das suas práticas”* (Collière, 1999, p.40).

Num segundo momento, desde a Idade Média até aos finais do século XIX, a prática de cuidados assenta no modelo religioso. A partir do século VI, com o advento do Cristianismo, surge a institucionalização dos cuidados, instituições normalmente junto de mosteiros, igrejas ou locais de culto, geridas pelo Clero, onde os cuidados são praticados por religiosas. O Cristianismo introduz uma nova lógica social: *‘somos todos irmãos’*, todos temos obrigação e dever moral de ajudar o próximo. Introduce-se o dualismo corpo/espírito. Nesta época o que importa é o espírito/alma da pessoa, o corpo é visto como veículo de pecado pondo em risco a alma. Os cuidados são vistos como forma de ajudar o próximo salvando a alma, do cuidador e do cuidado.

Há uma total desvalorização do corpo, e das cuidadoras do corpo, consequentemente uma desvalorização da mulher, e a valorização do sofrimento. A prática dos

cuidados permanece ligada à imagem da mulher, mas agora a mulher sofredora, devota, com uma grande capacidade de ajuda e amor ao próximo. Cuida-se numa lógica de caridade, devoção, dever e fim principal de salvar sua própria alma. Neste modelo religioso dos cuidados, a doença é vista como um castigo, uma punição por pecados cometidos. Alguns dos requisitos exigidos para se ser enfermeira eram a obediência, a submissão, a caridade, a fraternidade, o auto sacrifício e a renúncia de bens. *“Ao adoptar este modelo (...) a prática de cuidados baseia-se, essencialmente, em valores religiosos e morais que definem o papel e o lugar da mulher na sociedade, a sua submissão a Deus, de que os homens, homens da igreja, homens da Arte, são os representantes.”* (Collière, 1999, p.65)

Neste momento, é destinado ao homem (Clero) a detenção de saberes eruditos. Só ele tinha poder para ‘falar com Deus’ e adquirir a cura, para ‘libertar as pessoas dos seus males’.

Ao falar do desenvolvimento e evolução da prática de enfermagem, importa falar dos três grandes paradigmas do desenvolvimento desta disciplina. Segundo Kuhn referenciado por Lopes (2001, p.34-35) *“um paradigma é um conjunto organizado de crenças, de valores, de leis e de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação, para o qual as disciplinas deveriam convergir”*.

A fase profissional do desenvolvimento da enfermagem foi determinante para a enfermagem enquanto profissão e disciplina. Inicia-se com a prática de cuidados centrada no ambiente.

Estamos no primeiro paradigma, o paradigma da categorização, decorreu entre 1850-1960. A prática dos cuidados é centrada no ambiente e, posteriormente centrada na doença, tendo por base, portanto, o modelo biomédico.

Em meados do século XIX, no meio de um cenário catastrófico, criam-se as condições para uma enfermeira, Florence Nightingale, dar o seu contributo para o desenvolvimento da enfermagem. Detentora de conhecimento formal, utiliza um método sistemático e rigoroso de acção, vindo a disciplinar o meio hospitalar e os agentes do meio. Abre o caminho para a medicalização dos hospitais. Este período caracterizou-se como sendo o encontro das práticas médicas e de enfermagem no mesmo espaço. Estamos perante a mulher enfermeira / auxiliar do médico. Iniciou-se a fase profissional da enfermagem em que a prática de cuidados era centrado no ambiente.

Como na altura os efeitos negativos dos hospitais eram patentes (os pobres recorriam aos hospitais, enquanto os mais abonados eram cuidados em casa, longe das epidemias), houve a necessidade de medicalizar o hospital - há passagem da medicina

dos livros para o hospital. O médico (e a medicina) assumem poder máximo para a tomada de todas as decisões hospitalares, necessitando de uma assistente que desempenhasse funções disciplinadamente e sob a sua submissão. É enfatizada uma dependência total de actuação por parte das enfermeiras, em que o modelo religioso do cuidado de enfermagem (prática independente) foi substituído pelo cuidado com o ambiente do doente.

Este facto, aliado à falta de conceito de medicina científica e ausência do conceito de responsabilidade social (mas com muita prática no cuidar dos doentes) levou ao aparecimento da formação em enfermagem. Surgiram as primeiras escolas de enfermagem por toda a Europa tendo como primordial preocupação a ‘própria arte de enfermagem, a arte de cuidar do doente’. Assim, e segundo Florence Nightingale, *“treinamento é capacitar as enfermeiras para agir de melhor forma na execução de ordens (...) é torná-la não servil, mas fiel às ordens médicas e de autoridade”* (Bento, 1997, p.34). A necessidade de formação surgiu devido à necessidade que os médicos sentiam de dispor de pessoas capazes de auxiliar toda a sua acção.

Em Portugal, o primeiro curso de enfermagem surge em 1886, exclusivamente destinado aos funcionários do Hospital São José e anexos (Nogueira, 1990, cit. por Lopes, 2001). É no início do século XX que proliferam as demais escolas em paralelismo com grandes hospitais, em Coimbra, Lisboa e Porto (*Idem*).

Com a evolução da ciência, da tecnologia e da medicina, os cuidados de enfermagem, acompanhando as novas exigências médicas, começam a direccionar-se para a reparação ou erradicação da doença. Inicia-se a prática de cuidados centrada na doença.

Os cuidados são determinados e orientados pela doença pois é em torno dela que são elaborados os conhecimentos necessários. Os cuidados são totalmente desprovidos de humanização tornando-se meramente tecnicistas, sendo que estas tecnologias orientam-se para o tratamento, cura e afastamento da doença e nunca para a indivisibilidade da pessoa, desenvolvendo-se uma prática rotineira. O conteúdo profissional desenvolve-se centrado na técnica e é colhido nas fontes do saber médico apontado em curar a doença e afastá-la o mais rapidamente possível. A relação enfermeiro/utente está centrada nos conhecimentos, crenças e valores da enfermeira e pouco na realidade do utente.

O hospital, sendo um local de ‘albergue’ para toda a gente, foi palco da evolução da medicina, utilizando as pessoas como ‘objecto a experimentações’. O médico procura o hospital, não para benefício do doente, mas porque é nele que vai encontrar o seu

objecto de estudo (pobres, indigentes, doentes abandonados pelas famílias), que se tornam objecto de estudo proporcionando oportunidade de desenvolver a experimentação sem qualquer obstáculo a transpor. Verificou-se a separação do espírito/corpo, em que último era o importante, pois era o único observável e palpável. O objecto de cuidados de enfermagem passa a ser o corpo, como a 'máquina portadora de doença que precisa de ser reparada'. Enfatizaram-se os cuidados físicos, valorizando as actividades técnicas - tarefas - que se traduziram em rotinas - adopção do modelo biomédico, um modelo reducionista e tecnicista. Para a enfermagem, de acordo com este modelo, a saúde significa homeostasia biológica. A pessoa com saúde não necessita de cuidados. O corpo é visto como uma máquina divisível por partes, em que o estudo das partes que o compõem permite o conhecimento do todo.

É em torno da doença que a formação foi leccionada e seleccionada; a cura era o principal objectivo. Assim, as funções delegadas pelos médicos foram as valorizadas. *“As novas características do trabalho médico vêm implicar que este delegue tarefas que até aí realizava, o que vem trazer ‘novas funções’ à enfermeira para além das que já executava”* (Bento, 1997, p.34). Nasce um dos estereótipos: a enfermeira auxiliar do médico, que, em certa medida, parece permanecer até aos nossos dias. Apesar de a enfermeira continuar a assegurar as necessidades vitais, estas acções não tiveram valorização ou qualquer reconhecimento pelos médicos nem pela própria enfermeira. Este pensamento traduz uma redução da autonomia das enfermeiras. Pearson e Vaughan, cit. por Bento (1997, p.37) referem:

“Há bastantes provas que o modelo biomédico é o modelo em que muitas enfermeiras assentam a sua prática. Os trabalhos de investigação em enfermagem relatam frequentemente como as enfermeiras continuam a considerar os doentes como seres físicos, dando pouca importância às características mais latas da natureza humana (...) os objectivos de enfermagem são (...) dirigidos para a cura (...) os comentários sobre a enfermagem, de sociólogos (...) debatem a habitual atmosfera de rotinas e actividades estandardizadas e a obsessão das enfermeiras em prestar cuidados físicos”

Foram os médicos a iniciar actividades lectivas nas escolas de enfermagem. Neste contexto a prática de cuidados de enfermagem teve como coordenadas o desenvolvimento do modelo da prática dos médicos, isto é, o centro era a doença. Este facto deveu-se em grande parte, às inúmeras descobertas no âmbito da física, química e biologia.

Nos anos sessenta começa-se a pôr em causa *“a utilização de determinadas tecnologias (...) revalorizando a aproximação relacional que prossegue um duplo*

objectivo: conhecer melhor a pessoa tratada, re-conhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objecto incondicional dos cuidados mas como um sujeito: e ter uma acção terapêutica” (Collière, 1999, p. 149). Inicia-se a prática de cuidados centrada na pessoa sendo as necessidades humanas básicas o centro de atenção dos cuidados dos enfermeiros.

No período de 1950-1975 decorre o paradigma da integração. Aqui se insere a prática de cuidados centrada na pessoa, tendo concorrido para tal o desenvolvimento das ciências humanas e sociais. Este paradigma dá continuidade ao anterior, mas decompõe o fenómeno e integra-o num contexto específico (Figueiredo, 2004). *“A saúde e doença são duas entidades distintas mas que coexistem e estão em interacção constante”* (Idem, p.27).

O desenvolvimento das ciências humanas e sociais, nomeadamente a psicologia e a sociologia, veio dar um novo alento às enfermeiras, pois na altura já se sentia um descontentamento e um mal-estar que ia de encontro com a lógica da prática de cuidados centrada na doença.

Neste campo, a corrente de pensamento de Virgínia Henderson sobre a enfermagem e a sua prática de cuidados impulsionou de forma positiva a relação entre quem prestava cuidados e quem recebia esses cuidados:

“É à enfermeira que incumbe a iniciativa e o controlo de tudo o que depende da assistência ao indivíduo doente ou saudável, no desempenho dos actos que contribuem para manter ou recuperar a saúde (ou para manter uma morte serena) e que desempenharia por si próprio se tivesse força suficiente, vontade e saber” (Henderson, 2007,p.3).

Emergiu um novo conceito do objecto dos cuidados de enfermagem, deixando de ser o doente - portador de doença, mas uma pessoa - ser bio-psico-social. Foi assumida a valorização do conhecimento das ciências humanas, da relação entre enfermeira e utente, e da manutenção de vida. Iniciou-se um novo caminho, mais rico e mais vasto, no que concerne aos conhecimentos e instrumentos utilizados no quotidiano da prática de cuidados abrindo os horizontes para a autonomia da enfermagem. A actuação deixou de ser a preocupação unicamente com as prescrições médicas, mas também a forma de como o utente era abordado – tendo em conta as necessidades afectadas ou parcialmente afectadas, a prescrição e decisão acerca dos cuidados a prestar e avaliar os resultados desse planeamento e decisão.

O método de trabalho por ‘tarefa’ deixou de ter sentido, dando lugar ao método individual, em que cada pessoa é diferente, por isso a forma de actuação direcciona-se

especificamente para aquela pessoa em concreto, considerando todas as suas dimensões, como um ser uno.

Com tudo isto, desenhou-se uma diferença da disciplina de enfermagem em relação à disciplina médica. Foi nesta fase (anos 50/60) que se iniciou a investigação tendo como objectivo fundamental a melhoria de cuidados de enfermagem e desenvolvimento de uma base de conhecimentos em ciência de enfermagem.

Com a abertura para o mundo, a par do desenvolvimento político e económico, o alargamento de fronteiras, emerge num novo conceito de saúde: não só como *um completo bem-estar físico, mental e social*, mas abrangendo não só o indivíduo como o grupo / comunidade onde este está inserido. A *“saúde passa a ser considerada como um bem a atingir e a preservar”* (Portugal, Ministério da Saúde, A Saúde dos Portugueses, 1997, cit. por Figueiredo, 2004, p.29). Segundo Bento (1997, p.41) os cuidados de enfermagem vão-se caracterizar *“na prática, por acções de promoção da saúde, de prevenção da doença, cuidados curativos e de reabilitação, desenvolvidos o mais possível no contexto de vida do indivíduo e com a sua participação”*.

Inicia-se a prática de cuidados centrada na abertura para o mundo.

Temos o paradigma construtivista ou paradigma da transformação. Este período decorre a partir de 1975 até aos nossos dias e caracteriza-se por uma ruptura com os paradigmas anteriores. Os fenómenos são unos, não divisíveis, caracterizam-se pela sua complexidade e globalização. Os elementos estão sistematicamente em interacção contínua e recíproca. A enfermagem ‘abre-se’ sobre o mundo. *“Este paradigma considera cada fenómeno único e irrepetível”* (Figueiredo, 2004, p.29)

Com a abertura de fronteiras no plano social, cultural e económico, a evolução dos meios de comunicação, permitindo comunicações interculturais, surgem novas perspectivas de ver o mundo, a sociedades e o indivíduo.

A razão de ser dos cuidados de enfermagem passa por oferecer cuidados essenciais universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, por meios que sejam aceitáveis com a sua plena participação e a um preço acessível à comunidade e ao país e englobarem uma dinâmica social e de grupos, como foi contemplado na Conferência de Alma Ata.

A enfermagem disciplina está relacionada com a existência de um corpo de saberes específicos, que constituem o fundamento científico da profissão (Lopes, 2001).

A enfermagem tem sofrido alterações na sua conceptualização e na elaboração dos seus objectivos, passando de submissa da medicina para uma ciência autónoma e

capaz de definir, por si própria, as linhas orientadoras para um desempenho científico e competente (Fernandes, 2007b).

Segundo Ribeiro (1995, cit. por Rosa e Oliveira, 2004), a busca da especificidade do conteúdo de enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais (de Nightingale a Henderson): uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnicos próprios e a outra com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais, ou seja, uma atitude de ajuda e de satisfação do utentes. E, segundo o mesmo trabalho, é nesta junção que se projecta uma prática profissional com autonomia, para que o contributo social e económico dos cuidados de enfermagem seja relevante para a sociedade.

As técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as concepções teóricas constituem-se de componentes essenciais na determinação do campo específico da prática e disciplina de enfermagem, salientando o mandato social da profissão.

As técnicas de enfermagem, podem ser consideradas a ‘arte’ de enfermagem, podendo definir-se arte como o “conjunto de conhecimentos práticos que mostram como trabalhar para conseguir certos resultados” (McElain & Gragg, 1970; Almeida, 1989, cit. por Bento, 1997, p. 42).

Até à década de 40 (segundo Almeida, 1989, cit. por Bento, 1997), as técnicas de enfermagem são a primeira e a única expressão organizada e sistematizada do saber em enfermagem. Este momento é caracterizado pelo ensino de técnicas/procedimentos a executar sem o recurso a qualquer questionamento do porquê ou qual o seu fundamento científico. O objectivo não era o crescimento intelectual mas tornar as enfermeiras rápidas e eficientes na sua prestação de cuidados.

Até esta data, mesmo a produção científica reflecte a preocupação com as técnicas e procedimentos em enfermagem. É nesta fase que se enunciam minuciosamente ‘normas’ para a execução de todas as técnicas e procedimentos desde os mais simples aos mais complexos, que são delegados à enfermeira, conferindo “*conceder aos cuidados mais simples um carácter profissional, diferenciando-os dos cuidados domésticos*” (Meyer, 1995, cit. por Bento, 1997, p.43).

Na década de 50, nos EUA, surge uma preocupação em organizar princípios científicos que norteassem a prática de enfermagem, uma vez que até aqui era considerada na base da sua prática o conhecimento empírico ou num saber construído a partir de outras áreas do saber. Estes princípios, que constituíam as bases das normas de acção estabelecidas, baseavam-se nas ciências naturais e sociais e visavam a cientificidade do trabalho em enfermagem, no sentido da aproximação ao saber da

medicina (Bento, 1997). Procura-se a dimensão intelectual do trabalho de enfermagem, centrado na forma de ser executada uma tarefa e o porquê dessa execução e não no cuidado da pessoa.

Na procura e definição da especificidade e autonomia da profissão são desenvolvidos modelos teóricos de enfermagem e isto *“no sentido de «construir» um corpo de conhecimentos específico de enfermagem”* (Bento, 1997,p.45). Estes vêm proporcionar conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, explicitação, predição e controle de fenómenos. É possível à enfermeira explicitar o que faz e porque o faz reivindicando a sua autonomia. A existência de vários modelos teóricos de enfermagem revela um esforço de teorização sobre a prática, *“constituindo-se como um sistema de conceitos básicos, relacionados entre si de forma a explicar a interacção enfermeira/cliente”* (Basto, 1998,p.44).

Modelo de Enfermagem é *“um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os componentes essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique...”* (Roper, Logan e Tierney, 1995; cit por Fernandes, 2007b,p.29). A concepção de cuidados traduz uma forma de *“conceber um serviço específico que as enfermeiras prestam à sociedade”* (Kèrouac, 1996,p.24; cit. por Fernandes, 2007a,p.60), estruturando a identificação da área de responsabilidade da prática de enfermagem.

Estes modelos conceptuais foram construídos no sentido de dar resposta a questões, tais como: *Que fazem as enfermeiras?; Como é que as enfermeiras fazem aquilo que fazem?; Porque é que as enfermeiras fazem aquilo que fazem?; A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?*

Na base dos modelos conceptuais encontram-se duas correntes de pensamento: o holismo e o humanismo. O holismo refere-se ao estudo do organismo como um todo, ou de sistemas complexos. O humanismo assenta no valor do ser humano, na sua existência e na qualidade dessa existência.

“A concepção de cuidados é um elemento importante no exercício dos cuidados, na imagem e na identidade da profissão” (Fernandes, 2007a,p.60). O saber usar uma concepção de cuidados constitui uma mais-valia do profissional de enfermagem, uma meta da competição para a excelência, que ao ser alcançada se transforma num bem para toda a comunidade que participa dessa prática (*Idem*).

Os modelos conceptuais dão-nos indicações muito precisas sobre os conceitos que caracterizam a enfermagem (cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente),

assim como as relações que se estabelecem entre eles, porque isoladas não são suficientes para caracterizar e esclarecer a contribuição do enfermeiro para os cuidados de saúde (Rosa e Oliveira, 2004). Um modelo de enfermagem é, assim, uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade; representando a verdadeira mercadoria que é fornecida ao cliente (*Idem*).

Assim, pensar a concepção de cuidados é organizar o pensamento em torno de quatro conceitos básicos que estruturam o cuidado: a pessoa que necessita de cuidados, o ambiente que a rodeia e em que ela vive, as crenças de saúde e doença por que se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem que necessita (Fernandes, 2007a). *“A forma como os enfermeiros pensam os cuidados é determinante na qualidade da sua prática”* (Basto e Portilheiro, 2003, p.43, cit. por Fernandes, 2007a, p.67). As questões éticas (e bioéticas) que se colocam aos enfermeiros devem também ser analisadas na perspectiva da teoria e prática de enfermagem e à luz dos conceitos de pessoa – como foco de atenção, saúde – como projecto, ambiente – como contexto e cuidados de enfermagem – como resposta (Vieira, 2007).

Sendo estes os conceitos centrais de qualquer concepção de enfermagem, é importante conhecermos a que é que eles se referem. Surge como importância a sua clarificação também numa vertente socioantropológica, tendo em conta os actores e os contextos em que os saberes inerentes aos cuidados de enfermagem decorrem.

i. Pessoa

É o centro de atenção dos enfermeiros. O conceito de pessoa alterou-se ao longo dos tempos, acompanhando a evolução da profissão. Se antes era o ser humano doente e incapaz de cuidar de si em consequência dessa doença que era o objecto dos cuidados de enfermagem, hoje, é a pessoa, que é simultaneamente um projecto de saúde (Vieira, 2007). Cada pessoa vivencia um projecto de saúde na medida em que, na procura de melhores níveis de saúde desenvolve processos intencionais baseados em valores, crenças e desejos da sua natureza individual (OE, 2002,p.7)

Pessoa é, neste contexto, definida como *“um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se”* (*Idem*, p.6).

Reconhece-se a capacidade autónoma do ser humano partindo da perspectiva prática e moral do conceito de pessoa (com influência de Kant), pela afirmação da dignidade da pessoa, fundamentando a estrutura pessoal da sua natureza racional, inteligente e livre e fim em si mesma (Vieira, 2007).

A pessoa,

“Em determinado momento do seu ciclo vital (da concepção até à morte) carece de cuidados que não consegue prestar a si própria, quer devido à fase de desenvolvimento em que se encontra, cujos processos de transição exigem capacidade, conhecimento ou vontade que não possui, quer devido à doença ou enfermidade que a afecta” (Idem, p.82).

É fundamental, em todo o acto profissional, atendermos à singularidade da pessoa e à sua vulnerabilidade, respeitando as suas crenças e valores. A pessoa tem que ser encarada como um ser uno e indivisível (OE, 2002). Há que ter ainda em consideração que os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve, pela interacção entre eles (*Idem*).

O utente dos cuidados de saúde já não é considerado como um sujeito passivo (o paciente), num sistema inteiramente dominado pela medicina. Cada vez mais assume um papel como agente activo (actor social, o cliente), com o seu próprio sistema de valores, e capaz de escolhas diferentes e mesmo de oposição (Duarte, 2002).

Segundo Meleis (2005, cit. por Pereira, 2009), o cliente é definido como um ser humano que tem necessidades e que está em constante interacção com o meio que o envolve, com capacidade de se adaptar a estas alterações do meio, mas que em circunstância de doença, risco de doença ou vulnerabilidade pode experimentar ou estar em risco de experimentar um desequilíbrio.

ii. Saúde/Doença

Em 1946, a OMS definiu a saúde como *“estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”* (cit. por Vieira, 2007,p.83). É *“o estado e, simultaneamente a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”* (OE, 2002,p.6). Saúde apresenta-se como um estado subjectivo de procura de equilíbrio.

A saúde é, assim, um projecto individual de cada ser humano, numa abertura incessante ao sentido da vida que o devir profissional vai construindo. A doença ou incapacidade, o bem-estar e o sentido da vida são sempre culturalmente modulados pelas crenças e valores associados (Vieira, 2007). É perante isto que os cuidados de enfermagem tomam sentido, quer visando a educação para comportamentos saudáveis, a promoção do auto cuidado ou do cuidado aos familiares, a adesão e gestão de regimes terapêuticos ou a procura do sentido de vida (*Idem*).

O utente envolvido na organização de saúde, dispõe de um cérebro ou de uma margem de liberdade (ir/não ir ao médico) que o tornam capaz de escolher a estratégia que lhe parece mais apta para servir o seu projecto de se manter saudável (Duarte, 2002).

“A decisão é racional, no sentido em que é baseada no cálculo das probabilidades de ganho (manter-se saudável), em função de trunfos (conhecimento/percepção, que é individual), das regras do jogo (comportamento de procura de cuidados, socialmente aceite) e do interesse atribuído que está em jogo (a sua própria definição do que é estar saudável)” (Idem, p.17)

Em cada uma das etapas dos processos de vida das pessoas, o ser humano confronta-se com a necessidade de adaptação, gerindo as mudanças no sentido da manutenção ou da aquisição do conforto físico, psíquico, espiritual, social e ambiental de que necessita para se sentir saudável (Vieira, 2007).

Uma abordagem interessante ao conceito de saúde é a noção de que esta faz parte da cultura dos povos, na medida em que (Duarte, 2002, p.13):

“O homem aprende e incorpora conhecimentos, habilidades, e experiências sobre a saúde, a doença, a forma de se auto-cuidar, através de mensagens provenientes de diferentes fontes: tradições, experiências pessoais ou com outros, profissionais de saúde, meios de comunicação todas estas mensagens são incorporadas a nível individual, e colectivo, isto é, na família, no grupo social, na comunidade onde o indivíduo vive e se relaciona”

A mesma autora refere que a saúde de uma comunidade está dependente, em grande medida, do seu modo de vida, sendo que é imprescindível interligar as condições sociais em que esta se encontra. Assim, para se intervir na prevenção da doença e na promoção da saúde, torna-se imprescindível escutar o indivíduo e a comunidade, procurando encontrar respostas em conjunto às suas necessidades de saúde.

iii. Ambiente

O Ambiente é constituído por elementos (humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais) que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde (OE, 2002)

A pessoa é sempre ela e a “sua circunstância” (Ortega y Gasset, cit. por Vieira, 2007). Por tal, o enfermeiro deve ter sempre presente na sua prática de cuidados da complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2002). Posto isto, é importante que o

enfermeiro não descure o contexto de onde o utente pertence e o contexto em que desenvolve a sua prática profissional em todas as circunstâncias do cuidar.

iv. Cuidados de Enfermagem

Não nos debruçaremos na exploração deste conceito porque o desenrolar deste trabalho se faz em torno das concepções de enfermagem e de cuidados de enfermagem.

As principais concepções actuais de enfermagem podem ser organizadas em seis escolas (Kérrouac et al., 1994, cit. por Bento, 1997). De seguida, de uma forma mais ou menos resumida e sistematizada e tendo em conta a referência bibliográfica citada e Lopes (2001), são apresentadas estas escolas de pensamento que contribuíram para a evolução do saber em enfermagem, clarificando o conceito de cada um dos quatro elementos basilares em cada concepção:

- Escola das necessidades, tendo como autoras Dorothea Orem (1959), Faye Abdellah (1960), Virginia Henderson (1995). Esta concepção tenta responder à questão: “O que fazem as enfermeiras?” Os modelos conceptuais preconizados assentam nos cuidados de enfermagem com a finalidade na independência da pessoa, satisfazendo as suas necessidades fundamentais, mantendo ou restabelecendo a sua autonomia nos seus auto-cuidados. A pessoa é vista como um ser que apresenta necessidades bio-psicossociais, no seu todo em que o objecto final é a sua independência. A saúde é a forma como a pessoa funciona de forma independente em que as suas necessidades estão satisfeitas. O ambiente é o conjunto de condições externas, que afectam o desenvolvimento e a vida do organismo, bem como os factores externos que afectam a pessoa para decidir a satisfação das suas necessidades ou auto-cuidado.

- Escola da interacção, sendo as suas mentoras Hildegard Peplau (1952), Josephine Paterson e Loretta Zderad (1961), Ida Orlando (1962), Joyer Travelsec (1964), Ernestine Wiedenbach (1965) e Imogene King (1968). Esta concepção tenta responder à questão: “Como é que as enfermeiras fazem aquilo que fazem?” Valoriza a interacção entre a pessoa e a enfermeira, devendo esta última possuir conhecimentos para avaliar as necessidades, efectuar um diagnóstico de enfermagem e planificar a intervenção. A integridade da pessoa deve ser mantida sendo esta capaz de identificar as suas necessidades, considerando a doença como uma experiência humana capaz de desencadear desenvolvimento a partir do momento em que se entenda o seu significado. Estes aspectos salientam a intuição e a subjectividade no cuidado de enfermagem. A ciência de enfermagem centra os seus cuidados na relação interpessoal e terapêutica, e a saúde é considerada como um processo dinâmico em que doença não é ausência de

saúde e/ou vice-versa. A pessoa é considerada como ser bio-psico-social-espiritual que se encontra em constante desenvolvimento.

- Escola dos resultados esperados com Lúdia Hall (1951), Dorothy Johnson (1958), Myra Levine (1967), Betty Neuman (1975) e Calista Roy (1991). Esta concepção tenta responder à questão: “Porque é que as enfermeiras fazem aquilo que fazem?” Considera que o objectivo dos cuidados de enfermagem é restabelecer um equilíbrio, uma estabilidade, uma homeostasia e preservar a energia. O objectivo dos cuidados passa pela adaptação do indivíduo e pelo equilíbrio dinâmico do sistema possibilitando saúde, qualidade de vida e uma morte digna. A pessoa é considerada como um sistema, um ser bio-psico-social em constante interacção com o meio e em mudança permanente. É um todo constituído por partes. O meio é formado por um grupo de factores interdependentes.

- Escola da promoção da saúde que tem como autora Moyra Allen (1993). Esta concepção tenta responder à questão: “O que fazem as enfermeiras?” Para esta autora, os cuidados de enfermagem têm como finalidade a promoção e manutenção da saúde, bem como o reforço e desenvolvimento da família, apoiando-a nos seus processos de aprendizagem. A prestação dos cuidados desenvolve-se por fases, tendo como finalidade identificar os problemas apresentados pela família. A saúde é apreendida na descoberta e participação activa, nomeadamente no seio da família. O meio é o lugar onde a saúde e o hábito de saúde são apreendidos.

- Escola do ser humano unitário. Tem como autoras Martha Rogers (1970), Margareth Newman (1976) e Rosennarie Rizo Parse (1981). Esta concepção tenta responder à questão: “A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?” Os cuidados de enfermagem, têm como finalidade, ajudar as pessoas, a encontrarem o máximo de bem-estar, dependendo do potencial de saúde de cada um, tendo como objectivo a promoção da interacção entre o homem e o ambiente. A enfermagem somente colabora com profissionais de outras disciplinas não desempenhando funções dependentes. Tem como responsabilidade orientar em função das opções disponíveis em relação ao processo de saúde, convocando todos os recursos individuais e/ou familiares. A enfermagem deve ajudar o indivíduo a tomar decisões de forma consciente e informado. A pessoa é um ser unificado, em que apresenta características, que são mais que o conjunto das suas partes, mas distintas delas. A saúde é um aspecto que varia consoante a pessoa e a cultura, tendo a ver com a realização e o bem-estar da pessoa. O ambiente e o homem estão em permanente intercâmbio de energia.

▪ Escola de 'Caring' (cuidar/cuidado), da qual são mentoras Leninger (1978) e Watson (1979). Esta concepção tenta responder à questão: "Como é que as enfermeiras fazem aquilo que fazem?" Esta escola instituiu o conceito de cuidados sendo a essência da disciplina de enfermagem, o cuidar significa o conjunto de acções que permitem ao enfermeiro descobrir os pequenos "nadas" que conduziram ao alerta para sinais de melhoria ou deterioração do estado da pessoa. É importante não esquecer que para se facilitar ou sustentar a saúde tem que se respeitar os valores, crenças, cultura e o modo de viver da pessoa. Para esta escola, o objectivo dos cuidados de enfermagem assenta em ajudar a pessoa a atingir a harmonia entre a alma, o corpo e o espírito. A pessoa é um ser que percebe e vive experiências ao longo do seu percurso de vida. Cada pessoa contempla uma visão diferente, própria e única do mundo que a rodeia, sendo difícil que outras pessoas tenham acesso a esse conhecimento, sendo possível apenas com uma relação de empatia que poderá vir a ser estabelecida. O conceito de saúde altera consoante a cultura de cada pessoa. O ambiente é formado pelo mundo físico material e espiritual, representando não só o meio que rodeia a pessoa mas também as forças do universo. É importante afirmar que para estas teóricas, o ambiente, é constituído por todos os aspectos que o indivíduo, o grupo cultural, está inserido, bem como a visão que estes têm do mundo.

Estas escolas com as diferentes concepções de enfermagem que preconizam inserem-se nos paradigmas de desenvolvimento da disciplina já referenciados no subcapítulo anterior.

Assim, a Escola do Ser Humano Unitário e a Escola do 'Caring' inserem-se no paradigma da transformação, tendo como alicerce a prática de enfermagem centrada na abertura para o mundo, enquanto as restantes serão fundamento a prática de cuidados centrada na pessoa, incluindo-se, portanto, no paradigma da integração.

É através dos modelos conceptuais que os enfermeiros fomentam o hábito de pensar e reflectir acerca da sua prática (André, 2001; cit. por Fernandes, 2007b). Estes *"não podem ser encarados como um fim em si mesmo mas como um veículo para nos questionarmos, tendo sempre como meta a atingir a criação de uma identidade, fonte de satisfação profissional que se projectará na qualidade dos cuidados prestados"* (Gandara e Lopes, 1992, p.127; cit. por Fernandes, 2007b, p.30).

A formação facilita a visibilidade dos saberes específicos e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão. A evolução deve-se ao sentimento de necessidade de se investir numa filosofia própria, numa matriz conceptual específica, que suportasse o

conhecimento disciplinar tradutor da identidade profissional da enfermagem (Fernandes, 2007a).

De acordo com Fernandes (2007a), a indefinição de uma concepção de cuidados pode constituir-se num sério obstáculo à qualidade da prática. Se não existir uma imagem partilhada, suficientemente explícita, sobre a representação prática da profissão no mundo do trabalho e no seio das equipas de saúde (cada enfermeiro acaba por trabalhar em direcções diferentes) e isto pode interferir: na actuação dos enfermeiros (poderão não estar a responder de acordo com as necessidades dos cidadãos); com a educação dos enfermeiros (não transmitem na evidência os resultados da utilização desta ou daquela concepção de cuidados, o que pode ser um dos motivos da sua desvalorização); na mudança social da imagem da profissão (na ausência de uma concepção de cuidados de enfermagem adequada à situação é difícil construir um padrão de cuidados de excelência); no poder da enfermagem como disciplina autónoma com um papel importante e necessário dentro da multi e interdisciplinaridade da equipa de saúde (porque não faz uso do saber disciplinar).

Segundo Lopes (2001) ao falarmos de enfermagem enquanto profissão teremos de questionarmo-nos se as nossas práticas respondem às necessidades das pessoas que cuidamos ou se respondemos às necessidades das instituições onde estamos inseridos. Para este autor é necessário, para atingirmos o estatuto de profissão, encarar os cuidados como o cumprimento dos direitos da pessoa.

Importa nesta altura, no nosso entender, para perceber a construção da identidade profissional dos enfermeiros, perceber os componentes que integram qualquer profissão. Assim, profissão refere-se a *“um grupo de actividades socialmente organizadas, caracterizadas por um controle do acesso, um corpo de normas deontológicas e uma qualificação específica”* (Dubar e Tripier, 1998; cit. por Abreu, 2007, p.20)

Pode entender-se que o que define um profissional são (Abraham Flexner, 1920, cit. por ICN, 2007): os conhecimentos, a especialização a responsabilidade intelectual e individual e a consciência de grupo bem desenvolvida.

Outro autor (Aballéa, 1998; cit. por Abreu, 2007, p.20) refere que uma profissão possui: *“Um objecto de atenção específico; Uma prática qualificada, suportada por uma avaliação creditada e consistente; Um conjunto de regras, designadamente de ordem deontológica; Um estatuto específico e reconhecido para os que a exercem; Garantias de controlo”*.

O reconhecimento da enfermagem como profissão, surge apenas no último século apesar das práticas de enfermagem serem conhecidas ao longo da história da humani-

dade – era reconhecida como uma forma de serviço comunitário, estando originalmente relacionada com um forte instinto de preservar e proteger a família (Donahue, 1995; cit. por Perry, 1999; cit. por Abreu, 2007). Este processo de profissionalização, segundo MacDonald (2002), coincidiu com o desenvolvimento de formação consistente, estandardização dos conteúdos profissionais e preocupações de ordem ética e deontológica (cit. por Abreu, 2007).

Actualmente, em Portugal, a enfermagem incorpora formação e regulação que a constitui como uma profissão. A regulação revela-se importante para o estatuto da profissão dos enfermeiros, o controlo das condições de trabalho e a defesa dos clientes, pelo estabelecimento dos padrões para a prática que garantem a segurança dos demais (Vieira, 2007). A legislação actual nacional e de regulação constituem-se de directrizes imprescindíveis pelas quais os profissionais de enfermagem norteiam o seu exercício profissional.

Entre os documentos de regulação temos o Decreto-Lei n.º 437/91 que aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem.

Posteriormente, no sentido da regulamentação da prática profissional foi criado o REPE (DL n.º 161/96 depois alterado pelo DL n.º 104/98) onde se encontram clarificados os conceitos, se caracterizam os cuidados de enfermagem, especifica as competências dos profissionais de enfermagem e define as responsabilidades e os direitos e deveres dos enfermeiros (Artigo 3.º). Foi constituído no sentido de garantir que o exercício profissional dos enfermeiros se desenvolva não só na salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da profissão, mas também de forma a proporcionar aos cidadãos cuidados de enfermagem de qualidade (Artigo 2.º) depois de reconhecido o significativo valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde na garantia da qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde (Artigo 1.º).

Pelo Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril, foi criada a Ordem dos Enfermeiros, como se lê no preâmbulo deste decreto-lei:

“Associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento de normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”

Como se depreende no que antes foi supracitado, foi criado o Código Deontológico do Enfermeiro – Cap. VI, Secção II do Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril no sentido de nortear a prática profissional do enfermeiro por princípios éticos e deontológicos e garantir o seu cumprimento.

“Um código deontológico é um conjunto articulado e coerente de deveres profissionais cujos autores se comprometem a cumpri-los. Estes deveres profissionais referem-se de uma maneira explícita a determinados conteúdos do agir profissional (...) indicam a forma de agir do enfermeiro. (...) Este é um meio de regulação da profissão” (Vieira, 2007,p.100).

A relação profissional dos enfermeiros com os utentes, no que se refere aos comportamentos, é regulada por este código que expressa a preocupação com a salvaguarda dos direitos humanos.

A existência de um conjunto de princípios éticos e deontológicos é condição essencial para qualquer processo de profissionalização.

Mais recentemente (2001) a Ordem dos enfermeiros definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com dois principais objectivos: a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais e a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros. No enquadramento conceptual deste são apresentadas definições de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, considerados como os pontos fulcrais para o exercício, conceitos estes que devem perseguir os enfermeiros para a concretização dos padrões de qualidades definidos na sua prática diária.

Em 2003 a Ordem dos Enfermeiros sentiu necessidade de definir as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais indo de encontro aos objectivos estabelecidos aquando da sua criação: *“definição do nível de qualificação profissional dos enfermeiros”* e *“regulamentação do exercício da profissão”* e tendo em conta a proposta do ICN para o esclarecimento de competências (DL 104/98; OE, 2004, p.3).

Segundo Amendoeira (2005), a enfermagem é actualmente uma profissão no sentido em que os enfermeiros, na sua prática quotidiana, mobilizam uma dimensão de trabalho técnico-intelectual, e fazem-no a partir de uma formação superior, enquadrada jurídica, ética e cientificamente e regulada pelo próprio grupo profissional.

A enfermagem como profissão que existe para responder às necessidades e expectativas das pessoas e das sociedades, procede à organização dos cuidados, de forma a responder às necessidades de cuidar e ser cuidado. O comportamento esperado dos enfermeiros enquadram-se em princípios e valores universais, tendo por referência o que a sociedade e os cidadãos necessitam, no respeito pelos direitos e valores da pessoa (Cerdeira, 2004). Pensar os deveres dos enfermeiros é, por um lado, pensar as suas responsabilidades, mas também ler os deveres dos enfermeiros, à luz dos efectivos direitos humanos (*Idem*).

Para se autonomizar como ciência humana, a enfermagem teve de se libertar das acções rotineiras ligadas às prescrições médicas, dando ênfase a aspectos que lhe são únicos e que a caracterizam, relacionados com a relação que se estabelece com o outro, conjuntamente com os sentimentos e tecnicidade que descrevem o seu desempenho (Neves, 2000; cit. por Fernandes, 2007b).

Torna-se imperioso, neste momento consolidar o *“monopólio das intervenções em enfermagem, no que respeita à dimensão autónoma reconhecida essencialmente pelo «público» com quem essa intervenção é prescrita, realizada e avaliada, a partir da ênfase da singularidade humana às situações singulares da vida”* (Amendoeira, 2005,p.7).

Os cuidados profissionais que os enfermeiros prestam à pessoa que deles necessita, são o que identifica a utilidade social da profissão (Sousa, 2006). Apesar do campo de intervenção da enfermagem não ter mudado, este tem hoje um enquadramento de maior abrangência decorrente de um maior nível de qualificação exigida (colocando os enfermeiros no mesmo patamar de competência científica e técnica que os restantes parceiros da equipa de saúde) e também pelos actuais instrumentos de regulação profissional, onde a autonomia e a responsabilidade profissional são um imperativo (*idem*).

Para a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2002, p.6-7):

“O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.”

Mais recentemente (OE, 2004), aquando da definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, á referido “cuidados de saúde interprofissionais” e não interdependentes. Perante a complexidade dos contextos de cuidados de saúde, das situações específicas de saúde e doença, da singularidade e individualidade de cada pessoa, sujeito de cuidados, questiona-se se uma abordagem monodisciplinar acorre a todas as dimensões (Amendoeira, 2005). A relevância da interprofissionalidade objectiva-se em que em cada situação em concreto, intervenha o profissional mais qualificado e competente para intervir. Isto exige a mudança do termo complementaridade para interprofissionalidade (*Idem*).

Perante esta conjectura, torna-se evidente *“que os diferentes profissionais se empenhem para atingir os objectivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência”* (Figueiredo, 1997, p.22).

A comunicação interdisciplinar torna-se crucial e isto no sentido de que se reconheçam as competências dos outros, que cada profissional assuma a responsabilidade dos seus actos e confie na integridade dos outros elementos da equipa (Kerouac, 1995; cit. por Figueiredo, 1997).

É a função autónoma da enfermagem que pode fazer com que esta seja reconhecida como essencial e única, sendo um *agir específico* em enfermagem o caminho obrigatório para a autonomia (Bento, 1997). É necessário que os enfermeiros e cada um sejam capazes de definir e assumir responsabilidades de decisão para além daquelas que assumem resultantes da autoridade e responsabilidade de outros. (*Idem*)

Nos dias de hoje, *“a enfermagem tem potencialidades para tornar-se na disciplina e profissão melhor preparada para lidar com a multidimensionalidade complexa do cuidado com as pessoas, se ocorrer a consolidação das identidades, numa perspectiva de interdisciplinaridade e interprofissionalidade”* (Amendoeira, 2005,p.7).

A enfermagem moderna assume a responsabilidade de desenvolver conhecimentos em todas as áreas de intervenção, como sendo: educação, investigação, gestão e prestação de cuidados, interligando-se com outras ciências sociais como a psicologia, a antropologia, entre outras (Pontes, 2002; cit. por Fernandes, 2007b).

Poderão ser considerados alguns factores que concorreram para as mudanças actuais na profissão de enfermagem em Portugal: a premência e reconhecimento de que as respostas em saúde passam por uma compreensão sobre os processos de saúde e doença, cada vez mais alicerçada num saber multifacetado apenas possível de ser garantido pelo reforço da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, a crescente capacidade de gestão e intervenção nos processos de saúde/doença que o desenvolvimento global da sociedade portuguesa permite hoje aos cidadãos e o percurso identitário que a enfermagem portuguesa construiu (e continua a construir) e realizou aproveitando as oportunidades e as dinâmicas sócio-políticas. (Sousa, 2006)

1.2. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão cujo fim principal é cuidar (Benner, 2005). O cuidar tem um papel preponderante no processo de recuperação, da cura e da promoção da saúde. *“O papel do enfermeiro é cuidar do outro, quer este esteja são ou doente e, como tal, é necessário que possua conhecimentos formais e científicos, vocação, elevado padrão moral e uma capacidade intuitiva e criativa marcante”* (Waldow, 1995; cit. por Fernandes, 2007b, p.39)

De acordo com Hesbeen (2000) o ‘cuidar’ é uma arte que implica a mobilização de conhecimentos gerais (adquiridos através da observação e experimentação) na prestação de cuidados a uma só pessoa. Parafraseando Wolf et al (1998), Fernandes (2007b), salienta que o cuidar faz parte da enfermagem como identidade profissional e inerentemente terapêutica, sendo que tem como intenção a melhoria das componentes físicas e emocionais pela promoção de sentimentos de segurança e tranquilidade no doente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2002, p.8): *“O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”*

Os enfermeiros: *“(...) são profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados”* (ICN, 2007, p.11). Nesta forma holística está implícito o cuidar, que valoriza a relação interpessoal, respeitando os valores e a cultura do doente, tendo como principal objectivo o auto-cuidado (Garrido, 2004). Para os enfermeiros é o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que constitui o objecto da sua competência. (Silva, 2007) Os cuidados de enfermagem são essencialmente dirigidos para a promoção do bem-estar das pessoas, para a ajuda na manutenção do equilíbrio com o meio, e, quando tal não for possível, ajudar a pessoa a ter uma morte serena (*Idem*).

O enfermeiro trabalha com pessoas, saudáveis e doentes, ao longo do seu ciclo de vida, e nos mais diversos ambientes: com alta tecnologia, como uma unidade de cuidados intensivos, ou num domicílio pobre em qualquer parte do país, utilizando-se como principal arma terapêutica e a relação que estabelece (Vieira, 2007)

“A enfermagem é a profissionalização do cuidar” (Roach; cit. por Paiva, 2006, p.115) Cuidar é considerada a palavra que sintetiza o campo de intervenção próprio dos

enfermeiros. A enfermagem focaliza-se na relação interpessoal com uma pessoa ou grupo de pessoas, tendo em conta os seus processos de transição (Pereira, 2006). No entanto, o cuidar acaba por ser um processo que o enfermeiro partilha com os outros profissionais de saúde, mas que se reveste, para este profissional, de contornos específicos (Ribeiro, 1995; cit. por Abreu, 2001):

“Como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e durações dificilmente são experienciadas por outros técnicos... a quantidade e qualidade do tempo dispendido são aspectos importantes” (Abreu, p.131).

Segundo Festas (1999, cit. por Fernandes, 2007b, p.40, 41), para implementar o Cuidar profissional em enfermagem, o enfermeiro necessita de desenvolver alguns aspectos:

“Revitalizar o sentido de cuidado das acções de enfermagem, integrando as competências necessárias a uma verdadeira relação de enfermagem; Investigar e divulgar o conhecimento o cuidar como base da enfermagem, fazendo os profissionais tomar consciência deste facto e da sua importância para o desenvolvimento da enfermagem; Dar visibilidade aos aspectos cuidadosos dos cuidados de enfermagem, de modo a transparecer para os doentes e/ou população a verdadeira dimensão dos cuidados que lhes são prestados e assumir o cuidar como a essência da prática de enfermagem, desenvolvendo todas as suas acções com base nesta perspectiva”.

Cuidar pode ser definido como um processo entre seres humanos (neste caso, enfermeiro e pessoa doente ou saudável), pressupondo um compromisso moral de protecção da dignidade humana e da preservação da própria humanidade (Watson, 2002).

Na dissertação de mestrado de Fernandes (2007b), onde estudou os factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros, ela considera cinco dimensões dos cuidados de enfermagem. Dos resultados obtidos com o desenvolvimento deste trabalho salientam-se que os enfermeiros valorizam maioritariamente as dimensões do cuidado ético e do cuidado técnico. As cinco dimensões do cuidar são as seguintes (p. 66 - 71): a dimensão relacional (disposição e atenção positiva ao doente), a dimensão compreensiva, a dimensão técnica, a dimensão comunicacional e a dimensão ética. *“Para cuidar de alguém tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento”* (Mayerhoff, citado por Watson, 2002, p.52).

O cuidar profissional do enfermeiro engloba comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas, processos ou padrões, que capacitam ou ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou manter uma condição ou estilo de vida saudável (Veiga, 2006).

O reconhecimento das competências, com a clara explicitação da prática de enfermagem é fundamental na visibilidade e definição do trabalho dos profissionais de enfermagem. Estas competências referem-se a um conjunto integrado de habilidades psicomotoras e comportamentos sócio - afectivos que permitam exercer, ao nível do desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, um tarefa ou uma actividade. Constituem-se das características de cada indivíduo, às suas potencialidades, habilidades, capacidade de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade, comportamentos estruturados e conhecimentos gerais e específicos.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...) Procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2002,p.6)

Afirmar o nosso saber significa ir até ao fim das nossas competências, traduzindo-se num envolvimento explícito, um compromisso social e profissional de proteger a saúde pública, de promover e desenvolver uma grande autonomia das pessoas, das famílias e comunidade em matéria de saúde (Queiroz, 2007). E esta afirmação do saber profissional do enfermeiro e o seu compromisso para com as pessoas passa por: (adaptado de Queiroz, 2007):

- Um reforço na complementaridade dos papéis médico e de enfermagem;
- Por um reconhecimento de uma maior imputabilidade (responsabilização e plena consciência das suas acções);
- Poder de acção aumentado;
- Reforçar as dimensões facilitadoras da relação de ajuda (respeitar os direitos das pessoas, promover a sua autonomia, actualizar os valores profissionais);
- Garantir a humanização dos cuidados e a contribuição para uma melhor qualidade de vida;
- Motivação pessoal e adquirida através de formação;
- Profissionalismo, ética e deontologia inerente à profissão, à bioética e aos direitos humanos;

- Condições de trabalho, acção política e solidariedade entre os profissionais.

Uma abordagem interessante que Benner (2005, p.167, referindo Skipper, 1965), refere no seu livro é a de *“é violentar a noção de cuidar (caring) quando se separa na nossa prática os conceitos relevantes acerca do que é «técnico» (papel instrumental) e do que é «psicológico» (papel expressivo)”*

Portanto, as várias dimensões que podem ser encaradas no cuidar, que se relacionam com as diversas competências, desde técnicas a relacionais, que o enfermeiro deve possuir, devem estar integradas e sempre em interligação permanente em todos os actos de cuidar profissional do enfermeiro. A competência do cuidar é o resultado de um processo dinâmico.

Parece evidente perceber que é pelo desempenho profissional e, portanto, pelos comportamentos adoptados no exercício prático, que os enfermeiros afirmam e mantêm a sua identidade profissional, tornando-se fundamental demonstrar claramente que a enfermagem cuida.

Os profissionais de enfermagem devem, assim, desenvolver práticas de cuidar, encarando-as como uma identidade própria e específica da enfermagem e como um prolongamento e crescimento do seu ser como profissional e não apenas como uma obrigação ou tarefa profissional (Bruton e Beaman, 2000; cit. por Fernandes, 2007b).

A natureza da profissão e daquilo que é o serviço que presta em termos sociais, torna a enfermagem uma disciplina orientada para a prática (Pereira, 2009). O mesmo autor referindo Meleis (2005), refere que nesta dimensão prática da disciplina está implícito o ‘conhecimento básico’ e o ‘conhecimento aplicado’, ou seja, *“conhecimento com potencial para promover a qualidade dos cuidados que prestamos aos clientes”* (Idem, p.18)

1.3. A PROBLEMÁTICA DA IDENTIDADE SOCIAL E REPRESENTAÇÃO

Representar, etimologicamente, traduz-se por *“ocupar a posição de, estar no lugar de”*, sendo que a acção de representar um objecto, um fenómeno, uma ideia poderá assemelhar-se a um símbolo ou a uma imagem que apresente esse objecto, fenómeno ou ideia. Por outro lado, significa também *“tornar presente, tornar consciente”*, sendo que nesta perspectiva o acto de representar será a reprodução mental de algo (Neves, 2002).

Torna-se importante na definição identitária dos enfermeiros compreender o que é que transparece ou o que é visível da metodologia de trabalho que orienta a prática

quotidiana do enfermeiro, sendo que as representações são causa e efeito das relações com o meio, tendo na base as expectativas, os interesses e as motivações, dando lugar ao agir social.

O conceito de representação nasceu com Durkheim, em 1895. Este autor fazia a distinção entre dois tipos de representações, as colectivas e as individuais, sendo que as individuais se baseavam na consciência de cada um, enquanto as colectivas tinham por alicerce a sociedade na sua totalidade designando uma vasta classe de formas mentais, de opiniões e de saberes sem distinção. Segundo este autor, as representações são constituídas pelas vidas colectivas e mentais dos indivíduos. As representações seriam subterfúgios exploratórios, inflexíveis a qualquer análise, sendo assim formas estáveis de compreensão colectiva, de regulação social (Cascais *et al.*, 2007).

Representações sociais são *“uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo em visão prática e concorrente à construção de uma realidade comum e simultaneamente social”* (Jodelet, cit. por Sousa, 1997) Reconhecem-se como um sistema de interpretações que regem a nossa relação com o mundo e com os outros, orienta e organiza as condutas e as comunicações sociais.

Esta é uma forma de conhecimento que implica a reprodução das características de um objecto, transmitindo uma verdadeira construção mental, e não o reflexo de sensações mentais, impressões que os objectos ou pessoas deixam na nossa consciência. Estas serão definidas, por uma parte, através de um conjunto de informações, opiniões, atitudes, etc. e, por outra, é a representação social de um sujeito (indivíduo, família, grupo,...) em relação a um outro sujeito, dependendo assim, da posição que os sujeitos ocupam na sociedade (Sousa, 1997).

A nossa relação com os outros é regulada pelas representações sociais, enquanto sistema de interpretação, bem como a orientação do nosso comportamento em sociedade, intervindo ainda em processos tão variados como a difusão e a assimilação de conhecimento, a construção de identidades pessoais e sociais, o comportamento intra e intergrupar, as acções de resistência e de mudança social (Cascais *et al.*, 2007).

É importante que não se confunda os conceitos de imagem, opinião, atitude, estereótipos, preconceito com o de representação social. Como fenómeno, as representações sociais apresentam-se como um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações, que se referem a um objecto ou a uma situação (Sousa, 1997).

A imagem que se constrói do grupo profissional dos enfermeiros, centrar-se-á no que é visível da profissão - a actuação dos enfermeiros -, tendo em conta a forma como

se desenvolvem os cuidados, o relacionamento com os utentes, as técnicas e o relacionamento com outros grupos profissionais (Diniz *et al.*, 2007).

A representação que o enfermeiro tem da profissão reflecte-se no seu agir, podendo considerar-se que esta permitirá orientar a imagem que os outros têm acerca destes profissionais (*Idem*).

“A identidade profissional é construída na intersecção de dois planos: o dos profissionais que se auto-reconhecem no desempenho de actividades como sendo da esfera do seu campo de intervenção e o plano do reconhecimento desse papel por parte dos outros que, não sendo enfermeiros, com eles se relacionam” (Pereira, 2006,p.1).

Podemos considerar que a evolução da profissão de enfermagem passou por dois momentos. Num primeiro período, a enfermagem é encarada como um conjunto de tarefas visíveis, efectuadas por um enfermeiro, desvalorizando-se o processo de raciocínio, enquanto posteriormente, num segundo período, e em consonância com as ideias de Florence Nightingale, muitas enfermeiras sentem a necessidade de redigir e publicar as suas ideias, explicitando o que fazem e porque o fazem, contribuindo para a demarcação da enfermagem como ciência autónoma (Roper, Logan e Tierney, cit por Fernandes, 2007b).

Segundo Fernandes (2007a), podem identificar-se dois processos identitários, isto é, neste sentido, dois pensamentos distintos e dominantes sobre os cuidados de enfermagem durante a evolução profissional da enfermagem. Um primeiro relaciona-se com a enfermeira como auxiliar do médico, sendo realçada a responsabilidade delegada pelo médico ao enfermeiro, na prestação diária de cuidados ao doente. Aqui não se vislumbra um conhecimento próprio da disciplina, mas apenas a descrição de um conjunto de habilidades que os enfermeiros deveriam conhecer para a prestação dos cuidados (os actos médicos delegados). O outro pensamento refere-se à utilização de uma filosofia própria de abordagem de cuidados à pessoa. É dada importância da responsabilidade autónoma da enfermagem, pelo bem-estar físico, psicológico e social do cidadão. Nos últimos tempos a enfermagem tem procurado “afirmar-se como ciência, demonstrando que possui um conteúdo funcional rico e útil que, por si só, a torna identificável e reconhecida na sociedade” (Fernandes, 2007b, p.29).

Conforme alguns autores, a enfermagem, enquanto disciplina e profissão não tem ainda a sua identidade profissional e social bem consolidada. *“Falar de identidade profissional dos enfermeiros significa falar do seu campo específico de actuação, da sua missão na sociedade (...) daquilo que faz com que um enfermeiro se reconheça como*

enfermeiro e seja reconhecido pela população com quem trabalha” (Pereira, 2006,p.1). Os enfermeiros continuam a “não ser reconhecidos – pelos utentes, pelos médicos, pessoal administrativo, e por vezes mesmo pelos próprios colegas, pelo trabalho importante e difícil que fazem, nem pelas responsabilidades que assumem” (Benner, 2005,p. 185).

Ao falarmos de identidade, falamos sobretudo de identidade profissional, isto é, como é que os enfermeiros vêm a sua profissão e concretamente a sua prestação de cuidados (Palma e Santos, 2002). A identidade profissional pode ser definida como a imagem que um indivíduo possui de si próprio, enquanto profissional (Garrido, 2004). Numa visão sociológica, ela forma-se sobretudo através de processos sociais e reconstitui-se igualmente, a partir das interações sociais (Abreu, 2001; cit. por Garrido, 2004). Assim, os processos sociais que condicionam as identidades são determinados pelas estruturas sociais e pelo seu funcionamento, isto é, pelos contextos organizacionais e técnicos de concretização do trabalho.

Ao falarmos de identidade social, falamos relativamente com a pessoa, ou seja (supostamente e idealmente) o centro do sistema de cuidados (Palma e Santos, 2002).

Os constructos da identidade social e profissional não são definitivos nem estáticos - encontram-se em permanente evolução. Evoluem ao longo da história e da vida e constroem-se através de escolhas mais ou menos consistentes, que lhe vão conferir novas orientações e significações (Abreu, 2001).

A identidade social e profissional encontram-se em permanente evolução, e também as identidades profissionais dos enfermeiros, tal como a conhecemos hoje, foram produto de um longo produto de evolução histórico, marcado por avanços e recuos, sempre enquadrados pelos contextos sociais em que se desenvolveram. (Abreu, 2001; cit. por Palma e Santos, 2002) *“A enfermagem é das profissões que mais têm evoluído no processo identitário e representatividade social, de forma estratégica e persistente (...) promovendo-se como profissão autónoma, pelo seu desenvolvimento como ciência e mestria, acentuando o seu desempenho através da formação contínua dos seus profissionais”* (Abreu, 1997; cit. por Garrido, 2004, p.35).

Watson (2002, p.46) salienta que:

“Há uma falta de consciência pública acerca da enfermagem e dos seus diversos talentos e contribuições que, combinados com a confusão interna da enfermagem e os seus debates, perpetua e influencia o status quo dos estereótipos da enfermagem. A mudança virá quando a enfermagem e os enfermeiros estiverem directamente alinhados com o povo que eles servem. A profissão de enfermagem tem de examinar a

sua identidade, as suas fronteiras, a sua maturidade, os seus paradigmas, a sua educação e os seus modelos de prática”.

Pese embora, permanece ainda urgente nos dias de hoje, que a enfermagem desenvolva e invista na consolidação da sua identidade social e profissional que permita uma efectiva afirmação da enfermagem como disciplina e profissão. E isto passará pela definição do objecto de interesse da disciplina e limites do campo de acção da profissão. Passará pela consciência consistente de que todos os profissionais de enfermagem saibam responder claramente às questões: ‘o que faço?’, ‘para que faço?’ e ‘para que faço?’ e que os utilizadores dos cuidados de enfermagem tenham respostas a estas questões em consonância.

1.3.1. A problematização das questões da identidade

Os resultados deste tipo de trabalhos, proporcionam importantes elementos para a reflexão da nossa prática profissional. Permitem o conhecimento dos profissionais de saúde em relação a determinados aspectos da sua prática profissional e a consequente melhoria de cuidados prestados aos usuários.

De seguida apresentamos alguns dos estudos consultados que apoiam a fundamentação teórica e a pertinência da temática em estudo. Os estudos que a seguir se apresentam integram as representações dos enfermeiros ou dos cuidados de enfermagem, bem como aspectos que se relacionam com a identidade profissional e percepções acerca dos enfermeiros. Apontam para a produção e/ou mobilização dos conhecimentos dos enfermeiros na sua prática profissional, para a importância da formação inicial e para a identidade social e/ou profissional dos enfermeiros ou dos cuidados de enfermagem.

Através de um estudo quantitativo, experimental e descritivo, pela aplicação de um questionário a uma amostra aleatória representativa do universo, Paim et al. (2001) pretenderam identificar a imagem social do enfermeiro na ilha terceira. Este trabalho pretendeu abranger diferentes áreas que se relacionam com o enfermeiro e os cuidados de enfermagem, nomeadamente: definição de enfermeiro, formação necessária para ser enfermeiro e quem deve exercer enfermagem, qualidades atribuídas aos enfermeiros, atitudes do enfermeiro no seu relacionamento com o doente, competência profissional, funções atribuídas ao enfermeiro, forma de aquisição do conceito de enfermagem, enfermagem é uma profissão de risco, direitos do enfermeiro e deveres do enfermeiro. As principais conclusões foram que esta população vê o enfermeiro como aquele que presta

cuidados directos ao utente e que deve cuidar dele com elevada competência humana e técnica, vendo-o essencialmente como enfermeiro de cuidados diferenciados. Ainda, mais do que a componente técnico-científica, é valorizado sobretudo as qualidades e atitudes humanizadas.

Basto e Portilheiro (2003) desenvolveram um estudo de natureza etnográfica onde as investigadoras pretendiam tornar visíveis as práticas dos enfermeiros a trabalhar em centros de saúde (da sub-região de saúde de Lisboa), clarificando a sua orientação para a prática pela identificação do foco de atenção dos enfermeiros, o objectivo dos cuidados, as funções, o modo de actuação, alguns valores de vida, o conceito de ambiente e o conceito de saúde. De entre as conclusões encontradas temos que diferentes concepções de cuidados de enfermagem coexistem na actualidade. Este trabalho intitula-se: Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros.

Rebelo (1996) desenvolve o trabalho: Os discursos nas práticas dos cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. Foram escolhidos diferentes contextos para o desenvolvimento deste estudo de natureza qualitativo: uma Unidade de Cuidados Intensivos, uma Medicina e um Centro de Saúde). O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista a enfermeiros que trabalham nestes contextos. A abordagem incidiu sobre as relações com a profissão e a enfermagem, as práticas desenvolvidas em contextos reais, as relações com o saber e o modo como perspectivam o contributo da enfermagem na produção de cuidados de saúde. Concluiu neste estudo que existem diferentes representações da enfermagem, sobretudo no que se relaciona com a participação dos enfermeiros na tomada de decisão a vários níveis e não tanto em função da presença/ausência de tecnologias. Salienta que é a estrutura das relações sócio - técnicas e de organização de trabalho que influencia e orienta a prestação de cuidados.

Bento (1997), no trabalho: Cuidados e Formação em Enfermagem: que identidade? estudou a construção da identidade dos cuidados, na formação inicial em enfermagem, colhendo informações junto dos estudantes. Resultante deste estudo salienta-se que os alunos valorizam mais a prática. Pese embora, adoptam nos contextos modelos diferentes, sendo que estes são modelos diferentes dos que aprende na teoria. Os alunos (Bento, 1997, p.138):

“ (...) Constroem uma identidade dos cuidados que se traduz num ‘modo de fazer’ enfermagem, próximo de um modelo em que o foco de enfermagem é o mal-estar e a doença física e os cuidados desenvolvem-se de acordo com as rotinas mais ou menos estabelecidas. Modelo este de que parecem apropriar-se (de acordo com o que

descrevem) essencialmente nos estágios de forma incidental, por imitação/repetição de experiências observadas. Fazem o que vêem fazer, como vêem fazer”

Carapinheiro (2005) no seu estudo sociológico que desenvolveu em 1998, – Saberes e Poderes no Hospital – apesar de ter os médicos com um lugar central na pesquisa, a identidade e o papel profissional dos enfermeiros é também abordada. Neste olhar, esta é uma questão problemática e que encerra contradições. É reconhecido aos enfermeiros um papel psicossocial como papel dominante da sua prática profissional e ao qual, os enfermeiros associam a autonomia profissional, contrapondo-se o facto, do seu estatuto social estar associado à execução objectiva dos cuidados. Segundo a investigadora neste estudo, o domínio crescente da tecnologia inerente à racionalização do acto médico e as reconhecidas competências de enfermagem no controlo de processos técnicos, tendem a agravar a posição de dependência deste em relação aos médicos e não o contrário. Segundo esta autora ainda, os enfermeiros recusam a ideia do exercício por vocação (como missão), e apontam como estratégia para a revalorização profissional, uma orientação ideológica humanitária. O controlo da formação, das carreiras, a organização do trabalho de enfermagem, a rotatividade dos enfermeiros nos serviços, a resistências às rotinas e o fazer aceitar a inovação seriam estratégias para a consolidação da identidade dos enfermeiros.

O estudo, de multicasos - Identidade, Formação e Trabalho: da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros - desenvolvido por Abreu (2001) pretendeu compreender a forma como os alunos formam a sua identidade profissional de base na escola e, como depois, como enfermeiros, a transformam no exercício profissional. Das conclusões a que este investigador chegou, temos como mais curiosas:

- O desenvolvimento de competências surge pela interpretação de saberes com base na ‘mobilização de ferramentas culturais’, consideradas como património sócio-cultural colectivos;
- O processo de definição de si, como enfermeiros, está dependente do mundo vivido nos contextos, com os seus pares e também com outros profissionais – os médicos;
- Os enfermeiros avaliam-se a eles próprios a partir dos seus mapas cognitivos mas também pela forma como entendem que os outros os avaliam através de comparações socioprofissionais;
- As formas identitárias dos enfermeiros surgem como compromisso entre os condicionamentos externos e a necessidade de aceder a uma distintividade socioprofissional positiva, através da diferenciação face às ideologias subjacentes à assistência e face aos profissionais médicos.

‘Enfermeiro: que conceito?’ foi um trabalho desenvolvido a partir da aplicação de um questionário misto a uma população que recorreu ao serviço de emergência pediátrica do Hospital Pedro Hispano num determinado período de tempo por Pinto, *et al.* (2002). Da análise dos dados recolhidos emergiram categorias: a relação de ajuda; a competência e responsabilidade; conhecimento científico; prestação de cuidados; auxiliar do médico. Após o desenvolvimento deste trabalho, os investigadores formularam algumas questões que me parecem pertinentes no sentido em que fomentam a reflexão identitária social e profissional, entre as quais: ‘*Seremos nós substitutos de alguém?*’; ‘*Desempenharemos funções que não nos competem?*’; ‘*Transmitiremos uma imagem deturpada do que é ser enfermeiro?*’; ‘*Seremos capazes de mudar os conceitos da sociedade a nosso respeito?*’

Serra (2008), produz um trabalho com o objectivo de compreender o modo como os estudantes de enfermagem estruturam a sua identidade profissional. Trata-se de um estudo de cariz qualitativo, etnográfico, onde se procurou esclarecer as identidades profissionais da profissão de enfermagem e o seu processo de construção do ponto de vista histórico, os discursos e as práticas no contexto do ensino em enfermagem, e a experiência vivida pelos estudantes de enfermagem.

Ferreira (2003), desenvolveu o trabalho intitulado: O olhar dos enfermeiros sobre a profissão: um estudo de representações sociais. Tendo por base propósitos de índole qualitativa e de índole quantitativa, e à luz da teoria das representações sociais, procurou-se conhecer as representações que os enfermeiros têm acerca da sua profissão, ou, de um modo mais específico, analisar o modo como os enfermeiros, que trabalham em meio hospitalar, percebem a profissão e os profissionais de enfermagem. Inicialmente foram realizadas entrevistas a uma amostra de enfermeiros. A partir daqui surgiram categorias que serviram posteriormente para a construção do Questionário de Competências profissionais do Enfermeiro e na Escala de Características Pessoais do Enfermeiro. As principais conclusões que emergiram deste estudo relacionam-se com a importância da motivação e da relação de ajuda na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e que o ser sensível às necessidades do utente e o ser interessado pelo seu trabalho são características imprescindíveis a um enfermeiro competente.

Lopes (2001) - Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações -, foi um estudo desenvolvido em hospitais distritais, de natureza descritiva e exploratória, tendo por intenção conhecer as características que

possuem as concepções de enfermagem dos enfermeiros que prestam cuidados há mais de cinco anos. Evidenciou uma tendência na orientação para o cuidar.

A percepção da identidade profissional e social do enfermeiro será, em grande medida, constituída pela imagem que é exteriorizada. Em muitos dos estudos apresentados considera-se que, presentemente, ainda parece que a imagem tida pela população acerca da profissão de enfermagem ainda não estão devidamente esclarecida, visto a sua própria construção estar submetida à influência de vários factores, quer internos, próprios de cada indivíduo, quer externos característicos de cada população ou cultura. Em todas as culturas criam-se normas de comportamento social, que se reflectem nos usos e costumes, na forma de raciocinar, nas interpretações do quotidiano e nos valores predominantes.

CAPÍTULO 2:

QUALIDADE EM SAÚDE E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Antes de mais, importa salientar que neste capítulo não pretendemos uma abordagem aprofundada aos conceitos de qualidade em saúde e satisfação dos clientes, mas apenas fazer um breve enquadramento teórico e tendo em conta os cuidados e a prática de enfermagem.

Actualmente a qualidade dos serviços que prestamos, bem como a avaliação dos mesmos são alvo das preocupações políticas, económicas e de gestão. Urge que esta noção e avaliação da qualidade dos cuidados se imponham não só na perspectiva dos prestadores de cuidados, mas também na perspectiva dos consumidores de cuidados.

O conceito de qualidade em saúde foi sendo objecto de evolução ao longo dos tempos. A ideia de qualidade prevaleceu durante muito tempo associado ao controlo da qualidade industrial, após a 2.^a Guerra Mundial, sendo que aqui se entendia a qualidade com a execução das coisas certas logo à primeira vez e sem defeitos. Este conceito foi evoluindo, introduzindo-se outros aspectos, nomeadamente a adequação ao uso, sendo acrescentadas dimensões relativas aos clientes e à avaliação – o produto que se vendia seria um produto com qualidade. Após esta fase, emergiu a necessidade de orientar esta noção de qualidade para o atendimento às reais necessidades dos clientes, bem como a antecipação das suas necessidades e tentando exceder as suas expectativas. Isto verificou-se a partir da década de oitenta, sendo que a tónica estaria na garantia da qualidade. Na década seguinte verificámos um desenvolvimento do conceito de garantia para o conceito de melhoria da qualidade. Actualmente, encontramos-nos numa fase de promoção e desenvolvimento contínuo no âmbito da qualidade em saúde. (Mezomo, 2001, cit. por Pereira, 2009).

Na década de noventa, a Organização Mundial de Saúde (cit. por Bernardo, 2000) preconizou a qualidade como a palavra-chave para os serviços de saúde, constituindo-se por cinco orientações básicas: um alto grau de excelência profissional, um uso eficiente dos recursos, risco mínimo para o paciente, alta satisfação por parte do paciente e impacto na saúde global.

Qualidade pode ser percebida como a excelência (Cunha, 2004), ou como a perfeição, como o que há de melhor (Hesbeen, 2001). No entanto, o que devemos procurar é perceber a qualidade como um contínuo entre a mediocridade e a excelência (L.Giacometti, 1992, cit. por *Idem*), considerando-a uma linha em permanente evolução. Consiste num valor complexo que diz respeito à satisfação das necessidades do cliente,

sejam elas expressas ou implícitas (*Ididem*). Nos dias de hoje, os programas de qualidade em saúde têm como filosofia subjacente inclui o conceito de melhoria e acrescenta a noção de continuidade, envolvendo todos e cada um dos intervenientes do processo, sendo esta uma realidade dinâmica e progressiva (Pereira, 2009).

Segundo Donabedian citado por Bulhões (2004, p.223) a qualidade em saúde consiste na *“capacidade de prestação de cuidados de saúde capazes de satisfazer as necessidades dos pacientes, mediante a utilização de conhecimentos profissionais actualizados e dos recursos disponíveis no momento”*. O conceito de qualidade em saúde é ainda, um produto da interacção de dois factores – *“um é a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, e, o segundo é a aplicação desse conhecimento e tecnologia na prática”* Donabedian (2003), sob a acção de um conjunto de condições envolventes (cit. por Pereira, 2009, p.63). Seguindo o pensamento deste autor, a qualidade em saúde resulta assim da combinatória entre as condições envolventes às componentes técnicas e científicas, que serão a relação interpessoal que se estabelece entre cuidadores e pessoas cuidadas, e as componentes ambientais do contexto onde ocorrem os cuidados. (*Idem*).

Seguindo a teoria de Donabedian (cit. por Bulhões, 2004), um dos pioneiros da avaliação da qualidade em saúde, a qualidade depende de três condições: *as estruturas*, que se relacionam com os recursos humanos, a planta física, os equipamentos e as fontes financeiras; *os processos*, que abrangem a qualidade dos dispositivos, a fixação, o controle da aplicação e correcção de padrões para métodos diagnósticos e terapêuticos; e, por fim, *os resultados* que englobam a satisfação dos clientes, as taxas de mortalidade, de complicações e recidivas.

Na construção operacional do conceito de qualidade em saúde, restam ainda salientar os seus quatro pilares (Donabedian, 2003, cit. por Pereira, 2009,p.63-65):

- A eficácia, que representa a capacidade das ciências e tecnologias da saúde em promoverem melhoria no estado de saúde;
- A efectividade, que incorpora os processos de análise da adequação das intervenções terapêuticas implementadas, comparando os resultados obtidos e os resultados das evidências empíricas;
- A eficiência, representa a maximização dos resultados obtidos em saúde com os menores custos. Aqui se inclui a eficiência clínica, a produtividade, a eficiência distributiva;
- A adequação. Esta reporta-se a um conjunto de categorias de factores considerados como dimensões independentes na operacionalização da qualidade

em saúde, enquanto os três aspectos anteriormente citados se referem à componente técnica e científica da definição conceptual da qualidade. A adequação é a *“conformidade dos cuidados de saúde prestados, em tempo útil, de acordo com as necessidades dos clientes e em condições que respeitem as crenças, os desejos e os valores de natureza individual de cada cliente”* (p.65). Esta incorpora a pertinência, a acessibilidade, a continuidade dos cuidados e a coordenação entre serviços.

Apresentaram-se alguns aspectos que operacionalizam o conceito de qualidade em saúde, sendo este um conceito complexo e multidimensional. A abordagem desenvolvida por Donadedian (2003, cit. por Pereira, 2009) salienta que para o sucesso da qualidade em saúde é imprescindível o compromisso de efectivo, genuíno e persistente de cada profissional, baseado em valores de éticos e deontológicos. A *“qualidade em saúde reveste-se de uma construção colectiva e resultado da competência individual de cada um”* (Leprohon, 2001, cit. por *Idem*, p. 63).

A prática de cuidados de qualidade requer atenção e respeito pelas pessoas. É ainda necessária uma utilização coerente e adequada dos recursos, que se encontre inserida num contexto político, económico e organizacional.

Pese embora a operacionalização do conceito de qualidade em saúde, Hesbeen (2001) reflecte sobre a dificuldade de clarificar o conceito de qualidade dos cuidados, dada a complexidade de vivências que experienciamos na nossa prática diária, sendo que o conteúdo do exercício profissional dos enfermeiros é muito diverso, muitas vezes pouco observável e mensurável e pouco aparatoso, cheia de ‘pequenas coisas’ mas se tornam enormes em algumas circunstâncias da vida das pessoas. O seu esboço de definição da qualidade dos cuidados, parece-nos integradora e englobante dos aspectos antes referidos.

“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam, alcancem a saúde. Ele requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados.” (Hesbeen, 2001, p.52)

Ao longo dos tempos tem havido uma evolução a nível da valorização de determinados aspectos em detrimento de outros nas questões da avaliação da qualidade em saúde. Os primeiros trabalhos debruçaram-se sobretudo acerca dos aspectos

estruturais e de processo, nomeadamente no que se refere à estrutura hospitalar e ao processo de cuidados, sendo que mais recentemente a tónica tem estado nos resultados, nomeadamente os custos, demora média de internamento, mortalidade e satisfação dos doentes (Amaral, 2010).

No que respeita à enfermagem, estes estudos dirigem-se à satisfação dos enfermeiros, até cerca de meados dos anos noventa (*Idem*). A partir daqui, devido aos trabalhos da *American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care*, a tónica altera-se contemplando a conexão entre os resultados obtidos nos doentes com a estrutura organizacional, com os cuidados de saúde que lhes são prestados e com algumas variáveis dos próprios doentes (Mitchell e tal., 1998, cit. por Amaral, 2010). Os resultados destes estudos identificaram cinco áreas importantes de resultados que podem ser associados aos cuidados de enfermagem: “*realização de autocuidados apropriados; demonstração de comportamentos promotores da saúde; qualidade de vida relacionada com a saúde; percepção do doente de ser bem cuidado; e gestão de sintomas*” (*Idem*, p.98)

Em Portugal desde a década de oitenta que tem havido iniciativas formais relativas à qualidade em saúde. Tem havido uma preocupação e valorização crescente da qualidade, o que fica atestado por organismos nacionais como o é o Instituto da Qualidade em Saúde (Pereira, 2009). Relativamente aos cuidados de enfermagem, no início da década de noventa, foi desenvolvido nalguns hospitais o Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH), no âmbito da Direcção Geral de Saúde, e centrado nas questões dos processos (*Idem*).

Segundo Bulhões (2004, p.224) “*A qualidade é um assunto de todos*”, é o trabalho de cada um no seu sector de actividade e o trabalho em conjunto de todos. Neste sentido, é visível que a qualidade em saúde não se atinge apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou oculto nos esforços para atingir qualidade em saúde. É necessário ver a instituição como um todo, em que funções diferenciadas são distribuídas por vários actores (médicos, enfermeiros, gestores, entre outros) e que os esforços devem ser coordenados e em convergência (*Idem*).

Hesbeen (2001), tendo em conta a sua concepção de qualidade dos cuidados, define *elementos determinantes da qualidade*, sendo que estes serão os elementos que contribuirão para a produção de um resultado. Estes elementos determinantes da qualidade encontram-se distribuídos no que o autor denomina por *classes dos elementos determinantes*. São sete estas classes definidas pelo autor, sem qualquer ordem

hierárquica, na medida em que todos os aspectos de interligam e são importantes para a qualidade dos cuidados, que a seguir se apresentam: *“aspectos políticos e económicos; organização concreta das estruturas; reflexões filosóficas e conhecimentos técnicos e científicos; formação dos profissionais; desempenho e competência dos actores; a pessoa que recebe cuidados e a sua família; os métodos de colheita de informação sobre as práticas e processos de avaliação”* (p.58)

Sabemos no entanto, que as metas que buscamos para a prestação de cuidados de excelência, não depende efectivamente apenas dos enfermeiros nem das suas boas práticas, mas também da sua importância dentro das organizações de saúde. A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e um conceito multidimensional que inclui termos como a eficácia, a eficiência, a qualidade técnico-profissional, a satisfação e a adequação dos cuidados às necessidades dos utentes. A qualidade em saúde pode ser entendida como forma de estar, de conviver e de actuar, no sentido de haver uma procura permanente de obtenção de melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada elemento interveniente no processo. O cliente/família/comunidade é o centro de todo o processo - é para ele que existimos (Bernardo, 2000). E porque os cuidados têm que fazer sentido tanto para quem os presta, como para quem é o objecto desses mesmos cuidados, estes têm que estar instruídos numa dimensão ética em que o outro é respeitado como pessoa autónoma.

A qualidade dos cuidados de saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto conceitos mais abrangentes, são obrigatoriamente influenciados pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Pereira, 2009). A qualidade do exercício profissional representa *“um conjunto de atributos dos cuidados de enfermagem definidos a partir dos resultados verificados nos clientes e de elementos organizacionais, que contribuem para a adequação dos cuidados prestados pelos enfermeiros numa óptica de melhoria contínua”* (Direcção da Qualidade do Exercício da Ordem dos Enfermeiros e Enfermeiras do Québec, cit. por Leprohon, 2001 *apud* Pereira, 2009)

O papel de Enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde percorre caminhos muito vastos que atravessam todo o ciclo vital. A Enfermagem sofreu nas últimas décadas um notável avanço, sendo que este atravessou também várias dimensões sociais, políticas, culturais, filosóficas, económicas e tecnológicos, muitas vezes conturbadas. No entanto, o nosso objecto manteve-se o mesmo; é a pessoa humana com toda a sua vulnerabilidade e individualidade que constitui o centro de acção na profissão de Enfermagem.

Com a criação da entidade reguladora da profissão - a Ordem dos Enfermeiros Portugueses - acresce a oportunidade de que esta possa contribuir efectivamente tanto para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão, como também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. A definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem traduz-se num duplo desafio: ora na melhoria dos cuidados de enfermagem a oferecer aos cidadãos, ora na reflexão do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

O hábito de reflexão e do pensamento crítico são pré-requisito desejável para uma prática de enfermagem profissional, avançada, humana, ética, moral, deontológica, competente e actual. Este torna-se fundamental para um desenvolvimento profissional e crescimento sustentado e sólido.

A criação de sistemas de qualidade é uma exigência actual e preconizada, tanto por instâncias internacionais (como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros), quer por organismos nacionais (como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde). A criação de sistemas de qualidade é uma acção prioritária, mas não só para os profissionais de enfermagem, mas também pelas outras classes profissionais, actores no sistema de saúde, na medida em que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, como já referimos anteriormente (OE, 2002). A Ordem dos Enfermeiros Portugueses elaborou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no sentido de explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão no sentido de precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. É o caminho a percorrer na procura da excelência do exercício profissional, assegurando aos clientes um nível aceitável e desejável de cuidados (*Idem*).

A definição dos Padrões de Qualidade assume-se de uma forma geral como vital para o exercício profissional de enfermagem, e em particular para as organizações de saúde, uma vez que permite percorrer o caminho da excelência do exercício profissional dos enfermeiros. Com a criação de Padrões de Qualidade é possível desenvolver programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os Padrões da Qualidade têm dado muitos contributos para a enfermagem, nomeadamente: para a centralidade dos cuidados, no que diz respeito a direccionar a prática para as necessidades dos cidadãos e para o incremento da autonomia, responsabilidade e desenvolvimento profissional. Permitiram uma maior valorização da tomada de decisão em enfermagem e a uma construção de uma identidade profissional (Almeida, 2006).

De acordo com Nunes (2004, p.3),

“Os cuidados são marcados pelas concepções, as crenças e os valores, tanto dos que têm necessidade de procurar cuidados como dos que o prestam. E porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aqueles a quem são prestados, coloca-se, de forma assaz pertinente, a questão da participação na decisão”.

É fundamental que enfermagem evolua e que desenvolva capacidades reflexivas e competências de concepção, de modo a que os enfermeiros exerçam a sua profissão com qualidade e de acordo com as exigências definidas nos padrões e nas normas de qualidade.

Os Padrões de Qualidade levam à compreensão do mandato social dos enfermeiros, contribuindo para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, mostrando a importância e imprescindibilidade da profissão. E isto no sentido em que concorrem para a identificação e valorização das áreas de intervenção autónoma dos enfermeiros, ajudando-os a enquadrarem as suas tomadas de decisão e a promoverem o seu desenvolvimento profissional no sentido da procura constante da excelência do seu exercício (Almeida, 2006).

Foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros seis categorias de enunciados descritivos de qualidade de exercício profissional, com o intuito que os mesmos constituam um instrumento que ajudem a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos, e permitem definir indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estas categorias são: *a satisfação dos clientes; a promoção da saúde; a prevenção das complicações; o bem-estar; o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem*. Assim, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro:

- Persegue os mais altos níveis de satisfação dos clientes;
- Ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
- Previne complicações para a saúde dos clientes;
- Maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- Conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde;
- Contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Cuidados de excelência tornam a profissão de enfermagem mais autónoma e credível. Para esta excelência concorrem a valorização dos cuidados de enfermagem,

não só pelo enfermeiro, mas também por outros técnicos e pelos cidadãos em geral. É necessário que os enfermeiros tenham uma conduta que desenvolva a estrutura conceptual da profissão e preservem os direitos dos cidadãos no sentido da excelência em cuidados de enfermagem e saúde. A autonomia técnica, científica e o corpo de competências são condições para a participação qualificada na tomada de decisão e na garantia da excelência.

Para ser excelente, o cuidado deve ultrapassar as circunstâncias do possível e pretender um patamar mais elevado (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Pode entender-se como o humanamente desejável para todo o acto de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve, fundamentando-se no direito que as pessoas têm ao cuidado, e sendo que este cuidado se concretiza com cuidados excelentes (*Idem*). Pode associar-se, assim, a este conceito de excelência uma ideia de nível superior da prestação de cuidados considerado como universalmente bom - um patamar de cuidar, superior ao nível que as circunstâncias conjunturais da qualidade (decorrente das condições concretas de cada organização de saúde) muitas vezes impõem. Excelência é uma procura constante, um caminho. Perante cada pessoa que temos à nossa frente precisamos de agir e o que é exigível a cada um de nós é um agir/cuidado devido, com a preocupação de atingir progressivamente um nível elevado de proficiência, respeitando as normas de boas práticas e as deontológicas, perante as necessidades e os direitos concretos das pessoas (indivíduo/família/grupos/comunidade) a quem prestamos cuidados (*Ibidem*).

Relacionado com o conceito de excelência, mas neste caso, com a excelência do exercício profissional, está consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 104/98), no Artigo 88.º - Da Excelência do Exercício, que o enfermeiro procura a excelência do exercício em todo o acto profissional. Refere-se ao dever do enfermeiro procurar a excelência do exercício em todo o acto profissional, garantido que a qualidade é assegurada nos cuidados que prestamos e que delegamos e assumindo a responsabilidade pelos mesmos e simultaneamente enfatiza a necessidade de o enfermeiro assegurar por todos os meios ao seu alcance as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia. Perante a análise de cada uma das alíneas estabelecidas neste artigo do código podemos elencar um conjunto de ideias que concretizam o ideal (e possível) na procura da excelência nos cuidados de enfermagem. Na medida em que consideramos que estas alíneas concretizam as definições do conceito de qualidade em saúde e qualidade dos cuidados, englobando as componentes técnico-científicas do profissional, a pessoa, e os aspectos económicos e organizacionais, vamos enumerá-las:

“a. Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b. Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c. Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; d. Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados; e. Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos; f. Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.”

Já foi referido anteriormente a importância do consumidor de cuidados aliada aos constituintes da qualidade em saúde, sendo que, numa perspectiva local dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a satisfação dos clientes é um objectivo a concretizar na prática profissional de qualidade. Donabedian (1992, cit. por Pego, 1998), releva a importância da satisfação dos doentes como uma componente importante em todas as etapas da qualidade. O interesse das necessidades da pessoa no âmbito da qualidade, com a preocupação de atender às suas reais necessidades só surgiu na década de oitenta. A valorização do papel de consumidores de cuidados de saúde relaciona-se com factores de ordem económica e factores de ordem social, na medida em que as pessoas apresentam actualmente mais sensibilidade para as questões de saúde, exigindo melhores cuidados, bem como a emergência da participação mais activa dos cidadãos (Monteiro, 2000).

“Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2002, p. 7).

A satisfação dos utentes deve constituir uma meta na prestação de cuidados de saúde. Pode também ser percebida como um meio para a consecução da qualidade dos cuidados de saúde, um resultado dos cuidados prestados, um indicador sobre diversos aspectos dos cuidados, nomeadamente áreas de excelência ou aspectos a corrigir e ainda a expressão de variáveis pessoais da pessoa, consumidora de cuidados (Monteiro, 2000).

Conhecer o grau de satisfação dos utentes é tão importante quanto um óptimo planeamento dos serviços de saúde no caminho da excelência profissional. (Fernandes, Seco e Queirós, 2009). Os utentes são o elemento principal do sistema de saúde, pelo

que os profissionais de saúde e o sistema de saúde terão que ir ao encontro das suas necessidades e expectativas (*Idem*).

Para que a qualidade da prática de cuidados (em particular Enfermagem) não seja definida e apreciada em bases erróneas

“É urgente que comecem a revelar o conteúdo real e o sentido da arte de cuidar e o que ela tem de específico [...] Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde” Hesbeen (2001, p.43, 52).

Os profissionais de enfermagem exercem uma importância e influência particular na satisfação do utente hospitalizado, pelo papel central que assumem na prestação de cuidados a nível das instituições de saúde (Gotlieb, 2002, cit. por Gomes e Mendes, 2008). São o grupo profissional que prestam maiores quantidades de cuidados.

Pretendemos no final do enquadramento teórico que desenvolvemos ter conseguido clarificar os núcleos que foram desenvolvidos durante o percurso de investigação, sendo que parte dele serviu de suporte ao delineamento da investigação. Abordámos a evolução da profissão de enfermagem, tendo em conta os aspectos da prática, do conhecimento e disciplina e da profissão, problematizando com questões relacionadas com a representação, imagem e identidade. A qualidade e a melhoria da qualidade no caminho da excelência, tendo como alvo a satisfação dos utentes, intrinsecamente relacionada com a especificidade do campo de actuação dos enfermeiros. Gomes e Mendes (2008, citando Green e Davis, 2005), referem que os estudos de satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem se tornaram relevantes como um contributo fundamental na identificação da especificidade dos cuidados de enfermagem no contexto das práticas de outros profissionais de saúde.

PARTE II:

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3:

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Faz-se investigação para melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno (Basto, 1998). A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real do qual vivemos (Fortin, 1999). É um método de aquisição de conhecimentos de uma forma racional, dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos (*Idem*).

A investigação em enfermagem goza de um estatuto privilegiado “*para a produção, sistematização e consolidação do conhecimento em enfermagem*” (Amendoeira, 2005, p.10). O conhecimento resultante da investigação em enfermagem deve ter utilidade para o processo de cuidados, enquanto espaço social de produção e utilização de saberes para cuidar de pessoas (*Idem*). “*Pela investigação numa dada disciplina visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão*” (Fortin, 1999, p. 18).

Assim, o objecto da investigação em ciências de enfermagem, segundo a mesma autora, será o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual levará à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. É neste sentido que se desenvolve este estudo que irá relacionar-se com a identidade profissional dos enfermeiros percebida pelos utentes alvo de cuidados de enfermagem durante o internamento hospitalar. Ainda tendo por base Fawett (1984,cit. por Fortin, 1999), o domínio de investigação na área do saber das ciências de enfermagem corresponderá com sensibilidade aos conceitos próprios da enfermagem: a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles. Concretizando para esta investigação em específico, temos a pessoa, que se encontra num momento específico do seu contínuo saúde/doença, num determinado contexto – o hospital, durante o seu internamento, e que será objecto de cuidados de enfermagem.

Existem dois grandes tipos de metodologias de investigação que têm subjacente paradigmas distintos. Paradigma indica uma determinada forma de olhar a realidade. “*É um conjunto organizado de crenças, de valores, de leis e princípios, teorias e metodologias e respectivas formas de aplicação, para o qual as disciplinas deveriam convergir*” (Kuhn, 1972;cit. por Lopes, 2001). A investigação segue determinado rumo e desenho de acordo com o paradigma subjacente. Pode considerar-se a existência de

dois paradigmas: o paradigma positivista e o paradigma construtivista. O paradigma positivista caracteriza-se por *“considerar as teorias como forma de clarificar uma realidade pré-existente, pelo que as hipóteses precedem e guiam o confronto empírico, seguindo um pensamento dedutivo”* (Basto, 1998, p. 24). O paradigma construtivista considera *“as teorias como forma de tornar a realidade a experiência inteligível, procurando o sentido dado à experiência vivida e à compreensão da cultura, podendo gerar hipóteses, seguindo um pensamento indutivo”* (Idem). O primeiro paradigma utiliza a metodologia quantitativa e o segundo a metodologia qualitativa.

A metodologia fornecerá uma direcção específica para os procedimentos nos projectos de pesquisa (Creswell, 2007).

A escolha do paradigma que guiará a investigação dependerá, do tipo de estudo que pretendemos elaborar, da sua finalidade e objecto de análise. Muitas vezes há necessidade de coexistirem os dois tipos de abordagens. A intenção da utilização de um método é a de garantir ao investigador os meios técnicos que lhe garantam a objectividade e o rigor no estudo dos factos.

No presente trabalho, optámos pela utilização de ambas as abordagens, num estudo multi-método, utilizando a triangulação de dados, dado que o fenómeno em estudo tem múltiplas e complexas dimensões. Tais opções serão descritas mais detalhadamente ao longo do capítulo.

3.1. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Pretende-se a indagação das percepções que os utentes têm dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem num determinado contexto, durante uma experiência de internamento hospitalar, constituindo esta pretensão o nosso **objecto de estudo**. Elege alvo de interesse dos investigadores conhecer como aqueles de quem cuida percebem o seu grupo profissional e os cuidados de enfermagem que recebem, assumindo que este conhecimento pode revestir-se de uma mais-valia quer para oferecer melhores cuidados de enfermagem aos cidadãos quer pela consolidação da imagem social dos enfermeiros.

A **questão de partida** que norteou o processo de investigação: *Quais as percepções que os utentes possuem acerca da profissão de enfermagem e dos cuidados de enfermagem?* foi concretizada em questões orientadoras:

1. De que forma os utentes sujeitos a internamento hospitalar experienciam os cuidados de enfermagem que recebem?

2. De que forma os utentes sujeitos a internamento hospitalar percebem os profissionais de enfermagem com os quais contactaram?
3. Quais as funções salientadas pelos utentes como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem?
4. Quais as percepções que os utentes apresentam acerca da enfermagem e dos enfermeiros?
5. Quais as características de um enfermeiro ideal na sociedade actual?
6. Quais as vivências experimentadas pelos utentes ao receberem cuidados de enfermagem?

“As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação” (Talbot, 1995, cit. por Fortin, 1999, p. 101).

Para concretizar estas questões de investigação foram formulados os **objectivos de investigação**:

1. Descrever as percepções dos utentes acerca dos cuidados de enfermagem recebidos aquando do seu internamento hospitalar.
2. Descrever as percepções dos utentes acerca dos enfermeiros com os quais contactaram aquando do seu internamento hospitalar.
3. Identificar as funções que caracterizam os cuidados de enfermagem.
4. Descrever a opinião geral acerca dos enfermeiros e da profissão de enfermagem tendo em conta o ponto de vista dos utentes participantes.
5. Caracterizar o perfil de um enfermeiro ideal do qual a sociedade actual necessita.
6. Percepcionar as vivências, positivas ou negativas, experienciadas pelos utentes, ao receberem cuidados de enfermagem durante o internamento hospitalar.

3.2. TIPO DE ESTUDO: PARADIGMA, MÉTODO E NÍVEL DO ESTUDO

É reconhecido que as competências que constituem um profissional de enfermagem podem ser organizadas em categorias centradas na dimensão pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-social (Phaneuf, 2005). Dada a multidimensionalidade que se identifica no fenómeno em estudo e no sentido de incrementar a riqueza dos dados, a abordagem que será feita e que se considerou mais oportuna, será uma abordagem em que coexistirão ambas as metodologias, tanto a qualitativa como a quantitativa.

A investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se centra na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem. As abordagens qualitativas são utilizadas pelos investigadores para explorar o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas que eles estudam. Esta metodologia privilegia a realidade vivida como fonte directa dos dados e permite enriquecer novos elementos da compreensão dos fenómenos e explorar novas áreas de investigação. Baseadas noutro paradigma, as abordagens quantitativas têm por base a colheita e análise de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos.

Na vertente qualitativa, existem vários tipos de métodos. Após reflexão cuidada, e tendo em conta a finalidade do nosso estudo, optámos pela Fenomenografia. Este é um método da abordagem qualitativa e empírica, relativamente recente, que se revela profícua quando pretendemos a compreensão da experiência das pessoas. *“É uma abordagem empírica que procura a diversidade de formas sob as quais as pessoas vivenciam o mundo à sua volta* (Marton e Booth, 1997, citado por Fernandes, 2005,p.4). Torna-se relevante na investigação em enfermagem quando se pretende enfatizar as diferenças entre como as pessoas experienciam a sua situação (Santos, 2009).

Barnard et al. (1999), assumindo que a fenomenografia se preocupa em descrever a forma como as pessoas geram os vários semblantes do seu mundo (citando Marton, 1986), referencia que este método de investigação se relaciona com pesquisas direccionadas para a teoria e prática dos cuidados de saúde, onde se revela fundamental o reconhecimento das diferentes formas como um fenómeno é vivenciado e compreendido (*apud* Fernandes, 2005). Outros autores defendem a fenomenografia como um método de *“avaliar a qualidade na perspectiva do consumidor”* (Schembrin&Sandberg, 2002, citado por Fernandes, 2005,p.8). Esta corrente tem em conta a caracterização da mente colectiva, o sentido colectivo, mas tendo por base as

semelhanças e diferenças como cada um vê, vivencia e compreende o mesmo fenómeno, pelo que ser declara com muita utilidade na investigação em enfermagem e consequente melhoria dos cuidados de enfermagem que este grupo profissional oferece aos cidadãos, fornecendo às disciplinas de enfermagem e à formação em enfermagem *“conhecimentos sobre a variação da forma como os doentes e estudantes pensam”* (Strömberg, 1997, citado por Fernandes, 2005,p.8) e contributos sobre *“os aspectos estruturais e de conteúdo, como os fenómenos são vivenciados nas situações de cuidados de enfermagem”* (Idem).

A escolha de uma abordagem mista foi a via encontrada para responder ao desafio inerente a este estudo, que relaciona paradigmas teóricos a estratégias e métodos para colher dados subjacentes a ambas as abordagens, facilitando a percepção das experiências dos utentes, captando as suas percepções, expectativas acerca das práticas de cuidar e dos enfermeiros. Na medida em que se pretende compreender um fenómeno profissional multidimensional, considerou-se este tipo de estudo o mais adequado a esta problemática, pela capacidade de incrementar a abordagem às várias dimensões que se considerou importantes nos constructos da identidade percebida e imagem social que os utentes possuem dos enfermeiros e do seu campo de intervenção, pela triangulação de informação quantitativa e qualitativa. Pese embora, a tónica dominante estará na abordagem qualitativa, tendo em conta a finalidade do estudo.

A investigação utilizando métodos mistos é relativamente recente nas ciências sociais e humanas, assumida como uma técnica distinta de fazer investigação e o seu desenvolvimento deve-se à necessidade sentida de, em muitos estudos, reunir dados qualitativos e dados quantitativos; pelo que a técnica de métodos mistos envolve a colheita e análise das duas formas de dados num único estudo. Pretender-se-á a colheita de dados tanto de informações numéricas, como de informações de texto, para que o banco de dados final represente tantas informações qualitativas como quantitativas. (Creswell, 2007).

Os dados qualitativos e quantitativos serão colhidos concomitantemente, em simultâneo no percurso de investigação, procurando-se que possibilite a obtenção de uma análise ampla do problema de pesquisa.

Far-se-á a triangulação de métodos, neste caso a nível da colheita de dados.

Este será um estudo descritivo. Os estudos descritivos têm como objectivo *“descriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”* (Fortin, 1999, p. 162).

O estudo descritivo satisfará ao objectivo de descrever as percepções que os utentes possuem da profissão de enfermagem, bem como as vivências experimentadas por estes ao serem receptores de cuidados de enfermagem. A opção por um estudo descritivo é a que se revela mais pertinente, uma vez que tem como objectivo o levantamento de opiniões e atitudes, tão livres quanto possível de pressupostos não examinados (Gil, 1991; Spiegelber; cit. por Streubert e Carpenter, 2002).

Pela utilização do tipo de pesquisa descritiva, pretendemos expressar como este fenómeno se manifesta, medindo, avaliando e colhendo dados sobre diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenómeno em estudo. Do ponto de vista científico, descrever é colher dados – medir (para os estudos quantitativos) e – colher informações (para os estudos qualitativos), procurando especificar propriedades e características importantes de qualquer fenómeno em análise (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

A descrição do fenómeno, sendo uma abordagem mista, está baseada na colheita de dados e de informação sobre o atributo e o seu contexto.

3.3. LOCAL DE ESTUDO, PARTICIPANTES E PROCESSO DE SELECÇÃO

A instituição escolhida para a colheita de dados foi o Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra e, nomeadamente os serviços de Nefrologia, Cirurgia Mulheres e Cirurgia Torácica e Gastrenterologia. A opção por este local prende-se com a maior facilidade de articulação e proximidade, na medida em que é nesta instituição que a investigadora presta cuidados. A escolha dos serviços, para além dos motivos supracitados, teve ainda em consideração a maior viabilidade de encontrar aqui os participantes que satisfizessem os critérios de inclusão no estudo

A escolha criteriosa da amostra revela-se de fulcral importância em qualquer pesquisa científica. Apesar de se tratar de uma abordagem metodológica mista, opta-se pelo termo participantes e não sujeitos, sendo que a tónica está na metodologia qualitativa, e não se pretendendo uma amostra representativa da população. Outro termo utilizado poderia ser *informantes*. Estes serão seleccionados segundo a sua experiência, cultura, interacção social ou fenómeno de interesse (Streubert e Carpenter, 2002).

O tipo de estudo que se pretende desenvolver, apoiando-se sobretudo numa abordagem qualitativa preocupa-se em compreender as questões num contexto em específico. Por tal, neste sentido, irá seleccionar-se, para a consecução desta investigação, participantes por conveniência. Pretende-se não a utilização de técnicas de

amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos, mas a obtenção de uma amostra não probabilística por técnica de amostragem accidental. Esta amostra será constituída por *“sujeitos que estão facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”* (Fortin, 1999, p.208), pretendendo-se a colheita de informação junto de pessoas que tenham experiência no fenómeno em estudo.

Pretende-se seleccionar participantes com as seguintes características: utentes que se encontram a vivenciar uma experiência de internamento hospitalar no momento da investigação e, portanto, alvos de cuidados de enfermagem. Inicialmente colocou-se em questão que, se os utentes ainda se encontram sujeitos e dependentes de cuidados de enfermagem, poderiam sentir-se reprimidos em exprimir as suas vivências relativas àqueles profissionais. No entanto, após muita ponderação e acrescentando a dificuldade de executar esta colheita de dados após a alta hospitalar, decidiu-se que o faríamos mesmo durante o internamento, identificando como vantagem que a proximidade física e temporal poderia apresentar-se como uma mais-valia para a riqueza da informação transmitida. Garantindo-se a confidencialidade dos dados colhidos e explicitando claramente os objectivos e o processo da investigação, pensa-se que a possibilidade dos utentes se inibirem de relatar as suas experiências estará minimizada.

Para além dos itens referidos anteriormente, determinaram-se ainda como critérios de inclusão dos participantes deste estudo:

- Aceitar participar voluntariamente no estudo;
- Terem um período de internamento hospitalar, superior ou igual a quatro dias, no Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE.
- Os participantes não se conterem de falar sobre a sua experiência relativamente ao tema em estudo e que partilhem as suas opiniões e vivências.

Foram incluídos no estudo 25 participantes. O facto de termos parado ao vigésimo quinto participante do estudo deveu-se ao pressuposto de que, numa abordagem onde se privilegia o paradigma construtivista, mais do que o número de participantes interessa a riqueza da informação que estes possam transmitir, considerando-se que se atingiu a saturação, naquele momento e contexto, isto é, verificou-se a repetição da informação anteriormente colhida, pelo menos em algumas dimensões. A saturação refere-se à *“plena «tomada de ocorrências» ou a imersão completa do fenómeno de maneira a conhecê-lo tão plena, e minuciosamente quanto possível”* (Leininger, 2007, p. 113). Para além disso, e segundo Fortin (1999), numa abordagem qualitativa é de evitar uma amostra de grande tamanho, porque gera um amontoado de dados, difíceis de analisar. No âmbito de pesquisas qualitativas, não há regras nem critérios rígidos estabelecidos

para o tamanho das amostras, sendo que o tamanho desta deve ser determinado pelo contexto (Polit, Beck e Hungler, 2004). O número de participantes, para além de estar relacionado com a finalidade do estudo, e com a qualidade dos participantes, deve ter como princípio orientador a saturação de dados, ou seja, quando é atingida a redundância (*idem*).

Destes 25 participantes 44% eram do género masculino e 56% do género feminino. A média de idades foi de 54,28 anos, sendo que o participante mais novo tinha 16 anos e o mais velho 86. Na sua maioria habitam meios rurais (76%). Em termos de habilitações literárias, temos que apenas 1% eram iletrados, a maioria (52%) tinham escolaridade até ao 1.º ciclo, 12% enquadraram-se no 2.º e 3.º ciclo, 20% têm o ensino secundário e, finalmente, 12% com ensino superior.

Os participantes neste trabalho estiveram, em média, 14,96 dias internados numa unidade de internamento hospitalar.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITAS DE DADOS

A colheita de dados revela-se de uma fase fundamental em qualquer processo de investigação. Pela aplicação de um instrumento de colheita de dados, a informação transmitida pelos sujeitos pode ser transformada em dados.

Para o desenvolvimento deste estudo definiu-se a utilização de dois instrumentos de colheita de dados: o questionário e a narrativa ilustrativa, considerando-se que este seria o plano mais vantajoso para o desenvolvimento desta temática (ver Anexo 1).

A narrativa ilustrativa é uma estratégia de colheita de dados utilizada em metodologia qualitativa, onde se *“pedem aos participantes para imaginarem ou ilustrarem um acontecimento ou sequência de acontecimentos de modo a descreverem uma experiência”* (Streubert e Carpenter, 2002,p.27). A utilização da narrativa justifica-se pela expectativa de que seja revelado pelos participantes *“o modo como as coisas realmente se passaram”* (Flick, 2005, p.103).

Pretende-se com a utilização desta estratégia que os participantes descrevam uma situação tal qual ela foi percebida, em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes, assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação. O objectivo é, que, após a análise de conteúdo destas narrativas emergjam categorias relativas aos cuidados de enfermagem que receberam.

Para a consecução desta narrativa pediu-se aos participantes o relato de uma

experiência, positiva ou negativa, vivida durante o internamento quando este necessitou de ser cuidado por um enfermeiro/equipa de enfermagem. O objectivo pretendido com este discurso é a descrição de uma situação, tal qual como ela é percebida, em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes, assim como as circunstâncias (locais e pessoas) e características da situação. Como algumas questões orientadoras, determinámos as que a seguir se apresentam:

- O que aconteceu?
- Em que local e com que pessoas?
- Quais as características da situação?
- O que sentiu em relação ao(s) enfermeiro(s) presente(s)?

De notar, e de acordo com os elementos da entrevista narrativa descritos por Flick (2005), estas questões eram colocadas juntamente, no início, estimulando a narrativa nuclear do entrevistado, funcionando como a ‘pergunta generativa’.

No âmbito desta narrativa, foi solicitado aos participantes a gravação em formato áudio dos seus relatos. Esta exigência deveu-se ao facto de assumirmos que em conversação livre, a riqueza e espontaneidade do discurso está incrementada, comparativamente à necessidade de uma descrição escrita. Para além disso, pressupõe-se que o investigador possa ser um elemento facilitador, explorando e incentivando a narração de experiências. A permissão para a gravação áudio está autorizada pelo doente, aquando do consentimento livre e esclarecido, o qual abordaremos mais em concreto posteriormente.

O questionário como instrumento de colheita de dados *“ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma forma rigorosa”* (Fortin, 1999, p. 249). Trata-se de um instrumento de auto-relato estruturado.

Neste tipo de instrumentos totalmente estruturados, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), os participantes são solicitados a responder às mesmas questões, na mesma ordem e recebem o mesmo conjunto de opções para as suas respostas.

Antes de mais, após a pesquisa bibliográfica efectuada, não foi encontrado nenhum instrumento de medida que correspondesse às grandes linhas dos objectivos visados com esta investigação, ou seja, que se relacionassem com a forma como os consumidores de cuidados de enfermagem vivem e percebem o contacto e a relação com os enfermeiros, bem como de que forma percebem os cuidados de enfermagem dos quais são alvo. Como já foi referido na parte I deste trabalho, temáticas como a

identidade profissional dos enfermeiros sobre si próprios, as representações sociais, a imagem social e visibilidade do enfermeiro e a satisfação dos utentes nos serviços de saúde, foram alvo de estudo por demais investigadores, pelo que os resultados destes trabalhos, bem como restante fundamentação teoria, apoiaram a construção do questionário, servindo como descritores.

O modelo que sustentou a construção do instrumento de colheita de dados baseou-se em duas grandes vertentes, tendo como alvo a percepção das pessoas acerca dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem:

1. Como resultado da experiência de internamento:
 - a. Opinião sobre os cuidados de enfermagem enfermeiros:
 - i. Funções que mais valoriza: tipo, exigência e importância
 - ii. Mudança de atitude em relação aos enfermeiros
 - b. Resultado da experiência de internamento que emerge da narrativa experiencial (sendo sujeita a categorização após a análise de conteúdo)
2. Independentemente da experiência de internamento:
 - a. Visão social do enfermeiro e da enfermagem na perspectiva do doente:
 - i. Formação académica
 - ii. Interesse e procura
 - iii. Autonomia
 - iv. Humanidade
 - v. Reconhecimento social
 - vi. Papel
 - vii. Desenvolvimento
 - viii. Imagem
 - ix. Cultura
 - x. Desempenho
 - b. Opinião sobre o perfil de um enfermeiro ideal

Estas dimensões foram constituídas tendo por base trabalhos de investigação já produzidos nesta área do saber, bem como na pesquisa de outros documentos que serviram para a fundamentação teórica.

O questionário foi elaborado tendo em conta os propósitos do nosso estudo, tendo-se cumprido determinadas etapas para a sua construção, que a seguir se apresentam (Fortin, 1999, p. 250-253):

1. Delimitação da informação pertinente a recolher;
2. A formulação das questões;
3. O estabelecimento da sequência das questões e o seu formato;
4. A revisão do esboço do questionário;
5. O pré-teste do questionário;
6. A redacção da introdução e das directrizes.

Assim, concretizando os passos que atravessámos para a construção do questionário, a delimitação da informação pertinente a recolher, bem como a formulação das questões teve em conta os descritores já referidos em parágrafos anteriores, resultantes de trabalhos já realizados por outros investigadores. Inclusive, foram utilizadas um conjunto de questões do questionário IAQH (Instrumento de Avaliação da Qualidade Hospitalar) – “Como vê o seu hospital?”, relativamente à dimensão Cuidados de Enfermagem. Este questionário é utilizado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde, sendo que a sua validação transcultural para a realidade do sistema de saúde português é da autoria de Ferreira (1998).

Na enunciação das questões foi tido em conta a utilização de uma linguagem clara, com recurso a palavras explícitas e vocabulário simples, com o propósito da compreensão destas questões por parte do utente não ficar comprometida. A ausência de parcialidade e a sensibilidade ao estado psicológico do utente, bem como a sequência das perguntas, foram aspectos que também formam alvo da nossa monitorização, tendo este instrumento sofrido diversas modificações até à sua versão final.

O questionário elaborado integra questões fechadas e questões abertas, ou seja, perguntas com opções fixas e predeterminadas de resposta pelo investigador e perguntas em que o participante pode responder livremente por palavras suas. A análise dos dados resultantes destes diferentes tipos de resposta também será diferente, mas tal irá ser abordado noutra local.

As alternativas para cada questão de resposta fechada foram criteriosamente seleccionadas, tanto quanto ao número quanto à qualidade, variando as opções de resposta entre três e seis, tendo em conta que quando a questão solicita uma opinião, uma atitude ou num grau de satisfação, não devem ser só utilizadas duas opções de resposta (Hill e Hill, 2008).

O estabelecimento da sequência das questões e o seu formato sofreu pequenas alterações durante a fase de elaboração do questionário, no sentido de apresentar uma sequência lógica de resposta para os participantes e ainda com o objectivo de manter a

motivação durante todo o processo de resposta. O instrumento de colheita de dados final constitui-se de quatro grupos de perguntas:

- A. Elementos sociais e demográficos
- B. Opinião sobre os cuidados recebidos
- C. Opinião sobre a enfermagem e os enfermeiros
- D. Características do perfil de um enfermeiro ideal.

A revisão do primeiro esboço do questionário foi elaborada em conjunto com o Prof. Doutor Manuel Rodrigues, orientador desta tese de mestrado, após colhidas opiniões entre entendidos nesta temática, nomeadamente docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e profissionais de enfermagem a exercer a sua actividade profissional no Centro Hospitalar de Coimbra e feita nova análise e pesquisa bibliográfica.

É então que chega a altura de testar o instrumento construído com os participantes. O pré-teste *“é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas”* (Polit, Beck e Hungler, 2004,p.255-256). Esta fase constituiu-se de uma etapa crucial e indispensável neste percurso. O instrumento de colheita de dados foi aplicado a dois participantes. Após a análise do processo que envolveu a aplicação do questionário e narrativa experiencial a este conjunto de participantes, houve necessidade de desenvolver um conjunto de alterações, nomeadamente:

- Reestruturação de questões que se revelaram como menos claras
- Reorganização da sequência de algumas questões
- Alteração nas opções de resposta de algumas perguntas fechadas

Após este pré-teste e incluídas as alterações devidas, chegámos ao instrumento de colheita de dados final. Este último foi também submetido a um pré-teste, a um participante, não se tendo verificado a necessidade de efectuar mais nenhuma alteração.

Finalmente, a redacção da introdução e das directrizes.

Como o contacto do investigador com os participantes seria próximo, sendo os questionários entregues em mãos e na sua maioria preenchidos pelo próprio investigador, não se considerou importante incluir as instruções de preenchimento, no sentido também de não tornar o instrumento de colheita de dados mais extenso. Quando o questionário foi auto-administrado, ou seja, entregue para o participante preencher, estas instruções foram claramente fornecidas pelo investigador. Foi elaborada uma introdução breve ao questionário, que a seguir apresentamos: *Com este questionário*

pretendemos recolher a opinião dos utentes, que já estiveram submetidos a internamento hospitalar, sobre diversos aspectos acerca dos profissionais de enfermagem e dos cuidados de enfermagem que receberam. Agradecemos desde já a sua participação.

A informação relativa ao âmbito de desenvolvimento da investigação, tempo de duração e aspectos éticos está bem descrito no *termo de consentimento livre e esclarecido* e, portanto esta introdução ser mais concisa.

No primeiro contacto, aquando da realização do questionário, ou seja, da proposta de diálogo do investigador com o participante, é indispensável legitimar este momento de trabalho de investigação e de motivar o inquirido. Para esta legitimação, o investigador começou por se apresentar, expor as finalidades e características da investigação e ainda, o carácter confidencial dos dados recolhidos e, posteriormente, de forma explícita, incisiva e sucinta, procurou o apelo a uma participação efectiva do inquirido e que definiu também o grau e as formas possíveis de participação.

Na primeira abordagem do investigador com o participante, foi colocada a opção pelo auto-preenchimento ou pelo questionamento directo, dependendo das características individuais de cada participante, nomeadamente literacia ou condição física. O questionário pode ser administrado em diversos contextos, nomeadamente, e materializando para esta investigação, *auto-administrado* – o questionário fornece-se directamente aos sujeitos, sendo eles que marcam as respostas –, ou *por entrevista pessoal* – o investigador aplica o questionário aos sujeitos, isto é, faz as questões e anota as respostas (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

Dos vinte e cinco utentes que participaram nesta investigação, apenas quatro deles optaram por eles próprios preencherem o questionário. Nos casos em que os próprios utentes responderam ao questionário, o investigador explicou claramente as instruções de preenchimento, tanto nas questões de resposta fechada, como nas questões de resposta aberta. Nos restantes casos, foi alvo de interesse e preocupação do investigador, conhecendo em profundidade o questionário, não distorcer ou influenciar as respostas.

A aplicação dos instrumentos de colheita de dados decorreu de Fevereiro a Abril de 2010.

Sempre que possível, e atendendo às limitações dos serviços ou da condição geral do utente, os questionários foram aplicados num local calmo e tranquilo, proporcionando aos utentes privacidade e conforto.

3.4.1. Critérios de rigor científico

O processo de colheita de dados, nomeadamente a escolha criteriosa do instrumento de colheita de dados a utilizar na investigação deve possuir requisitos que garantam o rigor científico da pesquisa.

Todo o processo de investigação foi estruturado e documentado de modo a permitir a um auditor, avaliar todo o processo até à sua origem.

A validade, ou seja, a precisão com que um conceito é medido, é um requisito fundamental em qualquer instrumento de colheita de informação. Este instrumento tem que medir o que deveria efectivamente medir. No âmbito desta investigação pretendeu-se garantir a validade de conteúdo do questionário elaborado. A validade de conteúdo refere-se à *“representabilidade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir (...) Está directamente ligada à conceptualização e à definição de um constructo”* (Fortin, 1999, p. 229-230). Para a consecução deste requisito, procurou-se especificar as dimensões previstas para o fenómeno estudado, bem como os constructos relacionados com estas dimensões, recorrendo à revisão da literatura, à reflexão e análise sobre as várias dimensões e significações, tendo em conta também outros estudos empíricos. Finalmente, a análise da relação entre os enunciados contemplados e as dimensões que se pretendem incorporar.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Encetar num estudo de investigação, implica a *“responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral”* (Streubert e Carpenter, 2002, p. 37).

Apesar de metodologicamente esta ser uma investigação mista, os princípios éticos inerentes a cada uma delas não diferem em muito, assumindo-se que a investigação qualitativa, pela maior proximidade e envolvimento com os participantes, implica novas considerações éticas. Como tal, irá ser utilizada uma *“Checklist Ética”*, servindo de guia para a salvaguarda dos aspectos éticos numa investigação qualitativa. Esta lista encontra-se em Streubert e Carpenter, 2002 (p. 32-33) e também descrita por Queirós, Meireles e Cunha (2007) e indica os aspectos éticos a ter em conta em conta nas diversas etapas de investigação:

1. Fenómeno de interesse: O estudo das percepções que os utentes detêm acerca dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem que recebem, revelou-se de um aspecto considerado relevante no âmbito das ciências de enfermagem. Considera-se que esta será uma temática importante no seio do grupo profissional dos enfermeiros, na medida em que somos classificados por aquilo que fazemos, e não tanto por aquilo que somos, enquanto grupo profissional.

2. Revisão da literatura: Esta foi efectuada de uma forma abrangente, e não tendenciosa, tentando explorar todas as dimensões da temática em estudo, e enquadrada na disciplina e ciência de enfermagem. Foi incluída bibliografia que incluísse os aspectos históricos da profissão, o seu desenvolvimento científico e técnico, a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem, a identidade profissional e ainda acerca da construção social dos papéis profissionais. Foram analisados artigos e trabalhos de investigação que englobavam esta temática.

3. Planeamento da investigação: O desenho e planeamento da investigação tiveram em linha de conta todos os procedimentos éticos implícitos para garantir a protecção dos participantes. Inicialmente foi enviado o pedido de autorização para realização de investigação ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (ver Anexo 3). Após parecer positivo (ver Anexo 4), foi pedida permissão formal tanto aos directores de serviço como aos enfermeiros-chefes, de cada um dos serviços onde se desenvolveu o estudo, nomeadamente, o serviço de Gastroenterologia, o serviço de Nefrologia e o serviço de Cirurgia (ver Anexo 5). Cumpridos os requisitos formais acima descritos, avançámos na colheita de dados junto aos participantes. Foi respeitado o direito ao consentimento livre e esclarecido, de forma escrita (Ver Anexo 2), dos participantes, sendo que, este contempla (baseado em Bogdan e Biklen, 1994):

- A razão de ser do estudo, apoiada pelo estado da arte, assim como pela problemática em causa;
- Que explicita quais os objectivos a alcançar de forma precisa, e as modalidades de participação no estudo (desenho de estudo, técnicas de colheita de dados, as tarefas a executar, duração, lugar, período);
- Que refira quais os critérios de selecção dos participantes que foram adoptados e sobre quais as vantagens e riscos de participar na investigação;
- Que saliente que a participação na investigação é voluntária e o facto de um dado participante ter admitido participar num dado momento na investigação, isso não o impede de poder sair da investigação quando ele pretender;

- Que garanta a confidencialidade das informações;
- Que indique quais as pessoas e contactos com os quais estes participantes possam estabelecer contacto, números de telefone e os momentos de disponibilidade dos investigadores.

4. Participantes: A escolha dos participantes, tendo em conta os critérios de inclusão já descritos, foi efectuada em conjunto com os enfermeiros dos serviços, que auxiliaram a investigadora a seleccionar aqueles que, para além de reunirem os critérios de inclusão (exceptuando o aceitar participar voluntariamente no estudo, na medida em que tal era averiguado no primeiro contacto com o participante), não se encontrassem num momento de sofrimento, preservando assim, na medida do possível, o seu bem-estar físico e psicológico. A confidencialidade dos participantes foi totalmente garantida. O consentimento informado, após entregue e assinado pelo informante, era de imediato separado do questionário, tendo sido isso explicitado e demonstrado a cada um dos participantes. O conjunto de informações que o consentimento livre e esclarecido integra estão explicitadas de uma forma clara, em linguagem simples, para que todos os participantes consigam assimilar. Nos doentes iletrados, este termo de consentimento foi lido. Para além disso, todas estas informações são dadas oralmente, pelo investigador, num primeiro contacto com o participante, nomeadamente: a natureza, fim, duração e métodos utilizados na investigação, incluindo a permissão para a gravação em formato áudio das descrições das narrativas, o seu direito de desistir da participação e de decidir sobre a extensão da informação a transmitir e de que os dados obtidos serão anónimos e confidenciais.

5. Colheita de dados: Durante todo o processo de colheita de dados foram acauteladas, algumas delas já descritas anteriormente, aspectos que garantem a veracidade e autenticidade dos dados obtidos. Como foi apenas a investigadora a colher os dados, não foi necessário a formação de outros.

6. Análise de dados: A análise dos dados obtidos foi realizada pela investigadora, tendo em conta os procedimentos conhecidos como adequados à sua efectivação.

7. Conclusões e sugestões: Estas são sustentadas pelos resultados e achados que resultaram do processo de análise, corroborando o conhecimento actual e pertinente ao fenómeno estudado.

Qualquer processo de investigação que engloba seres humanos exige dos investigadores o respeito pelos direitos da pessoa humana. Os três princípios éticos fundamentais que importam ser prática frequente, tanto a nível do exercício profissional

do enfermeiro, como em qualquer processo de investigação, são os seguintes: princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça.

Concretizando para o percurso realizado neste processo de investigação:

- O **princípio da beneficência** implica o respeito pela integridade ou isenção ao dano físico, psicológico, económico, social, entre outros. Engloba ainda a isenção à exploração e a atenção à relação risco/benefício (Polit, Beck e Hungler, 2004; Queirós, Meireles e Cunha, 2007). Logo aquando da selecção dos participantes, a investigadora indagou junto dos enfermeiros da equipa de enfermagem presentes, acerca do sofrimento físico ou psicológico pelos quais os presumíveis informantes estariam a atravessar. Assim, foram excluídos logo à partida aqueles que se encontravam mais debilitados, tanto a nível físico como psicológico, bem como aqueles que se encontravam com quadros dolorosos. No decurso da aplicação do instrumento de colheita de dados, a investigadora respeitou os momentos da pessoa, estando atenta a algum desconforto causado com o decurso do questionamento. Não se identificaram riscos para o utente causados por esta investigação. Foi respeitada a partilha de informação que os participantes queriam fornecer, apenas tendo sido explorada a entrevista no âmbito específico das questões de investigação, tendo o cuidado de ser o mínimo invasiva possível.

- O **respeito pela dignidade humana** envolve o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa (Polit, Beck e Hungler, 2004; Queirós, Meireles e Cunha, 2007). Foi salientado a cada participante a possibilidade de decidir livremente, sobre se quer ou não participar na investigação. O consentimento informado transcorre deste princípio, e cujos procedimentos já foram descritos anteriormente.

- O direito ao tratamento justo e o direito à privacidade, que implicam a confidencialidade e o anonimato fazem cumprir o **princípio da justiça** (Polit, Beck e Hungler, 2004; Queirós, Meireles e Cunha, 2007). A privacidade dos utentes foi mantida ao longo de todo o percurso de pesquisa. A confidencialidade, isto é, *“a garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a fontes que não as envolvidas na investigação”* (Streubert e Carpenter, 2002, p. 43) foi preservada, na medida em que apenas a investigadora e o orientador deste trabalho tiveram acesso aos dados. O anonimato verifica-se quando o investigador não consegue relacionar os dados colhidos com o participante. Num estudo apenas com vinte e cinco participantes, torna-se difícil manter na totalidade o anonimato, sobretudo na componente qualitativa – na narrativa experiencial. Na aplicação do questionário o anonimato está mantido.

3.6. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A escolha do tipo de análise que desenvolvemos, depende do tipo de dados que anteriormente colhemos, e do tipo de estudo que nos encontramos a desenvolver. Como se trata de um estudo misto, onde foram recolhidos dados qualitativos e dados quantitativos, a análise de cada um deste tipo de achados também se irá realizar de forma distinta. A seguir se apresenta separadamente como foi tratada e analisada cada uma desta informação.

3.6.1. Na análise da componente quantitativa

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis” (Fortin, 1999, p. 277). Estes dados foram codificados, tendo em conta o modelo que sustentou a construção do questionário, bem como as questões e objectivos de investigação e transferidos posteriormente para uma matriz. Exceptuam-se aqui as questões de resposta aberta, nomeadamente acerca das funções que caracterizam os cuidados de enfermagem e quais as características que deveria possuir um enfermeiro ideal, as quais irão ser submetidas a análise de conteúdo.

Para a análise destes dados quantitativos, obtidos pela resposta às questões fechadas do questionário, foi então utilizado o programa de computador *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na sua versão 17.0.

Para a análise dos elementos sociais e demográficos foi utilizada a estatística descritiva, no que se refere a frequências absolutas e relativas no caso do género, escolaridade e local onde habita e média, moda, e valores máximo e mínimo para a idade e tempo de internamento.

Na análise dos restantes ícones que comportam a opinião sobre os cuidados recebidos e a opinião sobre os enfermeiros e a enfermagem, serão apresentadas as frequências, com a projecção destas relativamente a cada dimensão em tabelas e/ou gráficos, bem como a moda, mediana, média, desvio-padrão, valores máximo e mínimo.

A matriz considerada para os dados quantitativos apresenta-se explícita no Quadro 1, em relação com as questões de investigação do trabalho.

Quadro 1: Quadro ilustrativo do tipo de dados quantitativos obtidos.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	MATRIZES CONSIDERADAS
De que forma os utentes sujeitos a internamento hospitalar experienciam os cuidados de enfermagem que recebem?	Satisfação com os cuidados recebidos dos enfermeiros Satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento: • Aspectos técnicos • Atenção prestada pelos enfermeiros ao seu estado de saúde • Resposta dos enfermeiros às suas chamadas • Cuidados e Atenção • Informação recebida
De que forma os utentes sujeitos a internamento hospitalar percebem os profissionais de enfermagem com os quais contactaram?	Exigência de competência e conhecimentos técnicos e científicos Importância dos enfermeiros para o funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar Mudança de atitude em relação aos enfermeiros (após experiência de internamento hospitalar)
Quais as percepções que os utentes apresentam acerca da enfermagem e dos enfermeiros?	Visão social do enfermeiro e da enfermagem na perspectiva do doente: ▪ Formação académica ▪ Interesse e procura ▪ Autonomia ▪ Humanidade ▪ Reconhecimento social ▪ Papel ▪ Desenvolvimento ▪ Imagem ▪ Cultura ▪ Desempenho

As questões de resposta aberta foram sujeitas a análise de conteúdo, qual procedimento se explicitará mais claramente no subcapítulo que se segue.

A técnica de análise de conteúdo permite-nos decompor o que o que nos é comunicado pelos participantes de uma forma objectiva e sistemática. Esta é feita através da codificação, ou seja, *“o processo no qual as características relevantes do conteúdo de uma mensagem se transformam em unidades que permitem a sua descrição e análise precisas”* (Sampieri, Collado e Lucio, 2006, p. 344).

No processo de análise de conteúdo destas respostas de questões abertas, procedemos à leitura e exploração destas respostas, no sentido de identificar as características relevantes destas e identificas as unidades de análise. As unidades de análise *“constituem segmentos de conteúdo das mensagens que são caracterizados para localizá-los nas categorias”* (Idem). Por fim, emergiram as categorias. Este procedimento

foi auxiliado pelo recurso a um programa informático *Non-Numerical Unstructured data indexing, searching and theorizing* (NVivo, Versão QSR8).

Depois de codificada cada unidade de análise às categorias que emergem respectivas, iremos ter frequências de categorias, pela contabilização do número de ocorrências registadas. Portanto, proceder-se-á à análise quantitativa de conteúdo que reduz o material estudado a algumas categorias analíticas a partir das quais se podem produzir distribuições de frequências (Landry, 2003), entre outras análises estatísticas descritivas.

Seguidamente são apresentados no Quadro 2 e Quadro 3 as categorias que emergiram após a análise de conteúdo das respostas às duas questões de resposta aberta do questionário.

Quadro 2: Do que observou, indique três das funções que no seu ponto de vista melhor caracterizam os cuidados de enfermagem e que mais valorizou.

QUESTÕES	CATEGORIAS
Quais as funções salientadas pelos utentes como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem?	Competências Técnicas Comunicação e Relações Interpessoais Prática Profissional e Ética Auto Cuidado Promoção do Bem-Estar e Vigilância Cuidados de Saúde Interprofissionais Satisfação com os cuidados de enfermagem

Quadro 3: Enuncie, por ordem de prioridade, algumas características do enfermeiro ideal, que a sociedade precisa, no contexto actual.

QUESTÕES	CATEGORIAS
Quais as características de um enfermeiro ideal na sociedade actual?	Competências sócio - relacionais e de interacção Competências Éticas Competências Técnicas Auto Cuidado Conhecimentos Competência Profissional Educação Cuidados de Saúde Interprofissionais

A **confiabilidade** deste processo, dado que apenas é utilizado um codificador, está confirmada, na medida em que a codificação das mensagens foi elaborada em dois momentos diferentes, sendo que a diferença de codificações nestes dois momentos foi mínima. Esta é designada, segundo Sampieri et al. (2006) *confiabilidade intracodificador*, medindo a “*estabilidade do teste e reteste de um codificador pelo tempo*” (p.353).

3.6.2. Na análise da componente qualitativa

Os dados qualitativos resultantes desta investigação, para além dos que foram apresentados no subcapítulo anterior, resultantes das questões abertas, resultam das narrativas experienciais relatadas pelos participantes no estudo e as quais, na sua maioria, foram gravadas em formato áudio. Por tal, antes da análise propriamente dita, houve necessidade de transcrever, tal qual como foi narrado, estes discursos e proceder à organização dos dados.

Na análise qualitativa de conteúdo, é interpretado o material com o auxílio de categorias analíticas, salientando e descrevendo as suas particularidades específicas, tendo como objectivo último a produção de inferências válidas e reprodutíveis a partir dos textos analisados (Landry, 2003).

Neste estudo pretender-se-á a utilização da análise de conteúdo dos dados colhidos, tendo em conta a metodologia considerada por Bardin (1977). São consideradas três fases na análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração do material e, finalmente, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Sendo que a pré-análise corresponderá a uma análise flutuante dos dados, a fase de exploração do material será onde se irá proceder à identificação de unidades de codificação ou de registo. Por último, há o agrupamento por categorias e subcategorias e o material é analisado em função dos objectivos previamente definidos.

De seguida, procuramos explicitar detalhadamente todo o processo de análise das narrativas que realizámos.

Iniciámos pela pré-análise, ou seja, uma análise flutuante do material colhido, após nos termos certificado da adequada organização do material a ser analisado. Seguidamente, procedemos à codificação ou categorização, que implicou classificar as unidades de análise para determinadas categorias de análise ou analíticas. As unidades de análise são “*a mais pequena unidade de significação*” (Landry, 2003, p.352). Esta

definição de categorias efectuou-se segundo a fórmula mista (*Idem*), isto é, uma parte das categorias derivam da teoria, neste caso, tendo em conta as dimensões consideradas no questionário, bem como os documentos da OE, nomeadamente, os Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem (2002) e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2004). Outra parte das categorias induziu-se do material no decurso da análise. São estas categorias analíticas que nos permitirão descrever e discutir o fenómeno em estudo. Estas categorias serão as “*gavetas’ conceptuais criadas da revisão de dados, por comparação com uma unidade em relação às unidades que a precederam*” (Sampieri, Collado e Lucio, 2006, p.497). Após a categorização de primeiro nível, que consistiu em alocar as unidades de unidades de análise a categorias, procedemos à categorização de segundo nível, onde pretendemos a obtenção de categorias gerais ou temas. Esta última consistiu em analisar as categorias encontradas e identificar as diferenças e semelhanças entre elas, no sentido de agrupar estas categorias em temas. (*Idem*)

Estes procedimentos foram auxiliados pelo recurso a um programa informático *Non-Numerical Unstructured data indexing, searching and theorizing* (NVivo, Versão QSR8).

Após análise exaustiva das narrativas, e tendo por base as fases da análise de conteúdo supracitadas, emergiram os temas, as categorias e subcategorias que se apresentam no Quadro 4, e que irão ser apresentadas e discutidas com detalhe no capítulo seguinte. Estas categorias derivaram, tanto tendo em conta as dimensões consideradas no questionário, como outras que ressaltaram do discurso dos utentes.

Quadro 4: Resumo da análise de informação das narrativas, no sentido de dar resposta à questão de investigação: *Quais as vivências experimentadas pelos utentes ao receberem cuidados de enfermagem?*

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
PAPEL DO ENFERMEIRO	Valorização do papel do enfermeiro	
	Valorização pelo cuidado a pessoas confusas e/ou com distúrbios mentais	
SATISFAÇÃO DO CLIENTE	Satisfação com os Cuidados de Enfermagem	
	Acolhimento	
BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO	Bem-Estar	Atenção à Pessoa
		Vigilância
		Presença Física Constante
	Autocuidado	Higiene / Banho
		Uso do Sanitário
		Deambular
CUIDADOS DE SAÚDE INTERPROFISSIONAIS	Enfermeiro como elo de ligação entre o doente e o médico	Médico superior a enfermeiro
	Acompanhamento a Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Procedimentos Médicos	
COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS	Competências Técnicas	Administração de Terapêutica
		Execução de Tratamentos
		Procedimentos
		Défice de competências técnicas
	Competências Científicas	
EDUCAÇÃO, GUIA E ORIENTAÇÃO	Informação	
	Ensinos para o regresso a casa	Promoção da Independência
		Prevenção de Complicações
PRÁTICA ÉTICA E PROFISSIONAL	Ética e Profissionalismo	Humanidade
		Caridade
		Responsabilidade
	Competências Pessoais	
	Défice de Profissionalismo	Negligência e falta de cuidado
		Desvalorização das queixas e preferências do doente
		Comportamento inadequado
COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS E DE INTERACÇÃO	Presença	Forma afável como os enfermeiros comunicam com os doentes
		Simpatia
		Calma, paciência e tranquilidade
		Apoio
		Carinho e Cuidado
	Ausência	Agressividade
		Falta de disponibilidade

Foi nossa pretensão conseguir que este capítulo encerrasse claramente todos os aspectos metodológicos encetados no desenvolvimento desta investigação. No capítulo que se segue, serão apresentados os dados obtidos.

CAPÍTULO 4:

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo do trabalho, iremos proceder à apresentação dos resultados dos dados obtidos durante este percurso de investigação. Anteriormente já foram salientados os processos de análise e tratamento dos dados, pelo que neste capítulo procederemos à sua apresentação. Serão apresentados sequencialmente os dados resultantes da análise dos dados do questionário e os dados resultantes dos achados nas narrativas experienciais.

Ao longo da apresentação dos resultados, iremos ilustrar alguns dos temas com a transcrição de excertos das narrativas dos participantes. Cada unidade de análise encontra-se reconhecida através da fonte de informação que foi previamente codificada: “C” corresponderá a Caso e 1,2,3,4... 25 a cada um dos participantes. Portanto, quando referimos **[C1]** estamos a utilizar excertos do participante (caso) que codificámos como n.º 1.

A organização em que estes dados se vão apresentar vai de encontro ao suporte teórico e matrizes consideradas que esteve subjacente à condução do percurso de investigação. Irão ser apresentadas em três grupos estruturais: Os Cuidados de Enfermagem, os Enfermeiros e a Profissão de Enfermagem. A opção por esta estrutura prende-se com o facto de considerarmos que esta orgânica tornará mais apazível e compreensível a leitura destes resultados. No entanto, salvaguardamos os limites ténues entre estas três componentes, dada a sua dependência e obrigatória interligação. No caso dos dados qualitativos, estes vão aparecer com os títulos dos temas que emergiram após a análise.

A pessoa que se encontra sujeita a internamento hospitalar, certamente que contactará com profissionais de enfermagem, podendo inferir diversos aspectos sobre os cuidados de enfermagem de que é alvo, sobre os actores que os desenvolvem, bem como sobre a profissão que os rege. A estas inferências sobre os cuidados de enfermagem, sobre os enfermeiros e sobre a profissão de enfermagem estarão inerentes não só a experiência de internamento hospitalar mas também a outras percepções adquiridas ao longo do tempo. Por tal, foi pedido aos participantes que respondessem a questões que se relacionavam com as temáticas em estudo, bem como que relatassem uma experiência quando foram alvos de cuidados de enfermagem.

Os dados e achados apresentados reportam-se à aplicação dos instrumentos de colheita de dados – questionário e narrativa experiencial – a 25 participantes, com experiência de internamento hospitalar. De notar que os resultados que a seguir se

apresentam se reportam às percepções e vivências dos participantes deste estudo, tendo em conta os seus contextos e o contexto em que a pesquisa se desenvolveu, não se pretendendo, portanto, uma futura generalização dos resultados.

A maioria dos participantes (56%) foi do sexo feminino. No que se refere a habilitações literárias, 12% detém grau académico superior (Licenciatura), 20% com o ensino secundário, 12% com o 2.º e 3.º ciclo, 4% (portanto apenas um dos participantes) não tem qualquer grau académico, sendo que a maioria (52%) detém o 1.º ciclo como habilitações académicas. Na sua maioria (76%), os participantes habitam em meios rurais (76%). A média de idades dos participantes é de 54,28. O desvio padrão é de 18,959, verificando-se que o participante com menos idade tem 16 anos e o com mais idade 86 anos. A moda de idades localiza-se nos 59 anos.

Os inquiridos com experiência de internamento hospitalar apresentam uma média de tempo de internamento de 14,96 associada a um desvio padrão de 13,034. Tal elevado desvio torna-se compreensível ao serem observados os tempos mínimos e máximos de internamento, respectivamente de 5 e 48 dias, portanto com uma elevada amplitude. Saliente-se, finalmente, que o tempo de internamento mais usual foi uma semana, indicador fornecido pela moda, com o valor de 7.

4.1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem são aquilo que oferecemos aos utentes. Podem ser concretizados de diversas formas, e têm sido definidos por diversos autores, ao longo da evolução da própria disciplina de enfermagem. Podem ser objectivados em determinadas funções ou actividades, mas terá sempre que pressupor a relação interpessoal e intersubjectiva que se estabelece entre o enfermeiro e o utente.

4.1.1. Funções que caracterizam os cuidados de enfermagem

As funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem e que os participantes do estudo mais valorizaram durante a sua estadia hospitalar, estão apresentadas no Quadro 5. Na coluna do lado esquerdo estão apresentadas as categorias que surgiram após a análise de conteúdo por meio da codificação das unidades de análise. Estas unidades de análise constituíram-se das respostas à questão aberta do questionário: *Indique três das funções que do seu ponto de vista melhor caracterizam os*

cuidados de enfermagem e que mais valorizou. Na coluna do lado direito apresentam-se as frequências do número de vezes que cada unidade de análise referente a cada uma das categorias foi referida, ou seja, o número de respostas por categoria.

Na apresentação destes dados importa referir que alguns dos participantes do estudo demonstraram muita dificuldade em especificar claramente funções que os enfermeiros desenvolvem, salientando-se nos seus discursos frases como “*São tantas coisas que eles fazem!...*” [C16]

Quadro 5: Funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem.

FUNÇÕES CARACTERIZADORAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Frequências
Competências Técnicas	25
Comunicação e Relações Interpessoais	21
Prática Profissional e Ética	11
Auto Cuidado	18
Promoção do Bem-Estar e Vigilância	15
Cuidados de Saúde Interprofissionais	7
Satisfação com os cuidados de enfermagem	4

As **competências técnicas**, incluindo a **execução de técnicas e procedimentos**, nomeadamente a **monitorização dos parâmetros vitais** e a **administração de medicamentos** foram a categoria que mais se verificou. No que respeita a estas temáticas são referidas actividades como a administração de medicamentos a hora certa, a aplicação de injeções, a execução de tratamentos às feridas, as punções venosas periféricas, a avaliação da tensão arterial e a pesquisa de glicemia capilar. É referida a importância de uma boa execução técnica. É ainda explicitado o trabalho dos enfermeiros nas sessões de hemodiálise.

Outros aspectos mais valorizados pelas pessoas relacionam-se com **competências relacionais e de interacção**. Aqui são valorizados aspectos como a simpatia, a atenção, a calma e a paciência no contacto com a pessoa, o estar disponível para conversar e dar suporte psicológico e a amizade. Ainda é referido o acolhimento e o fornecimento de informação pertinente e importante. A gentileza, as *boas maneiras* e o carinho em todos os contactos com a pessoa doente foram também aspectos referen-

ciados. Intrinsecamente relacionada com estes aspectos está a categoria: **prática profissional e ética**, que obteve também um elevado número de referências. A valorização da dignidade humana, a igualdade – “*Tratar bem os doentes todos*” [C9] – e a atenção à pessoa são aspectos referidos. Foram ainda relatadas competências pessoais do enfermeiro: a bondade, o respeito e a educação. Se juntarmos estas duas categorias, então estes aspectos seriam aqueles mais valorizados pelas pessoas. Assumiu-se apresentar assim estes dados, porque se considerou mais coerente manter as duas categorias, mas também salvaguardando que elas estão fortemente relacionadas.

Em terceiro lugar, são referidas funções que se relacionam com o **auxílio no autocuidado**, nomeadamente auto cuidado: banho e higiene, alimentar-se, o uso do sanitário, e o deambular. Referem que os enfermeiros fazem tudo o necessário no que respeita às necessidades da pessoa. De salientar que estas intervenções de enfermagem foram explicitadas não só por pessoas que efectivamente apresentam algum grau de dependência (ou que já apresentaram), mas também por pessoas que apenas observam os enfermeiros desenvolver actividades relacionadas com os autocuidados e lhes atribuem valoração.

Funções como a vigilância constante, o cuidado e a preocupação com o conforto e a minimização do desconforto, a flexibilidade nos horários, o controlo da dor, a rapidez de resposta às chamadas dos doentes e a atenção ao estado de saúde da pessoa foram conteúdos expostos pelas pessoas e que se optou por incluir numa categoria que denominámos: **promoção do bem-estar e vigilância**.

Numa unidade de internamento hospitalar interagem obrigatoriamente equipas de diferentes grupos profissionais. Neste âmbito, os cuidados de saúde interprofissionais foram também referenciados, mas em número pouco significativo. As referências dos utentes vão de encontro à necessidade do enfermeiro auxiliar o médico em alguns procedimentos, nomeadamente na colocação de cateteres venosos centrais (hemodiálise). Descrevem, assim, por um lado os enfermeiros como “*ajudantes*” da equipa médica, mantendo o cuidado às pessoas na ausência destes. Foi referido também o acompanhamento e informação a exames complementares de diagnóstico. Optou-se por incluir este último aspecto nesta categoria, porque foi explanado como o cumprimento de uma prescrição médica (a realização do exame, bem como a importância depois de o médico ter disponível o resultado).

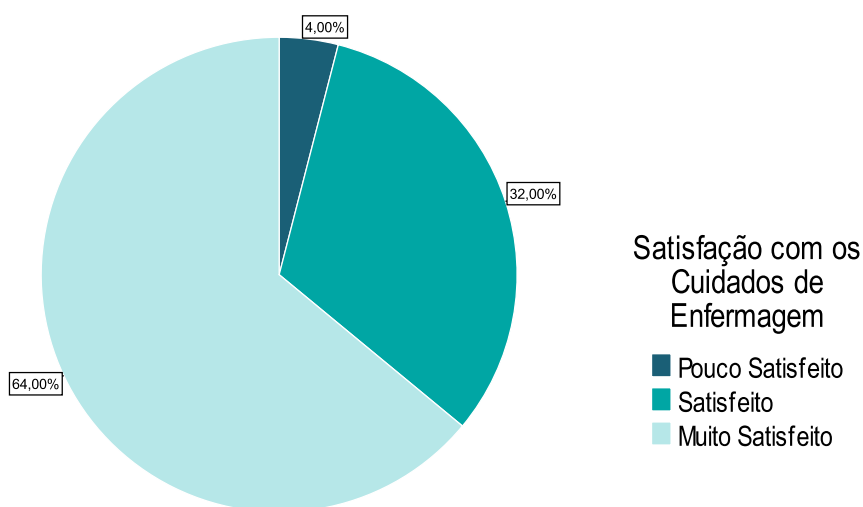
Por último, não se referindo especificamente a uma função do enfermeiro, é exposta a **satisfação** com o trabalho dos enfermeiros, sendo que as pessoas se referem

aos enfermeiros e aos cuidados de enfermagem como: “São muito bons” [C12], “Tudo o que eles fazem é bom” [C18], mas muitas vezes relacionado com a dificuldade que têm em concretizar os cuidados de enfermagem.

4.1.2. Satisfação com os cuidados de enfermagem

Na sua maioria os participantes do estudo referem sentirem-se *muito satisfeitos* com os cuidados recebidos dos enfermeiros (64%), seguindo-se a resposta *satisfeito*, apresentando 32% das respostas, completando estas duas respostas 96%. Apenas um dos participantes referiu *pouca satisfação* com os cuidados, sendo que nenhum deles referiu *insatisfação*. Podemos concluir que os participantes neste estudo se sentem positivamente satisfeitos com os cuidados que receberam dos enfermeiros durante o internamento hospitalar, o que se pode verificar no Gráfico 1.

Gráfico 1: Questão: *De um modo geral sente-se satisfeito com os cuidados recebidos dos enfermeiros?*



Tendo em conta aspectos concretos dos cuidados de enfermagem, nomeadamente os **aspectos técnicos** – que se reporta às actividades de administrar os medicamentos e dar injeções, de alimentação, higiene e conforto; **a atenção prestada pelos enfermeiros ao estado de saúde das pessoas** - ou seja, a frequência com que estes profissionais verificam a evolução do estado de saúde das pessoas; **a resposta dos enfermeiros às chamadas dos utentes** – que se refere à rapidez com que os enfermeiros acorrem a ajudar; **cuidados e atenção** – a cortesia, respeito, amizade e

gentileza com que os utentes são cuidados pelos enfermeiros; e, finalmente, a forma como os enfermeiros comunicam com os doentes, familiares e outros profissionais de saúde, ou seja, **a informação recebida**; encontramos a distribuição apresentada no Quadro 6.

Quadro 6: Visão do internamento hospitalar relativamente a aspectos específicos dos cuidados de enfermagem: distribuição das Frequências Absolutas e das Frequências Relativas (%).

	ASPECTOS TÉCNICOS		ATENÇÃO AO ESTADO DE SAÚDE		RESPOSTA ÀS CHAMADAS		CUIDADOS E ATENÇÃO		INFORMAÇÃO RECEBIDA	
Excelente	6	24%	6	24%	5	20%	11	44%	4	16%
Muito Bom	13	52%	10	40%	10	40%	10	40%	11	44%
Bom	5	20%	8	32%	9	36%	3	12%	8	32%
Regular	1	4%	1	4%	1	4%	1	4%	0	0%
Mau	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Não se aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	8%

Pelos valores que se encontram sombreados no quadro acima exposto, concluímos que a maioria das respostas, em todos os aspectos salientados, se encontra nas categorias *Excelente* e *Muito Bom*, o que revela que, de um modo geral, todos os 25 participantes demonstram opinião positiva com o desempenho dos enfermeiros nos demais aspectos considerados. Não há nenhuma resposta *Mau*.

Se agruparmos duas opções de resposta, vamos ter que para as dimensões **Atenção ao Estado de Saúde**, **Resposta às Chamadas** e **Informação Recebida**, respectivamente 72%, 76% e 76% das respostas se localizam no *Muito Bom* e *Bom*, enquanto para as dimensões **Aspectos Técnicos** e **Cuidado e Atenção**, respectivamente 76% e 84% das respostas seleccionadas são o *Excelente* e o *Muito Bom*.

Estas respostas estão em coerência com as funções mais valorizadas como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem referidas pelos utentes, na questão de resposta aberta, como pode ser verificado pelo que foi exposto acima.

Em todas as categorias, a moda das respostas encontra-se no *Muito Bom*, exceptuando-se na categoria **Cuidado e Atenção**, em que a resposta mais vezes

referida pelos participantes foi o *Excelente*. A opção de resposta *Não se aplica* apenas foi referida para a última dimensão: **Informação Recebida** e por dois dos participantes do estudo, o que pressupõe, ou que é um item ao qual o doente não quis responder, ou não conseguiu aperceber-se desta dimensão durante o tempo que esteve internado.

4.1.3. Valorização da Dignidade Humana

Dados os resultados apresentados relativamente às categorias Comunicação e Relações Interpessoais e à Prática Ética e na dimensão Cuidado e Atenção, considerou-se pertinente apresentar aqui os dados obtidos na questão da valorização do valor da humanidade por parte dos profissionais de enfermagem.

Como poderemos facilmente observar no Quadro 7, a grande maioria dos participantes (92%) referem que a enfermagem e os enfermeiros dão valoração à dignidade humana.

Quadro 7: Questão - *É uma profissão que valoriza a dignidade humana?*

VALORIZAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Sim	23	92%
Não	0	0%
Não sei	2	8%
Total	25	100%

4.2. OS ENFERMEIROS

Os enfermeiros são um grupo profissional numeroso e que, pelo contacto permanente e próximo com os utentes, poderão ser facilmente ajuizados. Neste subcapítulo pretendemos expor a avaliação dos participantes do nosso estudo relativamente a várias dimensões relacionada com esta classe profissional.

4.2.1. Papel Profissional

Estritamente relacionado com a satisfação com os cuidados de enfermagem, tema cujos dados já apresentámos, está o **desempenho profissional**. Os participantes do estudo mantêm uma opinião positiva relativamente ao desempenho do papel profissional dos enfermeiros. Verificamos que 64% dos participantes referem que os enfermeiros desempenham *Sempre* adequadamente o seu papel profissional, sendo que os restantes (36%) referiram a opção *Quase Sempre*, como fica claro no Quadro 8.

Quadro 8: Questão - *Os enfermeiros, de um modo geral, desempenham adequadamente o seu papel profissional?*

DESEMPENHO DO PAPEL PROFISSIONAL	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Sempre	16	64%
Quase Sempre	9	36%
Poucas Vezes	0	0%
Nunca	0	0%
Total	25	100%

4.2.2. Mudança de atitude em relação aos enfermeiros

A experiência de internamento hospitalar pode ter vários impactos na vida das pessoas, sendo que os enfermeiros se revestem de um papel importante pela proximidade e presença. Este contacto mais próximo com estes profissionais pode revestir-se numa **mudança de opinião relativamente aos enfermeiros e ao trabalho que estes desenvolvem**. Vinte e um dos participantes (84%) referem manter uma opinião positiva relativamente aos enfermeiros, sendo que os restantes 16% referem que tinham uma opinião negativa e melhoraram a sua opinião após a experiência de internamento hospitalar. No Quadro 9 verificamos esta distribuição.

A resposta a esta questão poderá ter sido influenciada por alguns destes participantes já terem tido outras experiências de internamento. Esta não foi uma variável considerada, sendo que esta limitação foi percebida durante o processo de colheita de dados, deixando-se aqui esta nota para a sua importância para futuros estudos nesta área.

Quadro 9: Questão - *A sua experiência de internamento mudou a opinião anterior que tinha acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem?*

MUDANÇA DE ATITUDE EM RELAÇÃO A ENFERMAGEM APÓS INTERNAMENTO HOSPITALAR	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Tinha opinião negativa e fiquei com melhor opinião	4	16%
Tinha uma opinião positiva e fiquei com pior opinião	0	0%
Mantenho opinião positiva	21	84%
Mantenho opinião negativa	0	0%
Total	25	100%

4.2.3. Imagem e Reconhecimento Social

A imagem social que uma profissão transmite está intrinsecamente relacionada com o seu reconhecimento profissional. Sermos reconhecidos por aqueles que são alvo do nosso trabalho é compensatório, mas, para tal, também nos cabe a nós transmitirmos uma imagem positiva daquilo que fazemos e do que somos.

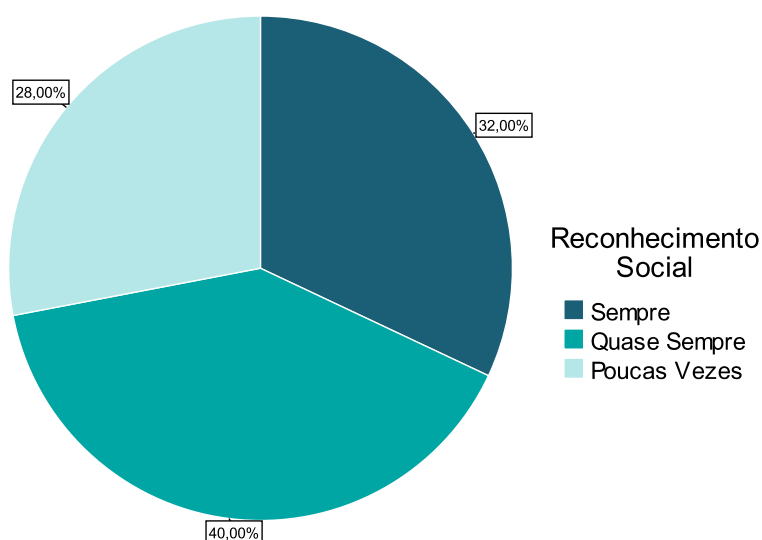
Os enfermeiros *Sempre* (56%) ou *Quase Sempre* (40%) dão uma **imagem positiva da profissão**. Apenas um dos participantes (4%) refere que são *Poucas as Vezes* que estes profissionais fornece uma imagem positiva e em nenhuma das respostas é referido *Nunca*, como fica explícito no Quadro 10.

Quadro 10: Questão - *Os enfermeiros dão uma imagem positiva da sua profissão?*

IMAGEM POSITIVA DA PROFISSÃO	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Sempre	14	56%
Quase Sempre	10	40%
Poucas Vezes	1	4%
Nunca	0	0%
Total	25	100%

Relativamente ao **reconhecimento social do trabalho dos enfermeiros**, as respostas dispersam-se, como facilmente podemos perceber no Gráfico 2 que a seguir se apresenta. A opção Nunca não foi referida. A moda foi *Quase Sempre*, seguindo-se de *Sempre* e, por fim *Poucas Vezes*, mas com frequências aproximadas, nomeadamente 40%, 32% e 28%.

Gráfico 2: Questão - Os enfermeiros são socialmente reconhecidos pelo seu trabalho?



4.2.4. Características do perfil de um enfermeiro ideal

Torna-se fundamental para um grupo profissional perceber o que o público, ao qual oferece os seus cuidados, espera deles. O que pretendemos indagar junto dos participantes deste estudo, foi: *Quais as características de um enfermeiro ideal, que a sociedade precisa, no contexto actual*. As respostas foram sujeitas a análise de conteúdo, sendo que as unidades de análise foram distribuídas em diversas categorias, e posteriormente transformadas em frequências. Estas categorias foram construídas tendo em conta os marcos teóricos e as matrizes que sustentaram o desenvolvimento deste percurso. No Quadro 11 apresentam-se, do lado esquerdo as categorias que emergiram após a análise de conteúdo e, do lado direito, os respectivos números de ocorrências.

Quadro 11: Características do Perfil de um enfermeiro ideal.

CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DE UM ENFERMEIRO IDEAL	N.º de ocorrências
Competências comunicacionais e de interacção	41
Competências Éticas e Profissionais	33
Competências Técnicas	15
Auto Cuidado	9
Conhecimentos	8
Educação para a Saúde	4
Cuidados de Saúde Interprofissionais	2

As características do perfil de um enfermeiro ideal referidas pelos participantes, na sua grande maioria, relacionam-se com as **competências comunicacionais e de interacção**. A simpatia, a atenção, a amizade e uma boa relação com o doente e família são aspectos valorizados. Outros, como a disponibilidade para passar tempo com as pessoas, conversar e a compreensão devem constituir também o perfil de um enfermeiro. São referidas ainda como importantes a amabilidade, a afabilidade, a calma e o nunca ser agressivo, a paciência, a descontração e a humildade. Em geral, referem que os enfermeiros devem ser bons para os doentes, preocupar-se com as pessoas e com a saúde das pessoas.

As competências éticas e profissionais foram referenciadas em número de 26 para a primeira e 7 para a segunda, perfazendo um total de 33 referências. No que respeita às **competências éticas**, são realçadas o respeito e a valorização da dignidade humana. A caridade, a bondade e o amor ao próximo e o altruísmo - “às vezes *tem que se esquecer dele próprio e pensar um bocadinho no doente que tem na frente... porque no dia em que nós chegarmos a isso, é meio caminho andado*” [C2] -, sendo que não deve pensar no salário, mas mais nos doentes, são aspectos referidos pelas pessoas como características pessoais que um qualquer enfermeiro deve possuir. O ter um bom carácter e ser um ser humano extraordinário - “*ter um bom coração*” [C13] ou “*ter um coração de ouro*” [C13] - e o ter boas qualidades; o carinho, o cuidado, o respeito e a igualdade são outros dos aspectos que são expostos. Algumas referências referem que o enfermeiro deve dar sempre razão ao doente, equiparando a prestação de

cuidados e esta relação enfermeiro – doente, como a de um comércio vendedor – cliente num comércio. Está patente nesta afirmação a valorização da dimensão ética e profissional em detrimento de outras, nomeadamente os conhecimentos: “*Se tiver sabedoria, mas se não for humano, também não lhe adianta de muito!*” [C14]. As **competências profissionais** estão associadas às seguintes características referidas pelos participantes: ser cumpridores, ser um bom profissional, saber o que tem que fazer, ser competente e responsável. Alertam para a incompetência: “*o enfermeiro, por exemplo, vai tomar café e o paciente pergunta pela medicação da hora do jantar... e ele responde: “não faz mal, toma depois”*” [C17].

De notar que foram apresentadas sequencialmente as competências comunicacionais e de interacção, as éticas e as profissionais, porque se revela que estas muitas vezes estão intrinsecamente relacionadas e os limites disjuntores de cada uma delas são muito ténues.

Em segundo lugar de maior referência (15), encontramos as **competências técnicas**, o que vai de encontro a outros resultados obtidos com este trabalho. Os conhecimentos técnicos e práticos acima da média, sendo referida a necessidade de muita prática, salientando que os enfermeiros devem ser detentores destas técnicas porque são necessárias para tratar dos doentes. São dados exemplos concretos, ressaltando a administração de medicação, correctamente e a tempo, referindo ainda neste âmbito as transfusões sanguíneas e as injeções. Outras técnicas e procedimentos referidos são a execução de tratamento a feridas, os pensos e as punções venosas periféricas.

O **autocuidado** é uma área valorizada pelos doentes relativamente aos enfermeiros, no sentido do auxílio nas suas dependências e necessidades, verbalizando tal muitas vezes como *os cuidados* e concretizando *na ajuda aos doentes*. Os autocuidados mais referidos relacionam-se com o banho e higiene – “*Tratar do corpo... o necessário (...) deixar-me mais ou menos em condições*” [C7], na cama ou no chuveiro e com o alimentar-se.

É revelada a importância dos **conhecimentos**, salientando-se referências que se relacionam com a necessidade de possuir conhecimentos para executar a profissão, com a sabedoria e com o grau de cultura. É mencionada ainda a utilidade dos enfermeiros serem autodidactas, acompanharem a evolução da ciência e estarem sempre bem informados. Fica salientado ainda pelo que atrás foi dito e por esta expressão – “*Têm que saber de tudo!*” [C12] – a abrangência dos conhecimentos que os enfermeiros devem possuir.

Por fim, temos as categorias educação e cuidados de saúde interprofissionais. Para a primeira – **educação para a saúde** – é salientada a importância dos ensinamentos, nomeadamente para a preparação para o regresso a casa e para a adopção de estilos de vida mais saudáveis e adequada gestão do regime terapêutico, e ainda a informação, assumindo os enfermeiros o papel de alguém que deve informar claramente os doentes. Nos **cuidados de saúde interprofissionais**, temos que um enfermeiro ideal deve ser um bom mediador entre o médico e o doente e assistir nos procedimentos médicos.

4.3. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

No último subcapítulo de apresentação dos dados quantitativos, abordamos os aspectos relacionados com a profissão de enfermagem.

4.3.1. Os enfermeiros nas organizações

Em todas as organizações de saúde existem enfermeiros. Saber se o público reconhece estes profissionais como um grupo profissional imprescindível no Sistema de Saúde e importantes para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar, foi o que procurámos averiguar junto dos nossos participantes.

Todos os participantes do estudo reconheceram o trabalho dos enfermeiros como importante para o funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar: 88% destes referem-no como *muito importante* e 12% como *importante*. As restantes opções de respostas – *sem importância* e *pouco importante* não foram referidas o que salienta a percepção da utilidade dos enfermeiros numa equipa de saúde de um internamento hospitalar, como podemos verificar no Quadro 12.

Quadro 12: Questão - *No seu entender, o trabalho dos enfermeiros é importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar?*

IMPORTÂNCIA NO FUNCIONAMENTO DO INTERNAMENTO HOSPITALAR	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Sem importância	0	0%
Pouco importante	0	0%
Importante	3	12%
Muito importante	22	88%
Total	25	100%

No que respeita à **imprescindibilidade dos enfermeiros no Sistema de Saúde** a resposta é unânime. A questão colocada foi: *É impossível pensar o sistema de saúde sem enfermeiros?* pelo que todos os participantes referem que é impossível pensar o sistema de saúde sem enfermeiros – obtivemos dos 25 participantes a resposta *Sim*, pelo que 100% dos nossos participantes referem a impossibilidade da existência de um sistema de saúde sem a existência de enfermeiros.

No Quadro 13 podemos verificar a **importância dos enfermeiros nas questões da saúde** que foi outro dos aspectos que pretendemos abordar relativamente a esta temática. As respostas dividiram-se entre o *Sempre* (40%) e o *Quase Sempre* (40%), sendo que os restantes 20% consideram que é atribuído esse papel aos enfermeiros *Poucas Vezes*.

Quadro 13: Questão - Os enfermeiros têm um papel importante em questões de saúde?

PAPEL DE DECISÃO EM QUESTÕES DE SAÚDE	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Sempre	10	40%
Quase Sempre	10	40%
Poucas Vezes	5	20%
Nunca	0	0%
Total	25	100%

4.3.2. Conhecimentos e Desenvolvimento Profissional

Nesta dimensão que denominámos de Conhecimento e Competência, integramos os aspectos que se relacionam com o desenvolvimento da profissão de enfermagem, com o nível de formação académica e a ambição pelo curso de enfermagem e com o grau de exigência técnica e científica necessária para a prestação de cuidados de enfermagem.

Quando questionados acerca do **nível de competência e conhecimentos técnicos e científicos exigidas para a execução dos cuidados de enfermagem**, a maioria das respostas (72%) recai sobre a opção *“elevado nível de exigência”*. Não houve

nenhuma resposta “*baixo nível de exigência*”, mas 16% dos participantes referiram “*não sei*”, sendo que alguns deles verbalizaram não saberem o nível de estudos exigidos aos enfermeiros, como consta no Quadro 14. Esta questão surge em associação às funções que os utentes referiram como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem.

Quadro 14: Questão - *As funções que mais valorizou, exigem ao enfermeiro um elevado grau de competência e conhecimentos técnicos e científicos?*

NÍVEL DE COMPETÊNCIA E CONHECIMENTOS TÉCNICOS E CIENTÍFICOS	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Baixo Nível de Exigência	0	0%
Médio Nível de Exigência	3	12%
Elevado Nível de Exigência	18	72%
Não Sei	4	16%
Total	25	100%

No que concerne ao **nível de formação académica dos enfermeiros**, 80% dos participantes referem que é bom. Os restantes 16% optaram pela resposta *Não Sei*. Alguns dos participantes referiram desconhecer o grau académico exigido aos enfermeiros na actualidade, pelo que, perante isto, apesar de 80% participantes do nosso estudo referirem que o grau de formação académica dos enfermeiros é bom, não saberão efectivar este grau num grau académico em concreto.

Os participantes do estudo referem que o **curso de enfermagem é um curso ambicionado pelos estudantes** (64%). No entanto, aquando das respostas alguns dos participantes salvaguardam que muitas vezes mais do que por vocação seria pela garantia de emprego, outros ainda verbalizam que alguns destes estudantes vão para enfermagem porque não conseguem outros cursos, nomeadamente o de medicina. A outra parte das respostas restantes (36%) recai no *Não Sei*.

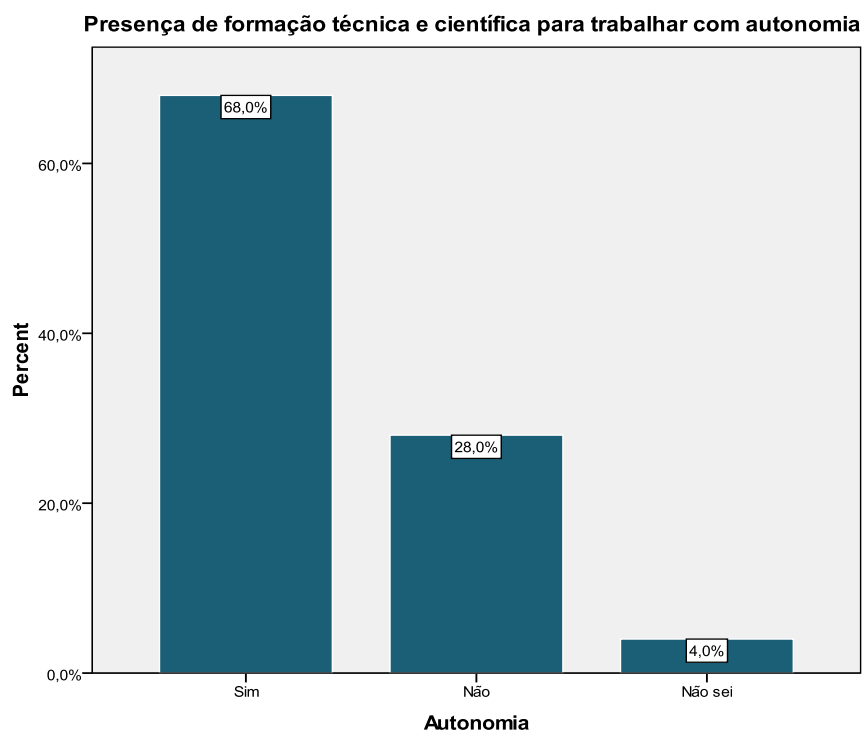
O **nível cultural** como característica dos enfermeiros foi também uma dimensão considerada neste estudo. Vinte e dois dos participantes do estudo, portanto, 88%, referem que os enfermeiros têm um bom nível cultural. Os restantes 12% referem o *Não Sei*.

Quisemos inquirir os nossos participantes se consideravam que a profissão de enfermagem se desenvolveu nos últimos anos. A grande maioria dos nossos participantes (80%) considera que sim, sendo que as restantes respostas recaem no *Não Sei*. Não há, portanto, nenhuma opinião negativa que negue o desenvolvimento deste grupo profissional, pese embora verifica-se o desconhecimento desta dimensão de desenvolvimento em cinco dos participantes.

4.3.3. Autonomia

Os profissionais de enfermagem trabalham, na sua maioria das vezes, inseridos em equipas pluridisciplinares. Do seu conteúdo funcional pertencem funções interdependentes e funções autónomas. O que pretendemos questionar aos nossos participantes foi se tinham a percepção das funções autónomas dos enfermeiros, isto é, funções que os enfermeiros podem exercer sem terem que estar dependentes de outros profissionais de saúde. A maioria das respostas (68%) verbaliza que *Sim*, 28% que *Não* e 4% optou pela resposta *Não Sei*, como apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Questão - *Os enfermeiros têm formação técnica e científica para trabalhar com autonomia, podendo prestar cuidados de enfermagem sem estar dependentes de outros profissionais?*



De notar que esta questão relaciona a formação e autonomia. No que concerne à dependência de um grupo profissional, alguns dos participantes do estudo, comentando a sua resposta, verbalizaram que há muitas das funções que os enfermeiros executam das quais têm que estar dependentes de uma prescrição médica, nomeadamente a administração de medicamentos.

4.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS

A apresentação dos resultados extraídos das narrativas experiências irá ser explanada pela apresentação de excertos dos discursos dos participantes. Neste âmbito, foi pedido ao participante que relatasse uma experiência vivida durante o internamento, positiva ou negativa, quando precisou de ser cuidado por um enfermeiro ou equipa de enfermagem. De realçar que as experiências relatadas variam muito. Umas referem-se a internamentos anteriores, outras a situações que os próprios participantes vivenciaram, no presente ou num internamento anterior e outras ainda, experiências que observaram com outros doentes. Muitas vezes antes ou momentaneamente a estes relatos, os participantes teceram comentários relativamente à prestação dos enfermeiros, nomeadamente relativo às questões do questionário, pelo que essa informação também foi trabalhada.

No Quadro 15 apresentam-se os achados encontrados nas narrativas experienciais dos participantes, ordenados consoante os temas identificados. Detalhada e separadamente em cada item serão abordadas cada uma das categorias e/ou subcategorias. De realçar que a ordem de apresentação não tem qualquer relação hierárquica. Na análise de conteúdo das narrativas experienciais não se procurou o número de ocorrências, mas o conteúdo manifesto dos discursos, realizando a apresentação dos dados pela utilização de unidades de análise.

Quadro 15: Temas resultantes das análises dos achados

TEMAS
PAPEL DO ENFERMEIRO
SATISFAÇÃO DO CLIENTE
BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO
CUIDADOS DE SAÚDE INTERPROFISSIONAIS
COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS
EDUCAÇÃO, GUIA E ORIENTAÇÃO
PRÁTICA ÉTICA E PROFISSIONAL
COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS E DE INTERACÇÃO

4.4.1. O Papel do Enfermeiro

O papel do enfermeiro, no seu sentido global, foi um dos aspectos narrados pelos nossos participantes, onde emergiram duas categorias: a valorização do papel do enfermeiro e a valorização deste papel no cuidado a pessoas confusas.

i. Valorização do Papel do Enfermeiro

O contacto com o hospital, com os enfermeiros e o serem alvos de cuidados de enfermagem, levou a que os participantes do estudo transmitissem a valorização pelo trabalho que os enfermeiros executam:

“Desde que estive no hospital... fiquei com a ideia que eles trabalham muito. Pensei que eles tivessem assim um trabalho normal... não era assim tão trabalhoso... mas eles têm muito trabalho, têm muito que desempenhar...” [C16]

Por outro lado, é também enaltecida a qualidade, a dificuldade e a valoração das actividades que os enfermeiros desenvolvem e não só a quantidade de actividades a desempenhar.

“... Eles salvam muitas vidas... e não é qualquer pessoa que tem capacidade para isto” [C13]

“Era serviço que eu não queria... não é fácil ser-se enfermeiro!..”. [C15]

“E entendo perfeitamente bem que não é fácil ter de tratar observar/tratar assim tantas pessoas.” [C21]

ii. Valorização pelo cuidado a pessoas confusas e/ou com distúrbios mentais

O cuidado a pessoas com distúrbios mentais ou com períodos de confusão ou agitação é uma necessidade frequente numa unidade de internamento de adultos, e, mais frequente sobretudo nos idosos, já que a própria hospitalização pode acarretar só por si, estados de confusão. A juntar a tal, temos as demências. Alguns dos participantes relatam a valorização do papel do enfermeiro perante estes doentes com estas especificidades:

“Estava aqui uma senhora internada que não estava lúcida, claramente... Passou a noite toda a gritar... (...) Então, ouvi as imensas vezes que os enfermeiros iam junto dela... Até me pareceu que dos poucos momentos em que ela se mantinha mais calma era mesmo quando os enfermeiros lá estavam. E o extraordinário é que nunca reparei que nenhum enfermeiro tivesse perdido a calma com ela... Se fosse comigo, a certa altura, não conseguiria ter a mesma paciência, àquelas horas da noite. Mas os enfermeiros que iam junto dela, não... sempre tranquilos, com paciência... e inúmeras vezes que foram junto da senhora a tentar acalmá-la.” [C16]

É salientada, para além da necessidade de competência relacionais e de interacção particulares para estas situações, também a necessidade de desenvolver técnicas de comunicação.

“E eu vejo... uma paciência (...) a minha mulher não tem respeito nenhum (doente Alzheimer), eu digo qualquer coisa e nada! Vem o enfermeiro e... chama-a e ela vai como um ‘cordeirinho’.... Por isso é que andam a estudar muitos anos... desenvolvem técnicas...” [C8]

4.4.2. Satisfação do Cliente

A satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem que prestamos é o objectivo major da prática profissional dos enfermeiros, dado que será este contentamento com os cuidados de enfermagem que revelará a qualidade do nosso exercício profissional. Dentro desta categoria incluímos expressões reveladoras da satisfação dos utentes pelos cuidados de enfermagem que receberam, bem como aspectos relacionados com o acolhimento, sendo que este último é também denunciador da qualidade dos cuidados oferecidos.

i. Satisfação com os Cuidados de Enfermagem

O contentamento com os cuidados de enfermagem e com os enfermeiros é revelado em algumas expressões dos doentes:

“... Tenho tudo positivo... correu tudo bem... (...) gostei da atitude de todos... todos me tratam muito bem... (...) eles se continuarem assim, estão bem...” [C16]

“... Correu tudo bem... (...) gostei de tudo... (...) gostei do bem que eles me têm feito... têm-me ajudado na minha doença... (...) tem corrido tudo bem, graças a deus... (...) não tenho queixa de nada, são todos bons!” [C11]

“Os tratamentos aqui dos enfermeiros, de quaisquer... são espectaculares” [C15]

Os participantes do estudo revelam regozijo com os cuidados de enfermagem, bem como com os enfermeiros que os prestaram. Demonstram mesmo agradecimento e congratulam os enfermeiros pelo desenvolvimento deste trabalho.

“... Muito bem, muito bem... nunca encontrei coisa igual... (...) muito satisfeito com o trabalho deste pessoal todo (enfermeiros) em geral...” [C7]

“...De um modo geral dou os parabéns aos enfermeiros... e agradeço... o tratamento deles... pelo menos para mim. Para mim foi, de um modo geral, tudo bem...” [C17]

“Acho que é uma profissão importante... os cuidados... estão sempre atentos... quando é preciso, estão sempre em cima... quando chamamos... (...) Vou feliz porque estou bem e fui bem tratado! É isso!” [C8]

ii. Acolhimento

O primeiro impacto com o hospital e/ou internamento hospitalar é fundamental para uma estadia mais tranquila. Tal é revelado pela importância atribuída ao acolhimento e integração nas narrativas dos participantes.

“Quando cheguei aqui depois de ser operada... vieram vários enfermeiros... uma delas até me chamou pelo nome, que ainda se lembrava da outra vez que cá tinha estado... Temos aqui uma cliente nova... já vem aqui... Bem-vinda à nossa casa, e tal... e é assim, acolhem-nos bem.” [C4]

“Os enfermeiros principalmente, foi uma das primeiras coisas que notei quando fui aqui internado... cheguei aqui... e o enfermeiro x, que estava ao serviço, dirigiu-se a mim.: “Como está? (com um aperto de mão), sou enfermeiro x, estou aqui ao seu dispor... venha comigo... a sua cama é esta... e isto, e isto... tudo o que for preciso é só dizer!” E eu... “Eh pá!!!” Não estava habituado àquele tratamento no hospital y! [C15]

É curioso salientar a admiração destes participantes relativamente a um acolhimento adequado.

“Quando entrei aqui, desta vez, eu fui muito bem recebida, aliás, eu até própria fiquei assim um bocadinho admirada. (...) Fui muito, muito, muito bem recebida, muito mesmo...” [C2]

4.4.3. Bem-Estar e Auto Cuidado

O bem-estar e o auto cuidado são aspectos comuns da prática profissional dos enfermeiros, também relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem. O Quadro 16 demonstra as categorias identificadas para este tema, bem como as subcategorias, sendo que após o quadro se encontrarão exploradas cada uma delas.

Quadro 16: Bem-Estar e Autocuidado

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO	Bem-Estar	Atenção à Pessoa
		Vigilância
		Presença Física Constante
	Autocuidado	Higiene / Banho
		Uso do Sanitário
		Deambular

i. Bem-Estar

Consideramos que o bem-estar incluiria a **vigilância e atenção à pessoa e a presença física permanente**.

A promoção do bem-estar da pessoa fragilizada é um dos aspectos centrais da prática quotidiana dos enfermeiros, e é um aspecto valorizado pelos utentes. Associada a esta promoção do bem-estar está intrinsecamente relacionado o controlo da dor:

“E sempre preocupados se a gente tem dor... e dar os medicamentos para a dor.”

[C4]

“Havia lá uma colega sua... que bastava olhar para a minha cara, que percebia... identificava que eu tinha dor... Lá questionava ela “não quer uma medicação para a dor?...” E sorríamos uma para a outra... Ela, pelo tempo que estive lá internada... já me conhecia... e sabia quando estava com dor... só pela minha cara!” **[C10]**

Está patente nos discursos das pessoas a importância da vigilância e da presença física constante:

“Constantemente estão aqui para ver como é que estamos... se está tudo bem, se precisamos de alguma coisa...” **[C12]**

“Acho que são muito cuidadosos, que estão sempre mais ou menos presentes... que não passam muito tempo sem irem aos quartos perguntarem se é preciso alguma coisa.” **[C4]**

“Os enfermeiros estão sempre cá... estão cá quase sempre... realmente... é o enfermeiro que está sempre ligado ao doente.” **[C13]**

A discrepância entre o tempo que os enfermeiros passam junto dos doentes em relação aos médicos, foi também referida nos discursos:

“Nós vemos os médicos, é verdade, vemos o médico agora, somos capazes de ver o médico amanhã ou daqui a dois dias, mas ao enfermeiro nós estamos sempre a vê-lo todos os dias. É com o enfermeiro que nós estamos sempre.” **[C2]**

ii. Auto Cuidado

Os enfermeiros têm a seu cargo o cuidar, e o substituir a pessoa naquilo que ela não é capaz de fazer. Autocuidado “é um tipo de acção realizada pelo próprio: tomar

conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida” (ICN/APE, 1999/2001, p.55)

Os autocuidados referidos pelos participantes do estudo são os seguintes: Uso do Sanitário, Higiene / Banho e Deambular.

Relativamente ao Auto Cuidado: Higiene / Banho, temos as seguintes citações:

“ (...) Para me lavar...” [C11]

“Preciso que me ajudem a tomar banho e a arranjar... estão sempre preocupados em me dar o banho, porque sabem que preciso de ajuda...” [C4]

“... Com a limpeza das pessoas... têm um cuidado bestial!” [C7]

É também referido ao auto cuidado: uso do sanitário: *“É preciso ir ao bacio, se é preciso ir à casa de banho...” [C11]*

Por fim, o deambular: *“Ele (enfermeiro) acompanhava-me sempre... Andava sempre comigo a apoiar-me: “agora mude esta perna... e agora a outra...” [C20]*

4.4.4. Cuidados de Saúde Interprofissionais

No seio de qualquer unidade de internamento hospitalar movem-se equipas de vários grupos profissionais, cada um assumindo o seu papel. No entanto, devido a diversos factores, dentre os quais o estatuto social que os médicos ainda possuem no seio da população, bem como o peso histórico da evolução da enfermagem, inicialmente surgindo como auxiliar do médico, a equipa médica e as relações que os enfermeiros estabelecem com ela são os aspectos salientados pelos participantes.

i. Enfermeiro como elo de ligação entre o doente e o médico

O enfermeiro permanece junto o doente 24 h por dia. Por um lado, há doentes que valorizam esta presença, enaltecendo que grande parte do trabalho é dos profissionais de enfermagem, mas pese embora, deixam salvaguardado que o médico é uma entidade superior ao enfermeiro, no que se refere a poder e a poder de decisão.

Nesta expressão fica patente a superioridade do médico em relação ao enfermeiro:

“Já... o médico é sempre o médico... (...) mas o médico é muito importante, acima do enfermeiro...” [C16]

Pese embora, fica salientada a importância do papel do enfermeiro nesta relação entre enfermeiro, médico e doente, bem como no cuidado e atenção à pessoa, sendo um elo fundamental para uma comunicação adequada:

“... Aliás, essencialmente o trabalho e todo vosso... os médicos fazem o diagnóstico, mas depois o resto...” [C2]

“... Quando o médico não está são vocês que têm, penso, que enfrentar a situação...” [C15]

“Sem enfermeiros, imagina os médicos! Como é que os médicos vão cuidar sozinhos dos pacientes? Não há maneira! É importante, é essencial, tem que ter enfermeiros... o enfermeiro tem que estar ali... junto...” [C17]

“...Eles (enfermeiros) são o elo de ligação entre o doente e o médico (...) Eles servem sempre de elo de ligação entre o doente e o médico. É um elo muito importante... se esse elo se partisse a comunicação poder não ser tão boa. [C16]

ii. Acompanhamento a Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Procedimentos Médicos

Algumas das experiências referenciadas pelos participantes do estudo relacionam-se com a presença dos enfermeiros em Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Procedimentos Médicos.

“Foi importante o ciclo que eu fiz...foi importante para mim...E (os enfermeiros) estiveram sempre ao meu lado... sempre a medir a tensão e a ver como é que eu estava... de quinze em quinze minutos lá estavam de volta de mim...Foi importante para mim...senti-me mais segura. Eles estavam sempre ao pé de mim, não me deixaram. Foi muito bom para mim.” [C9]

É realçada a importância destes profissionais - enfermeiros - durante estes procedimentos.

“A realizar o cateterismo, houve realmente um elemento de enfermagem, um sr. enfermeiro do serviço que... Quando estavam a terminar o cateterismo ele deu opinião ao médico que estava a realizar o exame, se não era melhor descer um bocadinho mais a baixo para ver a parte renal. E em boa hora ele falou, porque o médico concordou... e

quando chegaram à parte renal, quando chegaram ao rim direito, detectaram-me um aneurisma. Onde eu vi... senti... a observação que ele (enfermeiro) fez... ‘ela não se queixava sem razão... aqui se encontrou a situação do problema dela...’ Foi muito importante. E ainda hoje eu penso que se ele não tivesse feito aquela observação, não tivesse aquela atitude, ainda não sabia o meu problema.” [C10]

4.4.5. Competência Técnicas e Científicas

O Saber e o Saber Fazer constituem parte do substrato de qualquer profissional habilitado. Este tipo de competências científicas e habilidades psicomotoras estiveram presentes nos discursos dos nossos participantes. Salvaguardamos que muitas vezes as competências técnicas surgem como uma actividade interdependente, no entanto, como os aspectos verbalizados se referem muito mais à habilidade psicomotora e competências, optou-se por esta categorização. No Quadro 17, observamos as categorias e subcategorias associadas a este tema.

Quadro 17: Competências Técnicas e Científicas

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS	Competências Técnicas	Administração de Terapêutica
		Execução de Tratamentos
		Procedimentos
		Défice de competências técnicas
	Competências Científicas	

i. Competências Técnicas

No cerne destas competências técnicas temos os aspectos que se relacionam com o saber fazer que a profissão integra. Aqui se incluem as técnicas e procedimentos de enfermagem, incluindo a administração de terapêutica e a execução de tratamentos.

Na execução de tratamentos:

“...Nos curativos e tratamentos... e têm um cuidado bestial para isso; não se pode dizer mal...” [C7]

“E qualquer enfermeiro que vem cá executar o tratamento... tem muito cuidado e preocupação comigo.” [C14]

Na administração de medicação:

“... Veio cá dar umas injeções na barriga...” [C11]

“... E dão o remédio a tempo e horas...” [C18]

É realçada, para além da execução técnica correcta do procedimento, também a preocupação com o conforto, na medida do possível.

“Os enfermeiros fizeram de tudo para que corresse bem e com o menor sofrimento possível para mim, acalmando-me e encorajando-me bastante enquanto me colocavam uma sonda nasogástrica, que é um processo um pouco doloroso. Mas, com a ajuda dos enfermeiros acabou por correr da melhor forma possível, senti neles (enfermeiros) uma enorme vontade de causar o menor sofrimento estando a realizar o serviço com uma enorme vontade e gosto.” [C21]

No pólo inverso, são também relatadas **défice de habilidades psicomotoras** em algumas das narrativas:

“A enfermeira picou, picou, não encontrou; voltou a picar e não picou, não encontrou... e depois teve que ser outro enfermeiro...” [C22]

“Estava lá uma enfermeira... e não conseguiu encontrar-me uma veia... tentou, tentou e não conseguiu... também não foi chamar nenhum colega. A certa altura, o médico reparou da dificuldade dela e disse que já não era necessário aquele antibiótico e trouxe uma receita para tomar em comprimidos em casa.” [C16],

No entanto os utentes demonstram não valorizar algumas situações de dificuldade na execução de determinados procedimentos devido a características de cada pessoa:

“Também sou assim um bocadinho gordo e tenho os braços inchados...Mas pronto, acontece, não é culpa dela, não é de propósito!” [C16]

Muitas vezes associado a algumas dificuldades técnicas está a desvalorização das queixas do doente:

“... Espetou o cateter mal, o soro mal pingou, queixei-me com dor, mas o enfermeiro disse ser normal, pois tinha medicação. Mal viraram as costas, tive de tocar a campainha, já estava o braço inchado.” [C24]

Ou a falta de cuidado na execução dos procedimentos:

“Foi um bocado a fazer o penso a despachar... ao espremer... para ver se aquilo tinha líquido ou não. Não teve cuidado, foi mesmo para despachar... e mesmo a limpar, eu lembro-me que foi uma coisa muito à pressa, muito... mal desinfectado... que aquilo infectou...” [C5]

ii. Competências Científicas

O saber ou as habilidades cognitivas estiveram também presentes nos discursos, relacionados com a aptidão e com a capacidade.

“Só quem vê, quem sabe... a capacidade que têm...” [C13]

“Eles têm muito que saber... eu sei valorizar bem...” [C16]

É revelado o desenvolvimento da profissão de enfermagem, concretizando-se num melhor atendimento à pessoa, sobretudo depois da Revolução de Abril, enaltecendo a cultura dos enfermeiros:

“Pois tenho sido bem tratado nos hospitais, depois do 25 de Abril... Não tenho qualquer razão dos enfermeiros nestes últimos 30 anos... São pessoas cultas...” [C19]

4.4.6. Educação, Guia e Orientação

O enfermeiro desempenha um papel crucial de educador junto do doente com necessidades de conhecimento ou de aprendizagem. Para além disso, desenvolve ainda funções de orientação e informação ao longo do quotidiano da sua prática com o doente.

“A coisa não correu como estava à espera... mas depois... as coisas lá correram... A resposta... foi importante... a informação foi correcta, foi real...” [C8]

“Explicam muito bem as coisas...” [C18]

A informação clara e objectiva são fundamentais nos processos de aceitação do estado de saúde:

“Explicou-me que ia levar uma vida normal dando muitos exemplos de pessoas com a mesma doença e imenso apoio, no fim da conversa senti-me muito melhor...” [C25]

Esta informação também se revela importante no sentido de acalmar a pessoa relativamente aos sinais e sintomas sentidos pela pessoa doente.

“Quando acordei e vi tanto sangue... a minha ideia, porque estava doente do pulmão, era que o sangue vinha do pulmão... e pensei: “vou já morrer!”... eu não percebo nada de medicina! Mas logo vieram e trataram-me e aclamaram-me muito... eu tinha a almofada, as mãos... tudo cheio de sangue... e acalmaram-me muito... a minha ideia é que tinha sido do pulmão... e disseram-me que era do nariz e acalmaram-me muito e fizeram tudo o possível...” [C13]

A educação para a saúde está patente quando este participante fala em aconselhar, apesar de relatar tal como uma função interdependente:

“Têm um papel importante... de aconselhar... através do médico... dar conselhos ao doente...” [C16]

A **preparação para o regresso a casa**, foi um aspecto descrito em duas narrativas dos participantes:

“É importante ensinarem-me a lidar com o andarilho e com as muletas... para depois ir para casa... Se não fosse ele (enfermeiro) ... teria muita dificuldade.” [C20]

A **promoção da independência**, no caso supracitado no autocuidado: deambular, é um dos alvos principais do exercício dos enfermeiros.

Na narrativa que se segue, para além desta promoção da independência, neste caso no cuidado a uma colostomia, fica também implícita a necessidade da **prevenção de complicações**:

“E ela então... ensinou-me... a colocar, a desinfetar, a botar aquelas coisas... e eu daí, gostei, pronto, que ela me ensinasse a fazer aquilo... e para eu não estar a depender... pronto, nem delas depois... tomava banho e já botava sozinha e fui pra casa e fazia as coisas sozinha, não dependia... (...) depois, ... fui fazendo conforme ela me indicava. E depois comecei a fazer higiene... que ela depois também botava aquele tipo de... (tintura benjoim); pronto... e depois ela também... pois... para depois lavar com sabão. E eu a partir daí comecei a lavar em casa com sabão e tudo e nunca me irritou a pele... Foi aí que eu gostei de... pronto... da enfermeira.” [C1]

4.4.7. Prática Ética e Profissional

Os princípios éticos e a ética profissional devem guiar a conduta dos enfermeiros. Esta componente ética e profissional intersecta-se com a relacional, sendo que as fronteiras entre as duas nem sempre claras de estabelecer na análise dos discursos dos participantes. Aqui se inseriram as sub-categorias: a ética e o profissionalismo, as características pessoais e o défice de profissionalismo, como podemos visualizar no Quadro 18.

Quadro 18: Prática Ética e Profissional

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
PRÁTICA ÉTICA E PROFISSIONAL	Ética e Profissionalismo	Humanidade
		Caridade
		Responsabilidade
	Competências Pessoais	
	Défice de Profissionalismo	Negligência
		Desvalorização das queixas e preferências do doente
		Comportamento inadequado

No que se refere a características pessoais, são referidas a educação e o carácter:

“Só sei que o enfermeiro para ser bom, basta ter qualidades e tratar bem as pessoas.” [C19]

“Um enfermeiro... uma excelente pessoa...” [C18]

A educação é uma das características pessoais que o enfermeiro deve possuir:

“Aqui não há nada a apontar (...) a educação!” [C15]

“Têm muita educação... pelo menos em relação a mim!” [C7]

A responsabilidade e o humanismo são características que devem pautar a prática ética e profissional do enfermeiro. Relativa à responsabilidade, temos as seguintes citações, reveladoras da sua importância:

“... Eu acho que tem que ser... para ajudar a pessoa... a pessoa também está doente e necessitada e é bom que tenha um... vá lá... enfermeiro com responsabilidade!” [C13]

“Têm que ter muita responsabilidade...” [C7]

No que respeita ao humanismo e respeito pela dignidade humana:

“E tratar o paciente como se fosse o primeiro dia de trabalho deles (enfermeiros) ... e não porque trabalhou ontem e está cansado e com problemas. Tem que ver o paciente como uma pessoa humana.” [C17]

“Tem que se ser humano.” [C2]

A caridade, e esta caridade equiparada a um dom que os enfermeiros possuem estiveram presentes no discurso dos participantes:

“É a caridade! (...) Com caridade, tem corrido tudo bem, graças a Deus...” [C11]

“É um dom...” [C13]

“Têm esse dom.” [C13]

No pólo oposto do que acima ficou descrito, estão relatos relativos à **falta de profissionalismo**.

“As empregadas, ou qualquer coisa, põem a comida à frente dos doentes e... ‘coma se quiser, se não quiser não coma...’ A minha mulher esteve lá e encarregou-se daquilo de dar comida às outras pessoas que lá estavam ao lado dela, hospitalizadas... e dava-lhe comida na boca. Por isso... há destas coisas... é uma estupidez. (...) Pois claro (deviam ser os enfermeiros a encarregar-se de que os doentes comem)” [C7]

São descritas aspectos reveladores de alguma **negligência** por parte dos enfermeiros:

“Fui ao hospital e um enfermeiro aplicou-me aqui (apontando para a braço) uma injeção... e o que é que sucedeu depois... fui com a injeção metida para casa... e embrulhou aquilo num pano qualquer... e não dei por ela. Cheguei a casa e senti uma coisa qualquer saliente no braço... não sei o que isso é... ‘Oh! Vim com a injeção metida no braço!’ (...) é uma estupidez! Eu não dei por ela... não me apercebi, não percebo nada daquilo... (...) Fazem umas coisas muito abandonhadas... foi aqui neste braço!” [C7]

“E chamei a enfermeira de noite... e disse à enfermeira mas ela não ligou muito àquilo... De manhã fui observada pela médica que é que realmente viu... a enfermeira depois chegou ao pé de mim... e disse... não contava com uma coisa destas... mas acho que a enfermeira não actuou bem...” [C14]

A **desvalorização das queixas e preferências da pessoa**, para além de estar referida na citação ([C14]) acima descrita, fica manifesta também em:

“Umas vezes é tudo a despachar, fazem como elas (enfermeiras) querem... e quando querem (...) e não gosto nada de ter esta ligadura toda a tapar a perna toda! [C5]

“ (...) Eu não estava a fazer barulho... estava a chamar, porque me estava a sentir mal. Neste momento vem uma enfermeira e diz... espera aí que... já trato disso tudo! Aparece um enfermeiro, deu-me uma picadelazinha e fiquei a dormir.” [C8]

São ainda descritas situações de um **comportamento inadequado**:

“Andam lá na brincadeira uns com os outros(...) Deviam entrar e começar logo...” [C7]

“Sei que, ele agarrou nas minhas coisas, agarrou num saco preto... e óculos e tudo que lá tinha... tudo para dentro do saco preto; atou-o e foi para lá (...) Fui para outra cama; e, sem me darem satisfações! (...) Armado em parvo (o enfermeiro)... foi mesmo estúpido e malcriado! (...) Não tinha nada que fazer aquilo. Guardava lá aquilo e esperava que a minha mulher chegasse ou saber o que é que era.” [C15]

4.4.8. Competências Relacionais e de Interacção

As competências relacionais e de interacção são, geralmente muito valorizadas pelos doentes: *“São esses pequenos nada que fazem um enfermeiro bom ou ruim...” [C8]*

Nas narrativas dos participantes estão descritas, tanto a presença como a ausência destas competências relacionais e de interacção.

As categorias e subcategorias identificadas, que a seguir iremos discriminar, podem ser observadas no Quadro 19.

Quadro 19: Competências comunicacionais e de interacção

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS E DE INTERACÇÃO	Presença	Forma afável como os enfermeiros comunicam com os doentes
		Simpatia
		Calma, paciência e tranquilidade
		Apoio
		Carinho e Cuidado
	Ausência	Agressividade
		Falta de disponibilidade

Como características positivas temos o apoio, a simpatia, a disponibilidade e paciência, a postura calma e tranquila, a proximidade, o cuidado, e o carinho.

A **forma afável com que os enfermeiros comunicam com os doentes**, e a sua importância são relatadas em várias narrativas. Apresentam-se alguns excertos.

“O tratamento aqui dos enfermeiros, de quaisquer ... são espectaculares... brincam com a gente, falam (...) Os enfermeiros, foi uma das primeiras coisas que notei quando fui aqui internado... No outro dia de manhã começaram a chegar as enfermeiras. “Bom dia! Bom dia!” (...) Foram ver... e se havia uma cara nova... e cumprimentam... ‘como está (com um aperto de mão)’ ” [C15]

“É claro, é importante... de brincar com o paciente, com o cliente... de o consolar e desconstrair o ambiente para diminuir a tristeza... Então é importante o enfermeiro ser brincalhão também.” [C17]

“Pessoalmente até gosto de estar a ver a forma que tratam dos doentes. Conversam, brincam, falam a sério...” [C21]

“As relações com a enfermagem acabam por se tornar por vezes mais próximas quando se está muito tempo internada...” [C10]

A **simpatia** é mesmo equiparada a um ‘antídoto’ ao sofrimento causado pela hospitalização.

“A simpatia deles... é muito importante... deixa-nos mais aliviados, mais alegres... Não sentimos tanto o estarmos presos no hospital... parece que estamos mais em família.” [C16]

Fica realçada a importância da **calma, da paciência e da tranquilidade** no contacto com a pessoa doente.

“E têm que ter calma; têm que falar com a gente com muita calma (...) Com paciência fazem tudo bem feito... se não nos tratam bem... e nós não gostarmos da cara... e pode ser muito profissional... e de dez ou vinte anos e ter muitos cursos... sem paciência não resolve os problemas... tem que ter paciência, sem agitar o paciente.”
[C17]

A consideração pelo **apoio** prestado pelos enfermeiros fica saliente neste discurso:

“Em momentos em que estava muito em baixo psicologicamente sentindo-me triste, sendo que neste capítulo os enfermeiros muito importantes pois nestes momentos sempre me apoiaram e fizeram de tudo para me animar e acalmar. Sem esta ajuda teria sido muito complicado superar estes momentos.” [C23]

“Às vezes estava chorando o meu problema... e os enfermeiros chegavam e... me consolavam, me davam apoio e me agradavam e... me davam as palavras de apoio. E isso são coisas de bom que tive.” [C17]

Por fim, são referidos o **carinho** e o **cuidado**.

“ São muito carinhosos, muito...” [C12]

“A forma como falaram comigo, a forma carinhosa como me receberam, como falaram comigo. A forma carinhosa como me acolheram, como falaram comigo, como continuam a falar comigo, cativaram-me perfeitamente...” [C2]

“Têm muito cuidado e preocupação comigo.” [C14]

“Eu ficava muito nervosa quando tinha que ser picada, e os enfermeiros também porque já sabiam desta minha dificuldade e não me querem magoar... Um dia, uma das enfermeiras foi buscar um saco de água quente para me por nos braços... Achei aquilo o máximo... A preocupação delas...” [C6]

“Acho que são muito cuidadosos.” [C4]

Como características negativas temos a agressividade e a falta de disponibilidade.

Relativamente à **agressividade**, os relatos dos participantes descrevem:

“No hospital X não tratam assim... tratam com outro carácter o doente... dobrado..., de mau, a ralhar... toma lá... se queres, queres, se não queres e assim... não é como aqui...” [C12]

“... Alguns enfermeiros/as são assim... um bocadinho... mal encaradas...” [C15]

“Outra vez, agora mais perto, antes de vir para aqui... apanhei uma ferida no dedo do pé... e sou diabética... Tive que ir ao Centro de Saúde fazer o penso... A enfermeira... disse-me... se calhar têm que lhe cortar o dedo... logo no primeiro dia, na minha cara...” [C5]

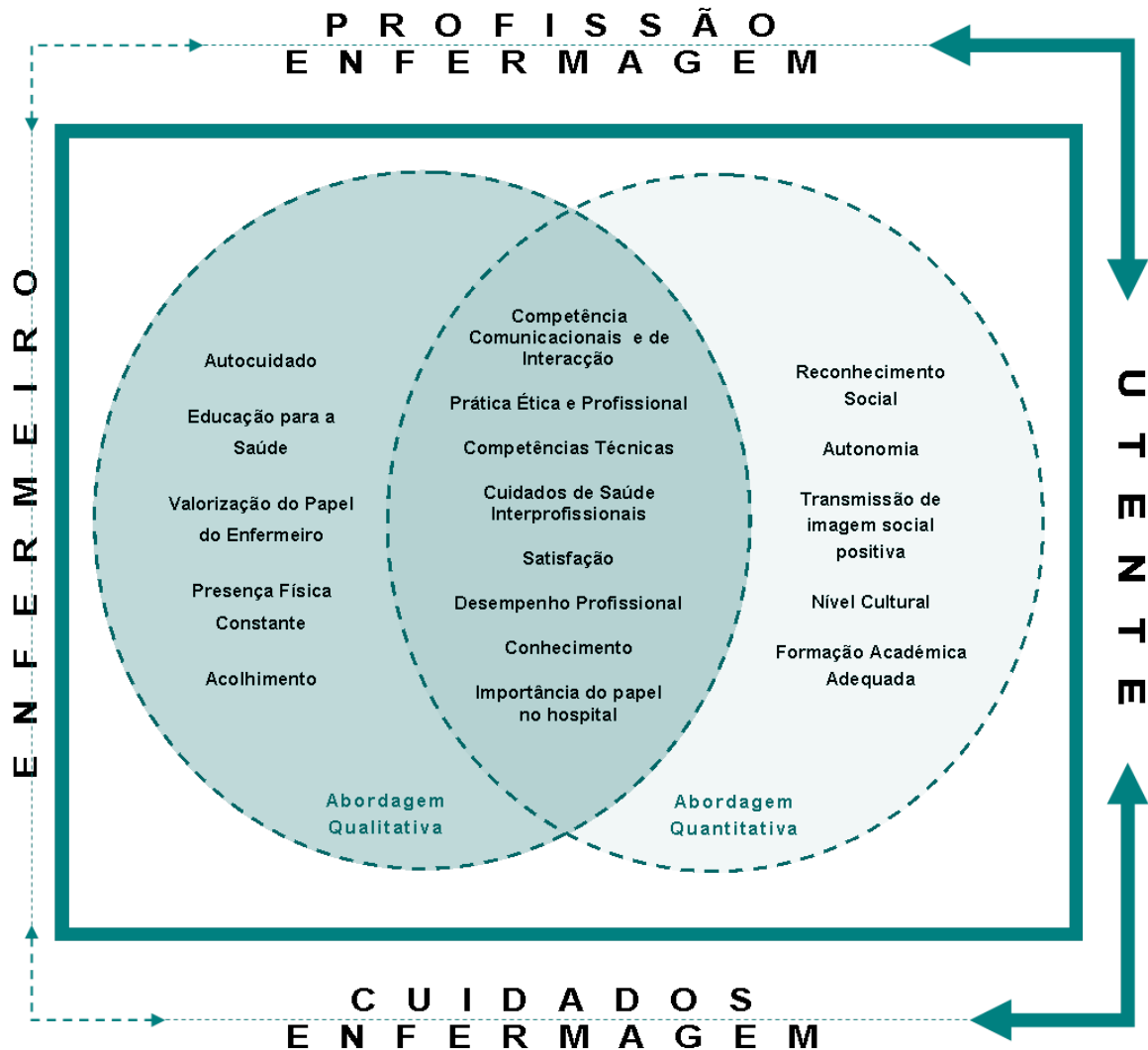
A falta de disponibilidade está também documentada:

“Estava internado, fui operado e fiquei numa sala sozinho, chamava, às vezes custava a vir... tocava novamente... vinha... lá vinha... e assim...” [C15]

“A minha mulher faz chichi na fralda... é preciso mudar...e há dias a minha filha foi dizer a uma enfermeira e ela: ‘tome lá!’ e a minha filha é que mudou a fralda à minha mulher...” [C8]

No sentido de ilustrar e tornar os dados obtidos mais explícitos, apresentamos a Figura 1. Pretendemos com esta figura ilustrar as dimensões que constituíram alvo de atenção no nosso estudo. Na área de intersecção das duas circunferências apresentam-se os dados resultantes de ambas as abordagens, sendo as dimensões que ficaram reforçadas por ambas as abordagens; na circunferência do lado esquerdo encontram-se os temas que emergiram das narrativas dos participantes; finalmente, na circunferência do lado direito encontram-se as dimensões apenas abordadas no questionário. Procura-se demonstrar aquelas dimensões que ficaram reforçadas por ambas as abordagens e as que só foram salientadas em cada uma das abordagens. Não se verificou contradição clara em nenhuma das abordagens. A englobar estas circunferências temos os domínios: cuidados de enfermagem, enfermeiros, profissão de enfermagem, os quais se encontram estritamente relacionados e que constituem a orgânica escolhida para a apresentação dos dados e discussão dos resultados, tendo o utente como alvo, como centro, como construtor da imagem que detemos.

Figura 1: Esquema representativo dos dados obtidos.



No final deste capítulo ocorre referir que esperamos ter sido explícitos na apresentação dos dados que obtivemos. No capítulo que se segue proceder-se-á à discussão destes resultados, podendo destacar-se os principais contributos que obtivemos com o desenvolvimento deste estudo de investigação.

CAPÍTULO 5:

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será desenvolvida a partir dos objectivos estabelecidos para este trabalho de investigação. Considerou-se que esta seria a forma para tornar a discussão mais clara e objectiva. Procurar-se-á que no decurso da discussão dos resultados se esclareça de que forma damos resposta às questões de investigação, confrontando os resultados e achados obtidos com trabalhos desenvolvidos por outros autores e com o estado da arte.

De notar, que não se pretende uma futura generalização dos resultados, na medida em que as possíveis conclusões são intrínsecas aos 25 participantes, e tendo em conta o contexto específico em que se desenrolou o processo de colheita de dados.

Da mesma forma daquilo que aconteceu no capítulo anterior, ao longo da apresentação dos resultados, iremos ilustrar alguns dos temas com a transcrição de excertos das narrativas dos participantes. Cada unidade de análise encontra-se reconhecida através da fonte de informação que foi previamente codificada. Quando referimos **[C1]** estamos a utilizar excertos do participante (caso) que codificámos como n.º 1.

Seguir-se-á também a mesma estrutura daquela considerada na apresentação e análise dos resultados, considerando três grandes temáticas - os cuidados de enfermagem, os enfermeiros e a profissão de enfermagem. Os objectivos serão abordados tendo em conta a área temática em que se incluem. Exceptua-se a abordagem ao objectivo: ***Percepcionar as vivências, positivas ou negativas, experienciadas pelos utentes, ao receberem cuidados de enfermagem durante o internamento hospitalar,*** que tem na base os achados obtidos através da análise das narrativas experienciais, na medida em que os temas e categorias que emergiram da análise serão incluídos na discussão que se relacionem intrinsecamente com eles.

De notar que já atrás usámos e continuaremos a utilizar os termos utente, doente e cliente de forma indiscriminada, porque consideramos todos os termos adequados ao contexto. O termo cliente levou-nos à construção de uma representação que, a nosso ver, pode ilustrar positivamente a nossa posição e âmbito de desenvolvimento deste estudo. De realçar, antes de mais, que a designação cliente e o desenho que a seguir apresentamos não têm como fundamento uma vertente economicista, mas a ideia de troca entre enfermeiro e pessoa. Podemos, assim, representar:

- A profissão de enfermagem como uma empresa, com uma filosofia, missão e valores bem determinados e regulamentados;
- Onde os enfermeiros são os demais funcionários;
- E os cuidados de enfermagem os produtos;
- Assumindo-se o cliente como o alvo, como um agente participativo, como aquele que troca algo com o outro;
- Podendo considerar-se os hospitais como ‘pontos de venda’.

Segundo esta representação, torna-se imperioso e indispensável considerar a perspectiva da pessoa, tanto para monitorizar a qualidade dos produtos e da organização, como para identificar problemas a corrigir e expectativas em relação aos cuidados e aos funcionários.

5.1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem são definidos pela entidade reguladora da profissão em Portugal (OE, 2002, p.8) da seguinte forma:

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.”

A definição de cuidados de enfermagem tem sofrido algumas transformações ao longo do tempo. Adopta-se, neste âmbito, aquela que é referida pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, pese embora referiremos outros autores que contextualizem o âmbito do nosso estudo. O que pretendemos neste subcapítulo é explicitar de que forma concretizamos os objectivos: ***Descrever as percepções dos utentes acerca dos cuidados de enfermagem recebidos aquando do seu internamento hospitalar e Identificar as funções que caracterizam os cuidados de enfermagem.***

Começando pelo primeiro objectivo, noventa e seis por cento dos participantes do nosso estudo revelam-se *muito satisfeitos* e *satisfeitos* com os cuidados de enfermagem que receberam durante a hospitalização.

A satisfação dos clientes deve ser um dos objectivos que os enfermeiros devem perseguir para atingir a excelência na sua prática profissional (OE, 2002).

A satisfação com os cuidados recebidos foi um item referido pelos doentes quando questionados acerca de quais as funções que consideravam como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem, o que é revelador da importância dada pelos doentes a estes aspectos. Nas narrativas contadas pelos nossos doentes a Satisfação do Cliente foi uma categoria que emergiu dos seus discursos, como podemos verificar: “... *Muito bem, muito bem... nunca encontrei coisa igual... (...) muito satisfeito com o trabalho deste pessoal todo (enfermeiros) em geral...*” [C7]. O acolhimento foi uma dimensão considerada nesta categoria, tendo em conta que integra “*o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde*” (OE, 2002, p.12).

No estudo desenvolvido por Morrison (2001), relata-se um grau de satisfação geral com os cuidados recebidos, bem como com o nível de cuidados, assumindo-se, neste sentido, o doente como consumidor de cuidados. Gomes e Mendes (2008), referem que doentes satisfeitos são mais aderentes aos tratamentos e orientações dos profissionais, obtendo-se consequentemente, ganhos em saúde. A satisfação com os cuidados de enfermagem é uma realidade noutros estudos, como em Fernandes, Seco e Queirós (2009), Carmo (2007) e Diniz *et al.* (2007).

Quanto a aspectos concretos dos cuidados de enfermagem - aspectos técnicos, atenção prestada pelos enfermeiros ao seu estado de saúde, resposta dos enfermeiros às suas chamadas, cuidados e atenção e informação recebida – foram os aspectos técnicos e a dimensão: cuidados e atenção aqueles que apresentaram maior nível de satisfação. As competências técnicas e os aspectos relacionados com a comunicação e com as relações interpessoais foram também as dimensões mais referidas como funções caracterizadoras dos cuidados de enfermagem.

Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Paim *et al.* (2001) sobre a imagem social do enfermeiro na Ilha Terceira, cujas conclusões revelaram que esta população vê o enfermeiro como o profissional de saúde que presta cuidados directos ao doente, com elevada competência técnica e humana. Corroborando estas dimensões Honoré (2000), refere um inquérito realizado pela Ordem das Enfermeiras e dos Enfermeiros do Quebec, relativamente às expectativas da população, onde as três grandes categorias expressas foram a comunicação, as aptidões e os conhecimentos técnicos e as atitudes e os comportamentos.

Os aspectos técnicos acabam por constituir a dimensão mais visível e objectiva para os doentes internados e, daí a sua elevada referências pelos utentes participantes do estudo como funções caracterizadoras dos cuidados de enfermagem. O estudo sociológico levado a cargo por Carapinheiro (2005), revela que o estatuto social dos enfermeiros está associado à execução objectiva de cuidados, pese embora, o reconhecimento do mérito dos enfermeiros no controlo dos processos técnicos numa era de crescente domínio da tecnologia inerente à racionalização do acto médico, poderá aumentar a relação de dependência dos enfermeiros em relação aos médicos.

A dimensão técnica foi evidenciada nos discursos das vivências de experiências de internamento dos participantes, sobretudo relacionados com a execução de tratamentos e na administração de medicação. No estudo de Morrison (2001), os doentes hospitalizados referem os aspectos técnicos como essenciais do papel dos enfermeiros, corroborando os resultados por nós obtidos, tendo sido a dimensão mais verificada como caracterizadora dos cuidados de enfermagem.

Apesar de quando questionados com a satisfação relativa a aspectos técnicos, as respostas tenham sido muito positivas, nas narrativas surgem-nos os dois pólos: são referidos experiências positivas e o cuidado dos enfermeiros na execução destas técnicas, como são referidos aspectos negativos relacionados com o défice de habilidades psicomotoras. No entanto, estes aspectos de deficiência técnica são de alguma forma ‘desculpabilizados’ aos enfermeiros, uma vez em associação a alguma inexperiência profissional e outras devido a características físicas da pessoa, como podemos verificar no excerto: *“Também sou assim um bocadinho gordo e tenho os braços inchados...Mas pronto, acontece, não é culpa dela, não é de propósito!”* [C16]

A comunicação e as relações interpessoais constituem um dos domínios das competências dos enfermeiros de cuidados gerais (OE, 2004), sendo um dos princípios chave da prestação de cuidados. No mesmo documento pode ler-se (p.21) que o enfermeiro: *“Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais”*. Da mesma forma que os aspectos técnicos foram relatados, as competências relacionais e de interacção são relatadas nas narrativas experiências e também em dois pólos distintos: pela sua presença e pela sua ausência, sendo que na sua maioria foram relatadas as dimensões positivas. As características presentes enaltecidas são: a forma afável como os enfermeiros comunicam com os doentes, a simpatia, a calma, paciência e tranquilidade, o apoio e o carinho e cuidado. Por outro lado, os aspectos negativos referidos foram a agressividade e a falta de disponibilidade. A indisponibilidade no

atendimento foi uma percepção desagradável que foi evidenciada também no estudo de Marques (2000) pelos utentes hospitalizados.

Phaneuf (2005) refere que nas práticas diárias, muitas vezes os enfermeiros atribuem mais importância aos tratamentos e ao trabalho organizacional do que às pessoas que estão sob os seus cuidados, realçando que as múltiplas tarefas que os enfermeiros têm que desempenhar limitam e impossibilitam-nos de estar física, intelectual e afectivamente disponíveis para as pessoas, o que confirma os pólos negativos referidos pelos nossos participantes nas narrativas experienciais. Os pólos positivos das relações interpessoais são apoiados pela mesma autora, quando salienta que o trabalho relacional com a pessoa cuidada, no âmbito dos cuidados de enfermagem, reveste-se de primordial importância, na medida em que é o veículo de toda a intervenção.

Na **identificação das funções que caracterizam os cuidados de enfermagem**, obtivemos as seguintes, por ordem de importância, ou seja, do maior para o menor número em que estas foram referidas:

- Competências Técnicas
- Comunicação e Relações Interpessoais
- Prática Profissional e Ética
- Auto Cuidado
- Promoção do Bem-Estar e Vigilância
- Cuidados de Saúde Interprofissionais
- Satisfação com os cuidados de enfermagem

Já analisámos os aspectos relativos às Competências Técnicas, à Comunicação e Relações Interpessoais e à Satisfação com os Cuidados de Enfermagem. A Prática Profissional e Ética irão ser abordadas seguidamente e as restantes, irão ser objecto de reflexão nos subcapítulos seguintes.

No estudo levado a cabo por Paim et al. (2001), foram salientadas três áreas centrais que integram as funções dos enfermeiros: a específica, que se refere à assistência, a de colaboração com a equipa de saúde e a social, que se relaciona com a pesquisa, o ensino e a administração. Apenas os últimos aspectos não foram referenciados pelos nossos utentes como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem.

A tentativa de definição de cuidados de enfermagem de Hesbeen (2000, p. 67) sintetiza e apoia, de alguma forma, o que ao longo deste subcapítulo foi apresentado, nomeadamente a multidimensionalidade e vastidão que os cuidados de enfermagem integram:

“Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares - ou a um grupo de pessoas - com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim numa acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.”

Por outro lado, este autor, referindo Watson expõe que a acção interpessoal da enfermeira e do doente, com vista a produzir neste um resultado terapêutico constitui a *essência* dos cuidados de enfermagem, enquanto o *“acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados... utilizados pelas enfermeiras”* (p.64) Todavia, os aspectos técnicos, considerados por esta autora, como o acessório, é um acessório que desempenha um papel central a par com a relação interpessoal no grupo de participantes do nosso estudo.

Collière (1999) refere os cuidados de enfermagem como uma matéria vasta e complexa, e isto devido ao seu cunho multidimensional e universalidade, mas particulares a cada cultura e contexto ou situação. Os participantes do nosso estudo demonstraram esta dificuldade em concretizar as funções que caracterizam os cuidados de enfermagem: *“São tantas coisas que eles fazem!...”* [C16] Denota-se nestes discursos, por um lado alguma indefinição e, por outro, a vastidão do que constituem os cuidados de enfermagem aos olhos dos nossos participantes hospitalizados.

A valorização da dignidade humana é um aspecto transversal aos cuidados de enfermagem. Noventa e dois por cento dos participantes do estudo referem que a enfermagem é uma profissão que valoriza a dignidade humana. Os aspectos éticos e as competências pessoais são também referidos como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem, e relatados nas narrativas experienciais.

O respeito pela dignidade humana é fulcral na relação que estabelecemos com o outro na medida em que é amplo e englobante: *“É o direito de toda a pessoa, homem, mulher ou criança, quaisquer que sejam a sua cor, a sua raça, a sua cultura, a sua religião, a sua idade, o seu estado ou o seu QI, a ser respeitada em razão da sua humanidade e da sua pertença ao conjunto da família humana.”* (Phaneuf, 2005, p. 14).

As competências de índole ética devem ser uma constante do exercício profissional do enfermeiro e está bem regulamentada pela legislação que regula a profissão. Assim, a Prática Profissional e Ética é um dos domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2004), onde se inclui a responsabilidade, a prática ética e a

prática legal e pelo Código Deontológico do Enfermeiro este profissional é obrigado a assumir deveres relacionados com a Deontologia Profissional.

Nos relatos dos participantes surgiram aspectos positivos, onde os enfermeiros desenvolveram a sua actividade ética e profissionalmente, enaltecendo-se a humanidade, a caridade e a responsabilidade e valorizadas as competências pessoais do enfermeiro: *“Só sei que o enfermeiro para ser bom, basta ter qualidades e tratar bem as pessoas.”*

[C19]

No entanto, são apresentadas também algumas práticas menos correctas por parte de alguns enfermeiros, nomeadamente relacionada com a negligência e a falta de cuidado, a desvalorização das queixas e preferências do doente e um comportamento inapropriado. Este relato é um exemplo que clarifica este aspecto: *“Umaz vezes é tudo a despachar, fazem como elas (enfermeiras) querem... e quando querem (...) e não gosto nada de ter esta ligadura toda a tapar a perna toda! [C5].* Parece-nos que estes resultados devem fazer reflectir os enfermeiros na sua prática quotidiana, e, pela reflexão dessas práticas introduzir melhorias.

Um dos participantes do estudo de Morrison (2001), verbaliza que no serviço actual os enfermeiros são todos excelentes, sendo que no local onde esteve internado noutras vezes o mesmo não se passava. Este aspecto também ficou evidenciado nas narrativas dos nossos participantes, nomeadamente relativamente aos aspectos da prática ética e profissional. Estes aspectos negativos foram sobretudo narrados relativamente a experiencias anteriores, noutros hospitais ou unidades de internamento.

5.2. OS ENFEMEIROS

A qualificação dos enfermeiros cuidadores foi um aspecto considerado no desenvolvimento deste trabalho, dando cumprimento ao objectivo: ***Descrever as percepções dos utentes acerca dos enfermeiros com os quais contactaram aquando do seu internamento hospitalar.***

Na legislação que rege a profissão de enfermagem em Portugal pode ler-se (DL n. 161/96, art.º 4.º, ponto 2):

“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao

indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.”

Junto da população dos utentes hospitalizados, o papel profissional dos enfermeiros não está muito claro e é divergente de pessoa para pessoa, na medida em que são também valorizadas dimensões diferentes que integram os cuidados de enfermagem. Pese embora, é-lhes reconhecido, pelos participantes no nosso estudo, que **desempenham adequadamente o seu papel profissional – Sempre (64%) ou Quase Sempre (36%).**

Na dinâmica hospitalar, *“as enfermeiras não são reconhecidas – pelos utentes, pelos médicos, pessoal administrativo, e por vezes mesmo pelos próprios colegas – pelo trabalho importante e difícil que fazem, nem pelas responsabilidades que assumem”* (Benner, 2005, p.185). Não obstante a citação anterior, a valorização do papel do enfermeiro foi relatada em alguns discursos dos participantes: *“Desde que estive no hospital... fiquei com a ideia que eles trabalham muito. Pensei que eles tivessem assim um trabalho normal... não era assim tão trabalhoso... mas eles têm muito trabalho, têm muito que desempenhar...”* [C16] Os resultados de Morrison (2001), sugerem que os enfermeiros trabalham não só pelo carácter remuneratório, sendo que o trabalho que desenvolvem em prol dos doentes que têm à sua responsabilidade é admirado.

Aquando de um primeiro internamento hospitalar, como podemos ler em Serra (2005), que desenvolveu um trabalho sobre os processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar, na maioria das situações, este momento reveste-se como um momento desagradável e fonte de insegurança. O internamento hospitalar constitui uma ruptura nos hábitos de vida da maior parte dos indivíduos, na medida em que se perde grande parte da privacidade e independência e lhe é imposta do exterior uma rotina com dinâmicas e práticas bastante específicas. Relativamente aos enfermeiros, grande parte dos participantes do nosso estudo (84%), mantiveram uma opinião positiva acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem após vivenciarem uma experiência de internamento hospitalar e contacto mais directo com esta classe profissional. No estudo de Serra (2005), os participantes do estudo também dão um papel de importância aos enfermeiros. E definido por estes como um profissional com algum conhecimento técnico e que está em constante presença física no serviço. É-lhe também atribuída competência específica e algum conhecimento diferenciado relativamente aos aspectos da patologia e seu tratamento.

Não obstante, as respostas relativas ao reconhecimento social do trabalho dos enfermeiros são divergentes - este foi o item do questionário onde foi apresentada uma maior dispersão nas respostas dadas pelos participantes; estas variam entre o *Sempre*

(40%), o *Quase Sempre* (32%) e o *Poucas Vezes* (28%). Os enfermeiros, segundo Benner (2005), manterão o problema do reconhecimento do seu próprio valor, da afirmação da sua identidade e do envolvimento completo, enquanto a sua profissão não for reconhecida e recompensada como merece por toda a gente. Relacionado com o reconhecimento social do trabalho dos enfermeiros, está a imagem social que esta classe profissional transmite. Noventa e seis por cento dos participantes referem que os enfermeiros *Sempre* ou *Quase Sempre* dão uma imagem positiva da sua profissão.

Pese embora estes resultados junto dos nossos participantes, alguns autores, como Benner (2005), referem que os enfermeiros não são reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem. Relativamente a estes assuntos, Costa (1998, p. 14) escreve: *“A assumpção do mandato social dos enfermeiros questiona-se tanto a nível da incerteza e insegurança do exercício de uma função social ‘à procura de imagem’, que lhe confira prestígio e reconhecimento social, como a falta de alicerce, de sentido globalizador e de significado das práticas, que constituem o reconhecimento da ‘marca’.”*

No âmbito deste subcapítulo que se desenvolve em torno dos enfermeiros, pretendemos proceder também à discussão do objectivo: ***Caracterizar o perfil de um enfermeiro ideal do qual a sociedade actual necessita.***

Apresentamos de seguida, por ordem decrescente, os temas referidos pelos participantes do nosso estudo que integram os aspectos que caracterizam o perfil de um enfermeiro ideal, do qual a sociedade actual necessita:

- Competências comunicacionais e de interacção
- Competências Éticas e Profissionais
- Competências Técnicas
- Auto Cuidado
- Conhecimentos
- Educação para a Saúde
- Cuidados de Saúde Interprofissionais

Parece pertinente aqui incluir o que para Hesbeen (2000, p. 115) implica a prática da arte de enfermagem para os enfermeiros que serão os artesãos dos cuidados de enfermagem, e que vai de encontro, na óptica da autora, não da definição do ideal mas da determinação dos fundamentos que desenharam os contornos da personalidade do enfermeiro:

“Conhecimentos de natureza humana, científica, técnica em relação com a saúde; Domínio dos apoios necessários à prática da enfermagem; Situar a sua acção na equipa pluridisciplinar; Exercer e desenvolver a sua capacidade de inferência; Um lugar

deixado à intuição; A capacidade de ir ao encontro do outro, de tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidar. Este encontro e este caminhar precisam que se escute e que se seja caloroso, disponível, simples, humilde, autêntico e compassivo e que se tenha sentido de humor; Tender para a autonomia e favorecer a dos outros; Revelar uma presença de enfermagem forte, fonte de serenidade, estando particularmente atento aos aspectos de conforto, de doçura, de calor e aos 'mil e um pormenores' que são importantes para os beneficiários de cuidados."

De realçar que comparativamente à opinião dos nossos participantes e aos determinantes de Hesbden (2000) supracitada, são alguns os aspectos que não são enumerados, de entre os quais, a autonomia, a capacidade de inferência e a intuição, sendo que tal se justifica por serem semblantes de ordem mais subjectiva.

Os aspectos que se relacionam com os três primeiros aspectos - as competências comunicacionais e de interacção, as competências éticas e as competências técnicas, não irão ser explorados neste contexto, na medida em que já o foram associadas aos cuidados de enfermagem, no subcapítulo anterior. Os restantes vão sendo abordados também ao longo deste capítulo de discussão dos resultados.

No âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o **autocuidado**, no sentido do suplemento/complemento das actividades de vida às quais o cliente é dependente, é um dos objectivos dos enfermeiros na sua prática profissional, na procura permanente da excelência (OE, 2004). A maximização do bem-estar em todo este processo está associado a esta dimensão dos padrões de qualidade, e foi referido pelos nossos participantes, tanto na enumeração das funções caracterizadoras dos cuidados de enfermagem como nas narrativas experienciais, assim como o autocuidado.

O autocuidado surge nos relatos dos nossos participantes no sentido da *ajuda nas necessidades*, sobretudo relacionados com o *banho e higiene, uso do sanitário, alimentar-se e deambular*, ou seja, segundo Collière - os cuidados de manutenção de vida. Neste documento da Ordem dos Enfermeiros, refere-se como elemento importante face ao bem-estar e ao autocuidado (p.13,14): *"A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente"*

No que concerne às escolas de pensamento em enfermagem, a teoria dos autocuidados insere-se na escola das necessidades. Integra-se no paradigma da integração, sendo a orientação para a pessoa. Neste âmbito, e tendo em conta a Teoria do

autocuidado de D. Orem a pessoa é *“um ser funcionando biológica, simbólica e socialmente, e que apresenta exigências de auto-cuidado universais, de desenvolvimento, ligadas aos desvios de saúde”* (Lopes, 2001, p. 52), onde os cuidados de enfermagem se assumem como um *“campo de conhecimentos e serviço humano visando satisfazer os limites da pessoa no exercício do autocuidado ligado à sua saúde, e reforçar as suas capacidades de autocuidado”* (Idem). Esta noção de auxílio quando necessário e promoção da independência está implícita na citação: *“Ele (enfermeiro) acompanhava-me sempre... Andava sempre comigo a apoiar-me: “agora mude esta perna... e agora a outra...”* [C20]. A área do autocuidado, e, ainda da promoção do autocuidado é uma área de excelência para a consolidação da imagem social da função do enfermeiro, na medida em que reforça a autonomia profissional. As intervenções neste âmbito decorrem da tomada de decisão do enfermeiro desde a sua prescrição, planeamento, implementação e avaliação, sendo que é uma área onde poderemos demonstrar resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A hospitalização e a condição de saúde levam a que muitas vezes os doentes fiquem totalmente dependentes a nível dos cuidados de manutenção. Pese embora, uma correcta avaliação constante da pessoa no sentido de a capacitar é um dos papéis importantes que os enfermeiros têm que desempenhar. Este aspecto é salientado no estudo desenvolvido por Morrison (2001), desde a dependência total até à (re) aquisição da independência numa perspectiva também de uma alta hospitalar mais precoce.

5.3. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

No Decreto-Lei n.º 161/96 (art.º 4.º, ponto 1), define-se que:

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

O que pretendemos abordar neste subcapítulo são os aspectos mais globais e estruturais que rondam em torno da profissão da enfermagem e dos enfermeiros, enquadrando contributos teóricos com as percepções apresentadas pelos nossos participantes do estudo. Ambicionamos concretizar o objectivo: ***Descrever a opinião geral acerca dos enfermeiros e da profissão de enfermagem tendo em conta o ponto de vista dos utentes participantes.***

Os participantes do nosso estudo, unanimemente referem a imprescindibilidade dos enfermeiros no sistema de saúde; quando questionados sobre se seria possível pensar o sistema de saúde sem enfermeiros, todos respondem que tal seria totalmente inviável. Esta importância dos enfermeiros no funcionamento do sistema de saúde, está bem explícita na legislação reguladora da profissão: “Os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”. (DL n.º 104/98)

Quanto à importância dos enfermeiros no funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar, as respostas vão de encontro ao que anteriormente foi referido: 88% dos participantes referem-no como *muito importante* e 12% como *importante* .

Esta necessidade e importância foram justificadas pelos participantes do nosso estudo, por um lado, pela necessidade do enfermeiro constituir o elo de ligação entre o médico e o doente e de auxiliar o médico nas suas demais tarefas, sendo valorizados os cuidados de saúde interprofissionais. Por outro lado, porque são os enfermeiros que estão em permanência constante nos serviços. Os relatos que a seguir se apresentam são exemplos claros do que acabámos de referir:

“Sem enfermeiros, imagina os médicos! Como é que os médicos vão cuidar sozinhos dos pacientes? Não há maneira! É importante, é essencial, tem que ter enfermeiros... o enfermeiro tem que estar ali... junto...” [C17]

“...Eles (enfermeiros) são o elo de ligação entre o doente e o médico (...) Eles servem sempre de elo de ligação entre o doente e o médico. É um elo muito importante... se esse elo se partisse a comunicação poder não ser tão boa. [C16]

Os cuidados de saúde interprofissionais foi uma dimensão relatada pelos nossos participantes, tanto como uma função caracterizadora dos cuidados de enfermagem, como sendo uma característica importante no perfil de um enfermeiro ideal, como nas narrativas experienciais, o que é revelador da importância é atribuída a esta dimensão. Estes dados são apoiados pelos resultados obtidos por Serra (2005), sendo que no seu estudo fica ainda mais realçada a subordinação hierárquica a que os enfermeiros estão sujeitos relativamente ao tratamento dos doentes internados determinado pelos médicos. Os participantes do seu estudo definem o papel da enfermeira por referência ao papel médico e as descrições do trabalho dos enfermeiros reportam-se sobretudo para uma concepção do trabalho prático, salientando-se essencialmente acções mecânicas. Honoré (2000), refere que se os enfermeiros não conseguirem dar à sua profissão outra dimensão que não seja a técnica, serão ainda mais ‘auxiliares médicos’, no entanto, no

nosso estudo, é o domínio do saber-fazer aquele que se tornou o mais visível, em termos de funções concretas levadas a cargo pelos enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2004), tendo em conta que o exercício profissional dos enfermeiros se insere num contexto multiprofissional, distingue dois tipos de intervenções: as autónomas e as interdisciplinares. As intervenções interdisciplinares são aquelas que são iniciadas por outros técnicos de saúde, como o são as prescrições médicas, e onde o enfermeiro assume a responsabilidade técnica da sua implementação.

Indagámos junto dos participantes do nosso estudo se, do seu ponto de vista, os enfermeiros teriam formação técnica e científica para trabalhar com autonomia, podendo prestar cuidados de enfermagem sem estar dependentes de outros profissionais. Sessenta e oito por cento referem que *Sim*, vinte e oito por cento que *Não* e quatro por cento optou pela resposta *Não Sei*. A autonomia é um dos atributos mais importantes do estatuto profissional pelo qual os profissionais de enfermagem têm lutado ao longo dos anos. Esta autonomia desenvolve-se a nível individual e grupal, sendo que a responsabilidade é um dos seus principais requisitos (Abreu, 2007). A mesma autora (p.28) refere que: *“A autonomia profissional decorre do reconhecimento por parte da sociedade de que a enfermagem enquanto disciplina e profissão coloca o utente no centro da atenção e os seus interesses como ponto de partida para a tomada de decisão, podendo esta referir-se em actividades independentes ou interdependentes.”* No trabalho desenvolvido por Serra (2005), os utentes internados que participaram no estudo, não reconhecem um carácter de autonomia ao trabalho dos enfermeiros, resultados que contrastam com os resultados que obtivemos junto dos nossos participantes. Estes últimos identificam que existem algumas funções as quais os enfermeiros podem executar autonomamente.

A presença física constante é um aspecto valorizado pelos nossos participantes, em contraste com a equipa médica, tanto como indicador da importância dos enfermeiros no funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar como relatada nas narrativas experienciais e indicada como uma função caracterizadora dos cuidados de enfermagem: *“Os enfermeiros estão sempre cá... estão cá quase sempre... realmente... é o enfermeiro que está sempre ligado ao doente. [C13].* Phaneuf (2005, p. 11), neste âmbito e escreve: *“Em comparação com outros intervenientes do mundo da saúde, as enfermeiras são as profissionais que passam mais tempo à sua cabeceira. Enquanto os outros membros da equipa de cuidados os vêem durante alguns minutos, as enfermeiras estão presentes 24 horas por dia e 7 dias por semana.”* Este aspecto foi também verificado no estudo de Serra (2005), na medida em que participantes do seu estudo, que se encontravam também internados num hospital, referiram que os enfermeiros são aqueles que estão permanentemente nos serviços.

Relativamente ao papel de decisão dos enfermeiros nas questões de saúde, as respostas dos nossos participantes dividiram-se entre o *Sempre* (40%) e o *Quase Sempre* (40%), sendo que os restantes 20% consideram que é atribuído esse papel aos enfermeiros *Poucas Vezes*. São os médicos a quem são atribuídas estas funções de decisão. Pese embora, as respostas positivas foram documentadas com a importância dos enfermeiros como educadores, e, por tal, com um papel importante de decisão na saúde das pessoas. A dimensão educação, guia e orientação foi também uma dimensão verbalizada nas narrativas experienciais, e como uma das características que devem caracterizar o perfil de um enfermeiro ideal. No âmbito desta temática, foram identificadas as categorias: Informação e Ensinos para o Regresso a Casa e, neste regresso a casa é incluída a promoção da independência e a prevenção de complicações.

A função de educação e guia é um dos sete domínios dos cuidados de enfermagem de Benner (2005). Segundo esta autora, as enfermeiras fornecem informações importantes sobre o que os doentes podem esperar e fornecem explicações quando se produzem mudanças físicas, o que vai ao encontro do narrado pelos participantes do estudo: *“A coisa não correu como estava à espera... mas depois... as coisas lá correram... A resposta... foi importante... a informação foi correcta, foi real...”* [C8]; *“Explicam muito bem as coisas...”* [C18].

Para além disso, noutro relato: *“Explicou-me que ia levar uma vida normal dando muitos exemplos de pessoas com a mesma doença e imenso apoio, no fim da conversa senti-me muito melhor...”* [C25], fica claro e vai de encontro à teoria de Benner (2005), onde é descrito que as enfermeiras não propõem apenas informações mas também oferecem maneiras de ser, formas de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas, devido ao saber e possibilidades da classe de enfermagem e inseridas numa dinâmica de boas práticas.

Os conhecimentos e competências são dimensões importantes e fundamentais em qualquer classe profissional. Segundo se pode ler no Decreto-Lei n.º 104/98:

“O exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da 2.ª metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente”.

Oitenta e quatro por cento dos participantes do nosso estudo consideram que o nível de formação académica dos enfermeiros é bom. Noutro sentido, quando questionados acerca do nível de competência e conhecimentos técnicos e científicos exigidos para a execução de cuidados de enfermagem, setenta e dois por cento referem que é

elevado e doze por cento referem que é *médio*. Em ambas as questões dezasseis por cento dos participantes referiram *Não Sei*, o que é revelador de que ainda há algum desconhecimento do grau académico necessário para o curso de enfermagem, bem como acerca dos conhecimentos e competências necessárias para o exercício profissional dos enfermeiros. Pese embora, o conhecimento foi descrito como uma característica que o perfil de um enfermeiro ideal deve possuir, e relatado nas narrativas experienciais: “*Só quem vê, quem sabe... a capacidade que têm...*” [C13] e “*Eles têm muito que saber... eu sei valorizar bem...*” [C16]. Estes resultados contrariam, de certa forma, aqueles encontrados no estudo de Serra (2005), onde os participantes não reconhecem aos enfermeiros com os quais contactam um corpo de conhecimentos próprios, a par de um subaproveitamento do potencial que representam.

Oitenta e oito por cento dos participantes do estudo verbalizam que os enfermeiros têm um adequado nível cultural. Este aspecto fica também descrito no relato de um dos participantes: “*Pois tenho sido bem tratado nos hospitais, depois do 25 de Abril... Não tenho qualquer razão dos enfermeiros nestes últimos 30 anos... São pessoas cultas...*” [C19]

Sessenta e quatro por cento dos participantes referem que o curso de enfermagem é ambicionado por muitos estudantes, enquanto os restantes trinta e seis por cento respondem: *Não Sei*. A enfermagem surge muitas vezes como alternativa a outras opções, e não tanto por vocação, ora por uma questão de empregabilidade, como devido à impossibilidade de ingressar noutro curso da área da saúde, nomeadamente a medicina. Estes achados são apoiados pelo trabalho desenvolvido por Marques (2000), junto de estudantes de enfermagem. Aqueles que não escolheram o curso de enfermagem como primeira opção referem que o curso de medicina era o curso pretendido. Dentre as motivações que levaram à escolha da profissão estes estudantes referenciam o gosto pessoal pela profissão e o gosto de ajudar as pessoas que sofrem, sendo que dentre os participantes do nosso estudo foi citada a ‘vocação’ como um aspecto importante para o exercício da enfermagem.

A profissão de enfermagem sofreu um grande desenvolvimento nos últimos anos. “*A própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...)*” (DL n.º 104/98) levou a este desenvolvimento, tanto a nível de exigências formativas e de competências, como pela criação de organismos reguladores da profissão. Oitenta por cento dos participantes do nosso estudo reconhecem este desenvolvimento no seio da

profissão de enfermagem, sendo que os restantes 20% responderam *Não Sei*. Esta última resposta relacionar-se-á com o facto de alguns dos participantes do nosso estudo não terem contacto com profissionais de enfermagem antes desta experiência de internamento hospitalar.

Em guisa de conclusão do que constituiu este capítulo de discussão dos resultados, importa salientar a vantagem da utilização de uma abordagem multi-método, com a obtenção de dados de natureza qualitativa e dados de natureza quantitativa. Esta abordagem possibilitou um estudo mais global e integral a um fenómeno multidimensional como os cuidados de enfermagem, os enfermeiros, a profissão de enfermagem. Como pudemos verificar pelo que foi descrito ao longo do capítulo, foram enaltecidas algumas dimensões em detrimento de outras, bem como referidos aspectos particulares da prática de alguns profissionais de enfermagem com os quais os nossos doentes contactaram, o que nos permite descrever as percepções que os utentes têm dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem num determinado contexto, durante uma experiência de internamento hospitalar.

Concluímos assim que, tendo em conta os participantes do estudo e o seu contexto, bem como o contexto em que se efectuou a colheita dos dados, os doentes referem-se satisfeitos com os cuidados de enfermagem recebidos durante a hospitalização, sendo que os enfermeiros com os quais contactaram desempenham adequadamente o seu papel profissional. Os enfermeiros são um grupo profissional com formação académica adequada, com conhecimento e capacidades para o exercício das suas funções.

As dimensões mais valorizadas no âmbito da prática de enfermagem e dos profissionais de enfermagem são os aspectos técnicos (sendo a componente que se verifica como a mais visível e concretizável das funções caracterizadoras dos cuidados de enfermagem) e a componente comunicacional e ética. Para além de que os cuidados de manutenção, nomeadamente o auxílio nos autocuidados se reveste também como uma função importante e visível levada a cargo pelos enfermeiros. Revelou-se certa dificuldade por parte dos participantes em concretizar e objectivar os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem. De realçar que fazendo um paralelismo entre as funções referidas pelos participantes como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem e as características do perfil de um enfermeiro ideal, vamos encontrar algumas diferenças, nomeadamente:

- Os aspectos técnicos são os que apresentam maior número de ocorrências como função caracterizadoras dos cuidados de enfermagem, enquanto surgem em terceiro lugar relativamente ao perfil de um enfermeiro ideal, depois da componente comunicacional e de interacção e a prática ética e legal. Em ambos, os três primeiros lugares são ocupados pelas três categorias referidas;
- O autocuidado surge como uma categoria em ambas as temáticas, sendo que apresenta maior número de referências relativamente às funções caracterizadoras dos cuidados de enfermagem;
- A promoção do bem-estar e vigilância não surge como temática no perfil de um enfermeiro ideal. O oposto se verifica para a dimensão de educação para a saúde, assim como para a dimensão conhecimento;
- Os cuidados de saúde interprofissionais são também referidos em ambos, mas com maior incidência como função caracterizadora da actividade dos enfermeiros.

Estas divergências são facilmente compreendidas tendo em conta que no que toca aos aspectos que caracterizam os cuidados de enfermagem são referenciados aspectos mais visíveis e objectivos da prática, sendo que na enumeração de características que deveriam constituir o perfil de um enfermeiro ideal os participantes podem recorrer aspectos de índole mais subjectiva ou, se quisermos, mais abstractos.

É inquestionável a importância dos enfermeiros para o funcionamento adequado de uma unidade de internamento hospitalar, bem como do sistema de saúde na sua globalidade. O reconhecimento social dos enfermeiros e o seu papel de decisão nas questões de saúde foram as respostas que, apesar de na sua maioria terem sido positivas, obtiveram maior grau de dispersão.

É reconhecida aos enfermeiros autonomia no desempenho de algumas funções, mas realçada a superioridade do médico em termos de poder e hierarquia. Este aspecto acusou-se relevante, não só pelos domínios dos cuidados de saúde interpessoais referenciados e da dimensão técnica, nomeadamente associada à administração de medicação.

Os aspectos que mais se realçam confrontando os dados qualitativos com os quantitativos são a satisfação com o acolhimento nas unidades de internamento hospitalar, que os doentes enaltecem nos seus discursos, bem como a valorização do papel desempenhado pelo enfermeiro, pela sua complexidade e dificuldade. Foi ainda enaltecida a presença física constante e a área da educação para a saúde. Dos oito temas que identificámos na análise das narrativas experienciais são em apenas três

deles que nos são referidos aspectos positivos e aspectos negativos, a citar: competência técnica, competências comunicacionais e relacionais e prática ética e profissional.

Salvaguardamos que algumas das narrativas descritas pelos doentes não se reportam ao internamento actual, mas a outras experiências, sendo que identificámos que os aspectos negativos verbalizados se referiram sobretudo a outros internamentos, no entanto, respeitámos essa partilha e incluímos da mesma forma no estudo, na medida em que não pretendemos avaliar os enfermeiros *per si*, mas compreender as percepções de um doente ao experienciar cuidados de enfermagem. É referido o défice de habilidades psicomotoras, sobretudo nas punções venosas periféricas, e uma das narrativas aponta para a falta de cuidado na execução de um tratamento a uma ferida cirúrgica. Outro aspecto desagradável vivenciado pelas pessoas foi a agressividade verbal e a falta de disponibilidade. O défice de profissionalismo e carência da ética foram relatados no âmbito de alguma negligência de cuidados, na desvalorização das queixas e preferências do doente e em comportamento inapropriados por parte de alguns elementos de enfermagem. De notar, pese embora, que, em termos de número de ocorrências e verbalizações, os aspectos positivos, sobretudo nas competências relacionais, profissionais e éticas, no entanto não poderíamos deixar de apresentar os pólos negativos que foram apresentados. Ainda, julgamos importante referir estes aspectos negativos para a promoção da reflexão no seio dos enfermeiros sobre estes aspectos da prática.

Apesar destes aspectos negativos relatados nas narrativas, a satisfação global como os cuidados de enfermagem e as percepções relativas à importância dos enfermeiros nas unidades de internamento hospitalar é eminentemente positiva, e, sendo que a qualidade do exercício profissional está intensa e intrinsecamente relacionada com a satisfação percebida pelos utentes, poderemos depreender que os enfermeiros desempenham com qualidade o seu papel profissional.

CONCLUSÕES

As pessoas, doentes ou sãs, são o nosso 'objecto' de trabalho. A razão de existirmos, são os utentes, clientes, consumidores de cuidados, ou qualquer outra nomenclatura que pretendamos utilizar. O importante é ter sempre em mente que é a pessoa que deve estar no centro do círculo que incorpora os cuidados de saúde, do qual fazemos parte integrante. Torna-se assim fundamental que, no seio de qualquer grupo profissional, interroguemos e reflectamos sobre a prática que desenvolvemos.

Ao falarmos de identidade buscamos a relação entre a maneira como os enfermeiros vêm a sua profissão e a prestação de cuidados, em intersecção com a percepção que as pessoas detêm acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem. Questionamo-nos se existirá correspondência entre essa representação e o que realmente é praticado em termos de cuidados e até que ponto a nossa representação social não estará intimamente relacionada com a nossa própria evolução profissional. A história da busca da especificidade dos cuidados de enfermagem quase se confunde com a própria história da profissão. A sua relevância para a sociedade é percebida tanto melhor quanto os enfermeiros perceberem a verdadeira dimensão.

Conhecer o que aqueles que constituem o alvo da nossa actuação profissional, percebem acerca do que somos e do que fazemos e que avaliações nos aferem reveste-se pertinente para objecto de estudo. Como já referimos, são poucos os estudos efectuados nesta área, pese embora, consideramos que os resultados de trabalhos neste âmbito podem resultar tanto numa melhoria da qualidade dos cuidados que oferecemos à população e consequente satisfação dos utilizadores, como numa reflexão e melhoria dos cuidados de enfermagem que oferecemos e, num sentido mais global, poderemos acreditar que possa ainda dar contributos para a reorganização e reestruturação de algumas dimensões das unidades de prestação de cuidados ou formação dos enfermeiros.

Com o desenvolvimento deste trabalho pretendeu-se a indagação das percepções que os utentes têm dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem num determinado contexto, durante uma experiência de internamento hospitalar, por um lado pelos pressupostos que antes ficaram expostos e, por outro pelo interesse pessoal dos investigadores pela temática. Para a consecução deste objectivo optámos por uma metodologia mista, concretizada com a triangulação de dados qualitativos e quantitativos. Estas foram as opções metodológicas que nos pareceram mais exequíveis perante a multidimensionalidade das temáticas em estudo. Na abordagem quantitativa utilizámos o questionário e na abordagem qualitativa recorremos ao método fenomenográfico, sendo que o que nos

preocupa é o estudo de um determinado fenómeno tendo em conta o contexto em que ele é vivenciado.

Terminado o percurso de investigação, concluímos que obtivemos respostas para a nossa questão de partida: *Quais as percepções que os utentes possuem acerca da profissão de enfermagem e dos enfermeiros?* Os resultados obtidos demonstram, num âmbito mais geral a perspectiva dos doentes sobre o grupo profissional e a enfermagem e o que comporia o perfil de um enfermeiro ideal, e numa perspectiva mais particular as percepções que os doentes guardam relativamente aos enfermeiros cuidadores e aos cuidados de enfermagem, não só a partir das questões mais particulares do questionário, como também a partir das narrativas experienciais.

Os utentes apresentam-se muito satisfeitos e satisfeitos com os cuidados de enfermagem que receberam durante a hospitalização. É inquestionável a imprescindibilidade dos enfermeiros no sistema de saúde, sendo reconhecida a importância dos enfermeiros no funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar. A presença física constante é um aspecto salientado pelos participantes do estudo nas narrativas, sendo um dos aspectos que distinguem o grupo profissional dos enfermeiros comparativamente a outros, nomeadamente os médicos. O momento de internamento, um momento de primazia para os enfermeiros poder consolidar a sua imagem de marca, nomeadamente pela descentralização da vertente técnica e valorização da vertente relacional, revalorizando as funções autónomas da profissão. O contacto mais próximo com os profissionais de enfermagem levou à valorização do papel do enfermeiro, referenciando a sua complexidade e dificuldade, bem como a uma alteração na identidade social dos cuidados de enfermagem e enfermeiros.

A dimensão técnica e os cuidados de saúde interprofissionais são os aspectos mais valorizados, sendo a componente mais visível da prática quotidiana dos enfermeiros. Os conteúdos relacionados com a comunicação, as relações interpessoais e os aspectos ético-profissionais foram igualmente valorizados. As características do perfil de um enfermeiro ideal e enumeradas pelos nossos utentes são: *competências comunicacionais e de interação, competências éticas e profissionais, competências técnicas, autocuidado, conhecimentos, educação para a saúde, e cuidados de saúde interprofissionais*. De realçar que são as competências comunicacionais e de interação aquelas que auferem maior número de respostas. As competências técnicas surgem em terceiro lugar; fazendo um paralelismo com as funções enumeradas como caracterizadoras dos cuidados de enfermagem, temos que as competências técnicas são aquelas que surgem em primeiro lugar. Tal traduz a superioridade da dimensão do saber ser e do saber estar, em detrimento do saber fazer, no que seria o ideal da prática de cuidados de

enfermagem. Parece-nos que este é um aspecto que poderá revestir-se de uma importante condição para reflectir, na medida em que, quanto mais nos aproximarmos do ideal de enfermeiro pretendido pela população, mais consolidada veremos a nossa imagem.

Os resultados por nós obtidos vão ao encontro das conclusões do estudo de Marques (1999), sobre as percepções dos doentes hospitalizados, onde os utentes valorizaram de igual forma os cuidados de manutenção como os cuidados de reparação. Apesar de se salientar o poder hierárquico do médico na estrutura hospitalar, os utentes que participaram no estudo que desenvolvemos reconhecem autonomia ao enfermeiro, até pela valorização dos aspectos na área do autocuidado e da comunicação, tanto quanto os aspectos que derivam da prescrição de outros, como o são a maioria dos aspectos técnicos e outros cuidados interprofissionais.

Pese embora, esta análise leva-nos a identificar que ainda permanecem alguns equívocos na mente das pessoas, sobretudo no que se refere ao campo específico da autonomia profissional e às relações hierárquicas entre a classe de enfermagem e a médica. Cabe aos enfermeiros, assim, nos contextos onde desenvolvem o seu exercício profissional, enaltecer as suas áreas autónomas e clarificá-las junto do público e família, dando visibilidade ao seu trabalho e demarcar-se do poder da classe médica.

A área do autocuidado é descrita e relatada tanto no sentido da necessidade de substituição como no sentido da promoção da independência. Esta é considerada uma área nobre onde a actuação dos enfermeiros pode traduzir-se em resultados concretos na saúde e qualidade de vida das pessoas. Perante este achado, considera-se pertinente reforçar a importância da promoção do bem-estar e autocuidado na procura da excelência profissional, sendo que os enfermeiros, nas suas práticas diárias devem desenvolver cada vez mais a sua capacidade de avaliação, diagnóstico, planeamento e execução de intervenções neste sentido. O desenvolvimento de trabalhos de investigação nesta área do autocuidado e das funções de manutenção serão fundamentais, também no sentido de solidificar a utilidade social dos enfermeiros. A função de educação para a saúde e vários aspectos relativos a informação foi um factor evidenciado nas narrativas, em vários sentidos, por um lado na preparação do regresso a casa, promoção da independência e prevenção de complicações e, por outro, na importância da informação em diversos momentos vivenciados durante o internamento hospitalar, bem como na aceitação do estado de saúde. Trabalhos de investigação têm sido realizados (Pereira, 2009) no sentido de avaliar a efectividade dos cuidados de enfermagem na saúde das pessoas, no sentido de determinar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa dinâmica de qualidade. Tal permitirá consolidar o

campo específico do conhecimento em enfermagem, bem como determinar junto da população o papel e missão dos cuidados de enfermagem. Consideramos que se torna importante e imprescindível o desenvolvimento de trabalhos localmente no sentido de avaliar estes resultados de enfermagem, nomeadamente pela utilização do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem publicado pelo autor supracitado e produção de indicadores, entre outras estratégias.

Entre outras estratégias apontamos a reflexão em equipa, a formação em contexto de trabalho, a mudança da organização dos cuidados de enfermagem, que fomente uma relação de proximidade entre a pessoa doente e o enfermeiro e onde exista tempo para esta relação, sendo que aqui as chefias de enfermagem desempenham um papel importante, tanto na liderança como na motivação dos profissionais.

É fundamental que os enfermeiros planeiem a sua imagem de marca durante o internamento. A construção desta imagem de marca deve incidir sobre aspectos concretos do campo específico dos enfermeiros, no sentido da qualidade dos cuidados de enfermagem percebida pelos utentes e da satisfação com os cuidados recebidos. Green e Davis (2005, cit. por Gomes e Mendes, 2008) defendem que a satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem é uma ferramenta importante para a identificação da especificidade dos cuidados de enfermagem num contexto onde actuam outras profissões da saúde.

Evidenciamos assim, como aspectos a ter em atenção na prática quotidiana, no sentido de valorizar o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a consolidação da identidade social dos enfermeiros, de acordo com os nossos resultados e com o contributo de trabalhos recentes realizados nestas áreas da qualidade, satisfação e representação (Coelho e Caetano, 2006; Diniz *et al*, 2007; Gomes e Mendes, 2008; Fernandes, Seco e Queirós, 2009; Pereira, 2009), os seguintes: as competências de comunicação e as relações interpessoais entre os enfermeiros e o doente e a família, sendo importante incluir aspectos como a privacidade, a confidencialidade, o consentimento informado, a empatia, a honestidade, o tacto, a sensibilidade, o demonstrar interesse, preocupação (Gomes e Mendes, 2008), aliando a estas competências a prática ética e legal; o autocuidado; a aprendizagem, cognitiva e de capacidades; a prevenção de complicações; o papel de prestador de cuidados. Perante os dados emergentes no nosso estudo e a revisão bibliográfica, consideramos que estas são as dimensões nas quais os enfermeiros da actualidade devem apostar no sentido de evidenciar os resultados dos cuidados que prestam na saúde dos utentes, bem como de garantir a satisfação das pessoas pelos cuidados recebidos. A avaliação do utente relativamente

aos cuidados que lhe são prestados representa a percepção desses mesmos cuidados, portanto indica o nível de qualidade dos mesmos.

Pela especificidade do trabalho que incorpora, este estudo reserva algumas limitações. Uma das limitações relaciona-se com o tipo de amostra. É importante salientar que se trata de um estudo de índole descritiva e os resultados obtidos se contextualizam para os 25 participantes do estudo, e contexto pessoal, físico e temporal em que os dados foram recolhidos. A codificação dos achados das narrativas experienciais foi efectuada apenas pela investigadora, com validação do orientador, pese embora temos que aceitar que tal codificação incorpora fragilidades.

De notar que verificámos ao longo do processo de colheita de dados que as experiências negativas que foram relatadas quase nunca se referiam à unidade de internamento actual, nem mesmo à mesma instituição de saúde. Estamos cientes, no entanto, que foram cumpridos os requisitos de garantia do anonimato e confidencialidade da informação. A colheita de dados no exterior da instituição, após alta hospitalar poderá ser um aspecto a considerar em futuras investigações.

Consideramos, também, a título de sugestão para possíveis investigações futuras, que o questionário poderia ser aplicado a uma amostra mais representativa, triangulando maior número de dados quantitativos com outros qualitativos, alterando o tipo de resultados e inferências, e possibilitando outros tipos de análises estatísticas. Poderá ainda aplicar-se estes instrumentos e/ou estudar estas dimensões, num estudo comparativo, tendo em conta diferentes instituições de saúde. A abordagem em estudos diferentes a diferentes dimensões, e, portanto com possibilidade de maior profundidade, relacionando com a qualidade e satisfação parece-nos que poderia revelar-se também uma mais-valia para a compreensão das percepções dos doentes acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem.

No final de um trabalho de investigação do âmbito das ciências de enfermagem, espera-se que os resultados possam ter algumas implicações práticas. Salientamos que os resultados por nós obtidos pela 'voz' dos doentes possa promover a reflexão sobre e da prática de cuidados de enfermagem, no sentido de introduzir melhorias, se necessário, adaptando-nos às necessidades daqueles que cuidamos, bem como acerca do grupo profissional ao qual pertencemos e do que somos enquanto prestadores de cuidados de saúde. Procurámos sobretudo descrever o fenómeno em estudo nas suas múltiplas dimensões, podendo no entanto com estes resultados reforçar conhecimentos já existentes ou clarificar alguns aspectos, preservando sempre o aspecto de que os dados colhidos farão sentido naquele contexto, considerando no entanto a possibilidade de

transferibilidade. Parece-nos que conseguimos identificar algumas dimensões que se revestem importantes para concretizar a utilidade e o mandato social dos enfermeiros junto da população. Por fim, podemos assumir que os resultados obtidos nesta investigação poderão servir de consulta para outros trabalhos de investigação.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Margarida Neves – *Empreendedorismo em Enfermagem: da Autonomia à definição de Projectos de Sucesso*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-90-0.

ABREU, Wilson – *Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa, 2001. ISBN: 972-8485-21-2.

ALMEIDA, Helena – *Contextos organizacionais: condições para a excelência do exercício*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros – I congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor enfermagem, melhor saúde. 2003.

ALMEIDA, Helena – *Padrões de qualidade e centralidade dos cuidados: um projecto em curso*. [em linha]. Lisboa: II Congresso da Ordem dos Enfermeiros - “O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade”, 10 de Maio de 2006. [Consult.: 22 Nov. 2007]. Disponível em: <WWW:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/HelenaAlmeida.pdf>.

ALVES, Ana P.; SOUSA, Luís – Cuidar em Enfermagem: Caminhando rumo a uma identidade sócio-profissional visível! *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 56 (2004), p. 27-29.

ALVES, Patrícia, [et al.] – A percepção das enfermeiras acerca da sua actuação ante os direitos dos clientes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-11690. Vol.42, N.º 2 (2008), p. 242-248.

AMADO, Regina M.^a F.J.P.F - *Identidade dos enfermeiros especialistas: representações e relações intergrupais*. Tese de Mestrado desenvolvido no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 2002.

AMARAL, António F. S. – A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em enfermagem*. Coimbra ISSN: 0874-7695. (2010), p. 96-105.

AMENDOEIRA, José – Conversando Enfermagem com José Amendoeira. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 63 (2005), p. 5-12.

AMENDOEIRA, José. Uma biografia partilhada da enfermagem: a segunda metade do século XX. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, 2006. ISBN: 972-8485-67-0.

ARCHER, Luís et al - *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001. ISBN 972-0-06036-0.

BASTO, Marta L. – A Imagem externa dos enfermeiros – representação social dos enfermeiros. Lisboa. *Revista Enfermagem*. ISSN: 0871-0775. N.º. 12 (1998), p. 24-28.

BASTO, Marta L. – Cuidados de enfermagem em Portugal: o como e o porquê. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2370. N.º 39-N.º2, p. 74-81.

BASTO, Marta L. - Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775. Vol. 23, n.º 1 (2005), p. 25- 41.

BASTO, Marta L. – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998. ISBN: 972-51-0760-8.

BASTO, Marta L. - PORTILHEIRO, Catarina. Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. N.º 7 (2003), p. 42-51.

BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito*. 2.^a ed. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 972-8535-97-X.

BENTO, Maria da Conceição – Aprender a ser enfermeiro: que modelos de formação? *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º. 34. (2001), p. 25-29.

BENTO, Maria da Conceição – *Cuidados e Formação em Enfermagem: que identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições, Lda., 1997. ISBN: 972-754-112-7.

BERNARDO, Rute M. B. P. – Controle de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 28 (2000), p. 13-14.

BOEMER, Magali Roseira; SAMPAIO, Mauren Alexandra - O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-11690. Vol. 5, N° 2 (1997), p. 33-38.

BOGDAN, Robert; BIKLEN; Sari – *Investigação Qualitativa em Educação: Introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.

BULHÕES, Irone – *Os anjos também erram: mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar*. Rio de Janeiro: [S.N.], 2004. 225p. ISBN: 85-901763-1-2.

BURESH, Bernice; GORDON, Suzanne - *Do silêncio à voz*. Segunda edição. Coimbra: Ariadne Editora, 2004. ISBN: 972-8838-05-0.

CABRAL, Roque – *Os Princípios De Autonomia, Beneficência, Não Maleficiência e Justiça*. In: ARCHER, Luís et al. – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996, p. 53-58. ISBN 972-22-1719-4.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4ª Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2005. ISBN: 972-36-0306-3.

CARMO, Margarida T.S. – Motivação Profissional, Qualidade de Cuidados percebidos e Satisfação dos Utentes. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. N.º 15 (2007), p. 24-37.

CARVALHO, Amílcar – Ambientes Favoráveis... e Qualidade! *Enfermagem e o Cidadão (Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros)*. Ano 5, n.º 12 (2007), p. 2.

CASCAIS, Ana F. M. Vieira; MARTINI, Jussara G.; ALMEIDA, Paulo J. dos Santos - As representações sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e saúde. *Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN: 0874-7695. N° 16 (2007), p. 3-10.

CATARINO, Jorge et al. - O Respeito como Princípio Moral Básico e Principal Princípio em Enfermagem. *Nursing*. Lisboa. ISSN-0871-6196. Ano 9, n.º 99 (1996), p. 21-24.

CERDEIRA, Ana B. – O respeito pelos direitos humanos na perspectiva de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 15 (2004), p. 11-12.

COELHO, Ana E.B.C.; CAETANO, Maria João E. – Teoria e Prática, quantas Enfermagens?: Percepções dos Enfermeiros de um serviço de Medicina acerca do Cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora. ISSN 0873-1586. N.º 7 (2006), p. 29-35.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-53-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 4ª ed. Coimbra: Lidel - Edições Técnicas Lda, 1999. ISBN 972-757-109-3.

COSME, Alexandra – A construção das práticas em enfermagem: A formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário. *Revista Sísifo*. ISSN: 1646-4990. N° 5, 2008, p. 1-2.

COSTA, Alexandra; MADEIRA, Alexandra; MATIAS, Elisabete - Autonomia em enfermagem. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 56 (2004), p. 63-64.

COSTA, Maria Arminda M. – *Cuidar idosos*. 2.ª ed. Coimbra: Formasau e EDUCA, 2006. ISBN: 978-972-8485-74-0.

COSTA, Maria Arminda M. - *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Editora Fim de século, 1998. ISBN: 972-754-125-9.

CRESWELL, Jonh W. - *Projecto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ª edição. Porto Alegre, Artmed editora, 2007. ISBN: 0-7619-244-2-6.

CUNHA, Carla – Excelência de Cuidados: que lugar para o básico? *Informar*. Porto. Ano X, N.º 33 (2004), p. 18-23.

Decreto-Lei nº 104/98 – *Diário da República* I Série. 93 (98-04-21) 1739-1757.

Decreto-Lei nº. 161/96 – *Diário da República* I Série. 205 (96-09-04) 2959-2962.

DINIZ, C.A. [et al.] – Representações sociais do Enfermeiro. *Enfermagem*. Amora - Seixal. ISSN 0871-0775. N.º 47/48 (2007), p. 75-84.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007 [Consult.: 25 Out. 2009]. Disponível em: <WWW: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>>.

DUARTE, Susana – *Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico?* Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN: 972-8717-19-9.

DUBAR, Claude – *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN: 972-0-34124-6.

DUBAR, Claude – *Formação, trabalho e identidades profissionais*. In CANÁRIO, Rui; et al – *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN: 972-0-34125-4. pp.43-51.

ESCOBAR, Lucília – *O sexo das profissões, género e identidade socioprofissional em enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento, 2004. ISBN 972-36-0692-5.

ESPADA, Ana P. et al. – Autonomia de Enfermagem: da formação à prática profissional. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 11, N.º 2 (2007), p. 66-68.

FALÉ, Maria J. M. - Quando o Passado surge no Presente, que Futuro Reivindicamos para a representação Social da Enfermagem? *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 71 (2007), p. 22-26.

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

FERNANDES, Isabel M.R.; SECO, Regina S.S.; QUEIRÓS, P.J.P. – Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. N.º 19 (2009), p. 39-52.

FERNANDES, M. - Introdução à fenomenografia: potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem. *Investigação em enfermagem*. Coimbra. ISSN: 0874-7695. N.º 12 (2005), p. 3-10.

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

FERNANDES, Otilia M. T.; LOPES, Maria dos Anjos Pereira - Corpo, saúde e doença: Que representações dos enfermeiros? *Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN: 0874-7695. N.º 6 (2002), p. 4-7.

FERREIRA, Maria Augusta G. A. - O olhar dos enfermeiros sobre a profissão - um estudo de representações sociais. *Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN: 0874-7695. N.º 8 (2003), p. 17-26.

FERREIRA, P.L.; MARQUES, F.B. – Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais. Coimbra: Faculdade de Economia, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1998. ISBN: 972-8476-00-0.

FESTA, António [et al.] – Garantia da Qualidade e os Cuidados de Enfermagem. *Revista Informar*. Porto. Ano XII, N.º 37 (2006), p. 59-63.

FESTAS, Constança - Cuidado de enfermagem e competência profissional. *Informar*. Porto. Ano XII, N.º 37 Julho/Dezembro 2006, p. 30-41.

FIGUEIRA, Fátima - Valores Universais na Prática de Enfermagem: competência e aperfeiçoamento. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 15 (2004), p. 20-23.

FIGUEIREDO, Amélia Simões - *À conquista de uma identidade: Enfermeiros recém-formados, entre o hospital e o centro de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN: 972-796-152-5.

FIGUEIREDO, Maria do Céu – Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 10 (1997), p. 19-22.

FIGUEIREDO, Maria do Céu A. – Ética e Investigação em Enfermagem. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º 2 (1995), p. 19-24.

FLICK, Uwe – *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor, 2005. ISBN: 972-9413-67-3.

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

GARRIDO, António F. S. – O Enfermeiro e a Identidade Profissional. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 192 (2004), p. 34-37.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de - A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN: 01 04-11690. 13 (6):1011 (2005), p. 1011-1018.

GOMES, Bárbara P.; MENDES, Maria Arminda – A Interface entre a Qualidade em Saúde e a Satisfação do Utente: artigo de revisão bibliográfica. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2379. V.56, N.º 1 (2008), p. 6-14.

GONÇALVES, Pedro C. – Ser um bom enfermeiro... *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 56 (2004), p. 61-62.

HENDERSEN, Virginia. *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta, 2007. ISBN: 978-989-8075-00-0.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Camarate: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew - *Investigação por questionário*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2008. ISBN: 978-972-618-273-3.

HONORÉ, Bernard - *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN:972-8383-31-2.

HONORÉ, Bernard - *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Camarate: Lusociência. 2001

ICN – *Ambientes Favoráveis à Prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. ISBN: 92-95040-80-5.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Beta 2*; trad. MADEIRA, Adelaide; ABECASIS, Leonor; LEAL, Teresa. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN: 972-98149-5-3.

JESUS, Élvio H. – *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-66-2.

LANDRY, R. - Análise de conteúdo. In GAUTHIER, Benôit (Dir.), *Investigação social: Da problemática à colheita de dados*. 2ª ed., Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-55-X. p. 345-372.

LEAL, Maria Teresa – *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-20-8.

Leininger, M. - Critérios de Avaliação e de crítica de estudos de Investigação Qualitativa. In: Morse, J. - *Metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau, 2007.

LOPES, Manuel José - *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X.

LOPES, Manuel José. *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001. ISBN: 972-98149-0-2.

LOPES, Noémia Mendes - *Recomposição Profissional da Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8717-17-2.

MANUEL, Fernando – Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 219 (2007).

MARQUES, Belinda et al. - *As tendências na diversidade sócio-cultural dos enfermeiros: o olhar da população*. *Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISBN: 0874-7695. Nº 17 (2008), p. 85-89.

MARQUES, Maria I. – Os cuidados de Enfermagem na perspectiva do doente hospitalizado. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-1586. N.º 3 (1999), p. 45-52.

- MARQUES, Maria I. D. – Percepção «Significativa» dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-1586. N.º 5 (2000), p. 5-16.
- MARQUES, Paula Alexandra A. R. - A Ética do Cuidado e a prática de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 5, N.º.2 (2001), p. 39-44.
- MARQUES, Paulo – *Princípios Éticos Gerais no Agir em Enfermagem*. In MARQUES et al. - *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de S. João, 2005. ISBN: 989-20-0099-4.
- MARTIN, Christiane – Cuidados de Enfermagem, uma disciplina: condições e desafios. *Revista Enfermagem*. N.º 34 (2.ª série) (1995), p. 14-19.
- MARTINS, Lurdes – Valores Universais na Prática de Enfermagem: altruísmo e solidariedade. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 15 (2004), p. 14-16.
- MATIAS, António – Uma visão do subsolo? *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 177 (2003), p. 40-42
- MONTEIRO, António S. - *Qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde desenvolvida na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2000.
- MORRISON, Paul – *Para compreender os doentes*. Lisboa, Climepsi Editores, 2001. ISBN: 972-8449-97-6.
- NEVES, M.ª do Céu Patrão – *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2.ª ed. Lisboa: Gráfica de Coimbra 2, 2007. ISBN: 972-603-273-3.
- NEVES, M.ª Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma ética de enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. 376 p. ISBN: 972-603-326-8.
- NEVES, M.ª da Ajuda - A tomada de decisão em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 2. N.º 2 (2002), p. 25-34.
- NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.
- NEVES, Marília M.ª Andrade Marques da Conceição - *A representação social do cancro: conhecer para (re) pensar a intervenção educativa*. Tese de Mestrado desenvolvida na Universidade do Porto, ICBAS. Porto, 2002.
- NIGHTINGALE, Florence. - *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-92-4.
- NUNES, João P. B. – Enfermagem: Profissão em risco. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 177 (2003), p. 10-11.
- NUNES, Lucília – *A Referência Ético-Deontológica na base da Excelência* (1.º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor enfermagem, melhor saúde). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- NUNES, Lucília – Enfermagem e Cidadania: uma relação a des-ocultar. *Pensar Enfermagem*. Lisboa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. ISSN 0873-8904., Vol.8, N.º 2 (2004), p. 3.
- NUNES, Lucília – Ética de Enfermagem: Percursos e Desafios (Conferência inicial do V Seminário de Ética). *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 15 (2004), p. 4-6.
- NUNES, Lucília Mateus – O Que Queremos Dizer Quando Falamos De Ética? *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Vol.8, N.º 89 (1995), p. 7-10.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN: 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem*, 26 de Abril de 2006 [Consult.: 22 Nov. 2007]. Disponível em: <WWW:http://ordemdosenfermeiros.pt>.

PAIM, Carla et al. - A imagem social do enfermeiro na ilha Terceira. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 161 Dezembro 2001, Ano 14, p.14 a 19.

PAIS, José Machado. *Sociologia da vida quotidiana: Teorias, métodos e estudos de caso*. Lisboa: Imprensa de ciências sociais, 2002. ISBN: 972-671-092-8.

PAIVA, Abel – *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-76-X.

PALMA, Cláudia; SANTOS, Paulo – Pensar Enfermagem: Novos Tempos, Novos Rumos. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 172 (2002), p. 16-18.

PARENTE, Paulo et al. – *Ética Nos Cuidados De Saúde*. Coimbra: Formasau, 1998. ISBN: 972-8485-04-02.

PARREIRA, Cláudia et al. – Consulta de Enfermagem: um caminho para a autonomia em cuidados de saúde primários? *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 16, n.º 84 (2004).

PEGO, Zaida M. S. C. M. - *Qualidade dos serviços de urgência: A perspectiva dos utentes*. Tese de mestrado em Gestão e Economia da Saúde desenvolvida na Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. Coimbra, 1998.

PEIXEIRO, Alcides – A enfermagem na perspectiva da gestão. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N.º 177 (2003), p. 16-17.

PEREIRA, Filipe – *Informação e Qualidade: do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.

PEREIRA, Helder – *Os Enfermeiros e a Identidade Profissional*. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 30-05-06a. [Consult.: 20 Jan. 2008]. Disponível em: <WWW:http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=261>.

PEREIRA, Isabel C. B. F. – Enfermagem: arte e ciência de cuidar. *Servir*. ISSN: 0871-2370. Vol. 54, n.º 2 (2006a), p. 62-65.

PEREIRA, Isabel C.B.F. – Cuidar: Sentido Genérico / Sentido Profissional. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2379. V.54, N.º 3 (2006b), p. 114-120.

PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

PHANEUF, Margot – *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8535-84-3.

PIMENTEL, Maria Helena – *Representações dos Alunos de Enfermagem sobre a Profissão*. [em linha]. [S.l.: s.n.]. sd. [Consult.: 1 Março 2008]. Disponível na: WWW:<http://www.eselx.ipl.pt/cied/lencontro/Actas/textos/M.%20Pimentel.htm>.

PINTO, Fernanda Cremilde et al. - Enfermeiro: que conceito? *Ecos da enfermagem. Suplemento*. Maia. N.º 228 (2002), p. 2-6.

PINTO, Nuno Manuel Teles – A importância do Pensamento Crítico para a Decisão em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora (IFE). ISSN: 0873-1586. N.º 6 (2006), p. 11-15.

PIRES, Ana Paula – Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 72 (2007), p. 47-49.

PIRES, Maria Raquel G.M. – Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. *Revista Escola Enfermagem USP*. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 41, N.º 4, p. 717-723.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Artmed. 2004.

PORTUGAL, Carlos – Preocupações do presente, desafios para o futuro. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Nº 177 (2003), p.31 a 32.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque - *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8717-07-5.

QUEIRÓS, Ana; MEIRELES, Maria; CUNHA, Sara - *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência. 2007.

QUEIROZ, Ana Albuquerque – *As Competências dos Profissionais de Enfermagem: como as afirmar e desenvolver*. [em linha]. [S.l.: s.n.]. 02-03-2007. [Consult.: 08 Dez. 2007]. Disponível em: <WWW:http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_magazine&func=show_articl e&id=99>.

REBELO, Adelaide et al. – Competências: Que Realidade? *Revista Informar*. Porto. Ano XI, n.º 34 (2005), p. 15-25.

REBELO, Maria Teresa Santos - Os discursos nas práticas dos cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 9 (1996), p. 13-17.

REBELO, Teresa – Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos? *Revista Enfermagem*. Amora - Seixal. ISSN 0871-0075. N.º 10 (2ª série), 1997, p.14-19.

RIBEIRO, Lisete – Valores e Desenvolvimento em Enfermagem ou de como dar lugar à Ética. *Revista Pensar Enfermagem*. Lisboa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. ISSN: 0873-8904. Vol.1, N.º 2, 1998. p. 4-10.

ROSA, Maria Teresa S.; OLIVEIRA, Isabel M.S. – *As Condições de Trabalho do Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. ISBN: 972-99646-1-0.

SÁ, Celso de Pereira - *Núcleo central das representações sociais*. 2.ªed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. ISBN: 85-326-1617-8.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista – *Metodologia de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, Lda, 2006. ISBN: 85-8680493-2

SANTO, Carminda do Espírito – As competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº3, 1999, p.53 a 58.

SANTOS, Cláudia - Valores Universais na Prática de Enfermagem: verdade e justiça. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 15 (2004), p. 17-19.

Santos, E. - *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro, 2009.

SANTOS, Laurinda – A janela que eu desejo ocupar. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Nº 177 (2003), p. 23-25.

SERRA, Miguel - Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo - Revista de ciências da educação*. ISSN: 1646-4990. N.º 5 (2008), p. 69-80.

SERRA, Miguel Nunes - *Aprender a ser doente: Processos de Aprendizagem de Doentes em Internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda, 2005. ISBN: 972-8383-93-2.

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui - *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6.

SILVA, Alcione L. – Afinal, o que é a Enfermagem? É Profissão? Disciplina? Trabalho? *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.11, N.º 1 (2007), p. 44-49.

SILVA, Daniel Marques – *Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem*. [em linha]. [S.l.: s.n.]. Julho 2002. [Consult.: 31 Outubro. 2007]. Disponível em: In <WWW:http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_24.htm>.

SILVA, Paula Marinho – O respeito pelos direitos humanos. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 15 (2004), p. 13.

SOUSA, Célia M. G. et al. – Enfermagem: contextos e percepções. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Abril (2006), p. 7-9.

SOUSA, Maria Augusta – *O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade – Porquê esta temática*. [em linha]. Lisboa: II Congresso da Ordem dos Enfermeiros - “O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade”, 10 de Maio 2006 [Consult.: 31 Outubro. 2007]. Disponível em: <WWW:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/DiscursoBast.pdf>.

SOUSA, Paulino A. F. de - As representações sociais. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN: 0873-5689. Ano I, Nº 1, Jan 1997, p. 58-62.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação qualitativa em enfermagem – avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2002. ISBN 972-8383-29-0.

TAPPEN, Ruth M. – Melhoria da Qualidade. *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática*. Cap. 19. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-00-3.

TEIXEIRA, Laurinda E. G. Pires - A imagem do enfermeiro. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º 38 (2001), p. 11.

TURATO, Egberto Ribeiro – *Tratado da metodologia da pesquisa clínico - qualitativa: construção teórico epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Editora vozes Lda, 2003. 308 e 314 p. ISBN 85-326-2751-X.

VEIGA, João – *Ética em Enfermagem: análise, problematização e (re)construção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN: 972-796-218-1.

VIEIRA, Margarida – Da Deontologia profissional à ética de Enfermagem. *Revista Informar*, N.º 33 (2004), p. 68-71.

VIEIRA, Margarida - *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. ISBN: 972-54-0146-8.

VIEIRA, Margarida M. S. – Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Revista Servir*. Lisboa. ISSN: 0871-2370. Vol 43, Nº.3 (1995) p. 114-117.

VIEIRA, MJ. - A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN: 01 04-11690. Vol. 7, N.º 5 (1999), p. 25 -31.

VILELA, Carlos Lopes. Enfermeiro: Imagem (In) apropriada. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 44 (2002), p.18-22.

WATSON, Jean – *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Camarate: Lusociência, 2002a. ISBN: 972-8383-37-1.

WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – uma teoria de enfermagem*. Camarate: SIG (Sociedade Industrial e Gráfica, Lda.), 2002b. ISBN: 972-8383-33-9.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de Colheita de Dados

I - QUESTIONÁRIO

Com este questionário pretendemos recolher a opinião dos utentes, que já estiveram submetidos a internamento hospitalar, sobre diversos aspectos acerca dos profissionais de enfermagem e dos cuidados de enfermagem que receberam. Agradecemos desde já a sua participação.

A. ELEMENTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____
2. Género ☐ M ☐ F
3. Habilitações Literárias: _____
4. Actividade Profissional: _____
5. Local onde habita: ☐ Meio rural ☐ Meio Urbano
6. Tempo de internamento: _____

B. OPINIÃO SOBRE OS CUIDADOS RECEBIDOS

A partir da sua experiência de internamento e contacto com o Hospital, diga a sua opinião:

1. De um modo geral sente-se satisfeito com os cuidados recebidos dos enfermeiros?

☐ Insatisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfeito

2. Mais concretamente, como vê o seu internamento hospitalar, relativamente aos cuidados de enfermagem:

2.1. ASPECTOS TÉCNICOS: Forma como o pessoal de enfermagem desempenhou as actividades de dar os medicamentos ou injecções, de alimentação, higiene e conforto.

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Regular ☐ Mau ☐ Não se aplica ☐

2.2. ATENÇÃO PRESTADA PELOS ENFERMEIROS AO SEU ESTADO DE SAÚDE: Frequência com que o pessoal de enfermagem verificou a evolução do seu estado de saúde.

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Regular ☐ Mau ☐ Não se aplica ☐

2.3. RESPOSTA DOS ENFERMEIROS ÀS SUAS CHAMADAS: Rapidez com que acorreram a ajudá-lo/a.

Excelente ☐ *Muito Bom* ☐ *Bom* ☐ *Regular* ☐ *Mau* ☐ *Não se aplica* ☐

2.4. CUIDADOS E ATENÇÃO: Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi cuidado pelos enfermeiros.

Excelente ☐ *Muito Bom* ☐ *Bom* ☐ *Regular* ☐ *Mau* ☐ *Não se aplica* ☐

2.5. INFORMAÇÃO RECEBIDA: Forma como os enfermeiros comunicaram com os doentes, familiares e outros profissionais de saúde.

Excelente ☐ *Muito Bom* ☐ *Bom* ☐ *Regular* ☐ *Mau* ☐ *Não se aplica* ☐

3.Do que observou, indique três das funções que no seu ponto de vista melhor caracterizam os cuidados de enfermagem e que mais valorizou:

a). _____

b). _____

c). _____

4.Essas funções que mais valorizou exigem ao enfermeiro um elevado nível de competência e conhecimentos técnicos e científicos?

Baixo nível de exigência ☐ *Médio nível de exigência* ☐ *Elevado nível de exigência* ☐ *Não sei* ☐

5.No seu entender, esse trabalho dos enfermeiros é importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar ?

Sem importancia ☐ *Pouco importante* ☐ *Importante* ☐ *Muito importante* ☐

6.A sua experiência de internamento mudou a opinião anterior que tinha acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem?

Tinha uma opinião negativa e fiquei com melhor opinião ☐

Tinha uma opinião positiva e fiquei com pior opinião ☐

Mantenho opinião positiva ☐

Mantenho opinião negativa ☐

C. OPINIÃO SOBRE A ENFERMAGEM E OS ENFERMEIROS

Independentemente da sua experiência de internamento, o que considera que a sociedade pensa dos enfermeiros:

1. Que têm um bom nível de formação académica.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

2. Que o curso de enfermagem é ambicionado por muitos estudantes.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

3. Que têm formação técnica e científica para trabalhar com autonomia, podendo prestar cuidados de enfermagem sem estar dependentes de outros profissionais.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

4. Que é uma profissão que valoriza a dignidade humana.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

5. Que são socialmente reconhecidos pelo seu trabalho.

Sempre ☐ *Quase sempre* ☐ *Poucas vezes* ☐ *Nunca* ☐

6. Que têm um importante papel de decisão em questões de saúde.

Sempre ☐ *Quase sempre* ☐ *Poucas vezes* ☐ *Nunca* ☐

7. Que é uma profissão que se desenvolveu muito nos últimos anos.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

8. Que os enfermeiros dão uma imagem positiva da sua profissão?

Sempre ☐ *Quase sempre* ☐ *Poucas vezes* ☐ *Nunca* ☐

9. Que é impossível pensar o sistema de saúde sem os enfermeiros.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

10. Que os enfermeiros têm um bom nível cultural.

Sim ☐ *Não* ☐ *Não sei* ☐

11. Que os enfermeiros, de um modo geral, desempenham adequadamente o seu papel profissional.

Sempre ☐ *Quase sempre* ☐ *Poucas vezes* ☐ *Nunca* ☐

D. CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DE UM ENFERMEIRO IDEAL

1. Enuncie, por ordem de prioridade, algumas características do enfermeiro ideal, que a sociedade precisa, no contexto actual.

a). _____

b). _____

c). _____

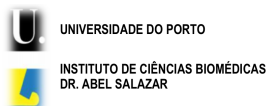
d). _____

e). _____

f). _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Anexo 2: Consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carmen Lúcia Seabra Nogueira, enfermeira, encontro-me a desenvolver mestrado em Ciências de Enfermagem, sob orientação do Prof. Dr. Manuel Rodrigues, onde pretendemos investigar a opinião dos utentes sobre os cuidados de enfermagem recebidos durante a situação de internamento.

Para tal, precisamos da sua colaboração, enquanto utente que vivenciou uma situação de internamento hospitalar e, portanto, que estabeleceu varios contactos com a equipa de enfermagem. A sua participação consistirá em relatar uma experiência (positiva ou negativa) que vivenciou quando necessitou de ser cuidado por um enfermeiro ou equipa de enfermagem e, posteriormente responder a um pequeno questionário. As suas respostas serão registadas em papel, e o relato da sua experiência gravado em formato áudio, se assim o consentir.

Todas as informações fornecidas permanecerão confidenciais e serão apenas utilizadas pelos investigadores mencionados e no âmbito do desenvolvimento deste estudo, que decorrerá durante o ano de 2010. O seu anonimato será preservado em todo o percurso de investigação.

A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Para além disso, tem o direito de desistir da participação em qualquer momento, bem como de decidir sobre a extensão da informação a transmitir.

Esperamos que, após a análise dos dados recolhidos, possamos contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem, pela identificação daquilo que os utentes necessitam e esperam dos enfermeiros, pelo que a sua participação será fundamental.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo, através dos contactos 934226861 ou e-mail carmennenf@gmail.com.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo indicado:

Eu, _____, declaro que fui informado(a) acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efectuar e aceito participar no mesmo de forma voluntária.

Assinatura, _____ data ____/____/2010

Anexo 3: Pedido de Autorização para realização de investigação ao Conselho de Administração de Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Coimbra, 31 de Maio de 2009

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração dos CHC, EPE

Prof. Dr. Rui de Melo e Pato:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de Investigação no âmbito de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Eu, Carmen Lúcia Seabra Nogueira, enfermeira, a exercer funções no serviço de Gastroenterologia do CHG, EPE – HG, com o número mecanográfico n.º 4182, encontro-me a desenvolver mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, da Universidade do Porto, sob orientação do Prof. Dr. Manuel Rodrigues (docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para desenvolver um estudo sobre o fenómeno experiencial da vivência do internamento pelos utentes, especificamente sobre o contributo dos cuidados de enfermagem recebidos durante este período. A informação será recolhida aquando do internamento (sempre após 3 a 4 dias de internamento) a um conjunto de cerca de 25 a 50 participantes nos diversos serviços de internamento do hospital central, num período que decorrerá desde a data da autorização até Outubro do corrente ano.

Todas as informações fornecidas pelos utentes permanecerão confidenciais e serão apenas utilizadas pelos investigadores mencionados e apenas no âmbito do desenvolvimento deste estudo, que decorrerá ao final de 2009. O anonimato será preservado em todo o percurso de investigação e será pedido o consentimento livre e esclarecido do utente, por escrito, antes da colheita de dados.

Esperamos que, após a análise dos dados recolhidos, os resultados possam contribuir para uma maior satisfação dos utentes pelos cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento hospitalar, pela identificação daquilo que os utentes necessitam e esperam do grupo profissional dos enfermeiros, e que pertence à sua esfera de actuação.

Agradecemos que analise este pedido e emita o seu parecer com a maior brevidade possível, dado que os prazos académicos a cumprir são rígidos.

Com os melhores cumprimentos,

(Carmen Lúcia Seabra Nogueira)

PS: Para qualquer esclarecimento adicional acerca deste estudo, estaremos disponíveis através dos contactos: 93 4226861 | 91 1036234 | carmennenf@gmail.com

Anexo 4: Parecer positivo da Conselho Directivo do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, autorizando a realização da investigação



Carmen Nogueira <carmennenf@gmail.com>

Estudo sobre o fenómeno experiencial da vivência de internamento pelos utentes, especificamente sobre o contributo dos cuidados de enfermagem

1 mensagem

Secretariado do Conselho de Administração <secre-ca@chc.min-saude.pt>

Para: carmennenf@gmail.com

7 de Julho de 2009 13:52

Exm^a Senhora Enf^a Carmen Lúcia Seabra Nogueira

Relativamente ao estudo acima identificado, encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho de Administração de informar que o Conselho de Administração não tem nada a opor à sua realização, solicitando apenas o compromisso do envio de um exemplar e a autorização do director do serviço em que irá ser realizado o estudo.

Com os melhores cumprimentos.

O secretariado do conselho de administração do Centro Hospitalar de Coimbra, Isabel Pereira

Anexo 5: Pedido de autorização para realização de investigação nas unidades de internamento a Director de Serviço e Enfermeiro Chefe

Coimbra, 13 de Outubro de 2009

Ex.mo Sr. Director Clínico do Serviço de _____

Dr. _____:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de Investigação no âmbito de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Eu, Carmen Lúcia Seabra Nogueira, enfermeira, a exercer funções no serviço de Gastroenterologia do CHC, EPE – HG, com o número mecanográfico n.º 4182, encontro-me a desenvolver mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, da Universidade do Porto, sob orientação do Prof. Dr. Manuel Rodrigues (docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para desenvolver um estudo sobre o fenómeno experiencial da vivência de internamento pelos utentes, especificamente sobre o contributo dos cuidados de enfermagem recebidos durante este período. A informação será recolhida aquando do internamento (sempre após 3 a 4 dias de internamento) a um conjunto de cerca de 25 a 50 participantes nos diversos serviços de internamento do hospital central.

Todas as informações fornecidas pelos utentes permanecerão confidenciais e serão apenas utilizadas pelos investigadores mencionados e apenas no âmbito do desenvolvimeno deste estudo, que decorrerá até ao final de 2009 / início de 2010. O anonimato será preservado em todo o percurso de investigação e será pedido o consentimento livre e esclarecido do utente, por escrito, antes da colheita de dados.

Esperamos que, após a análise dos dados recolhidos, os resultados possam contribuir para uma maior satisfação dos utentes pelos cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento hospitalar, pela identificação daquilo que os utentes necessitam e esperam do grupo profissional dos enfermeiros, e que pertence à sua esfera de actuação.

Em anexo encontra-se o instrumento de colheita de dados que irá ser utilizado nesta investigação, o documento de consentimento livre e esclarecido da participação neste estudo pelo utente, bem como a autorização do Conselho de Administração do Hospital para poder levar a cabo este trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

(Carmen Lúcia Seabra Nogueira)

PS: Para qualquer esclarecimento adicional acerca deste estudo, estaremos disponíveis através dos contactos: 93 4226861 |

91 1036234 | carmennenf@gmail.com

Ex.mo Sr. Enfermeiro/a Chefe do serviço de _____

Enf. / Enf.^a _____:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de Investigação no âmbito de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Eu, Carmen Lúcia Seabra Nogueira, enfermeira, a exercer funções no serviço de Gastroenterologia do CHC, EPE – HG, com o número mecanográfico n.º 4182, encontro-me a desenvolver mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, da Universidade do Porto, sob orientação do Prof. Dr. Manuel Rodrigues (docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para desenvolver um estudo sobre o fenómeno experiencial da vivência de internamento pelos utentes, especificamente sobre o contributo dos cuidados de enfermagem recebidos durante este período. A informação será recolhida aquando do internamento (sempre após 3 a 4 dias de internamento) a um conjunto de cerca de 25 a 50 participantes nos diversos serviços de internamento do hospital central.

Todas as informações fornecidas pelos utentes permanecerão confidenciais e serão apenas utilizadas pelos investigadores mencionados e apenas no âmbito do desenvolvimento deste estudo, que decorrerá até ao final de 2009 / início de 2010. O anonimato será preservado em todo o percurso de investigação e será pedido o consentimento livre e esclarecido do utente, por escrito, antes da colheita de dados.

Esperamos que, após a análise dos dados recolhidos, os resultados possam contribuir para uma maior satisfação dos utentes pelos cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento hospitalar, pela identificação daquilo que os utentes necessitam e esperam do grupo profissional dos enfermeiros, e que pertence à sua esfera de actuação.

Em anexo encontra-se o instrumento de colheita de dados que irá ser utilizado nesta investigação, o documento de consentimento livre e esclarecido da participação neste estudo pelo utente, bem como a autorização do Conselho de Administração do Hospital para poder levar a cabo este trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

(Carmen Lúcia Seabra Nogueira)

PS: Para qualquer esclarecimento adicional acerca deste estudo, estaremos disponíveis através dos contactos: 93 4226861 |

91 1036234 | carmennenf@gmail.com