

Universidade do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA
Dos Enfermeiros Chefes aos Enfermeiros**

MARIA MANUELA RODRIGUES DA SILVA DUARTE FERREIRA

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2008

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

Dos Enfermeiros Chefes aos Enfermeiros

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

Orientador – Doutora Maria Manuela Martins

Categoria – Professora Coordenadora

MARIA MANUELA RODRIGUES DA SILVA DUARTE FERREIRA

2008

*"Somos aquilo que fazemos
consistentemente.*

*Assim, a excelência não é um acto, mas
sim um hábito"*

Aristóteles

Ao Joaquim

Ao Nuno

E, ao Miguel

AGRADECIMENTOS

Encaminho as minhas palavras de gratidão e apreço especialmente para:

À **Professora Doutora Manuela Martins**, pela sua orientação neste trabalho.

Ao **Senhor Secretário Regional dos Assuntos Sociais Doutor Domingos Cunha**, pela autorização de dispensa de serviço para realização das entrevistas.

Ao **Conselho de Administração do Centro de Saúde de Ponta Delgada**, pela autorização para a realização do estudo nesta instituição.

À **Professora Coordenadora Amélia Meireles**, pela sua presença, pelo seu afecto.

À **Enfermeira Sandra Silva**, pela sua disponibilidade, ajuda, incentivo e amizade sincera.

Ao **Conselho de Administração do Centro de Saúde de Ponta Delgada**, pela autorização para a realização do estudo nesta instituição.

Aos **Enfermeiros participantes**, neste estudo pela sua disponibilidade em responder às questões de investigação.

À minha irmã **Carla Duarte**, pela sua colaboração no tratamento dos achados.

À **D. Fátima Rebelo**, pela sua simpatia e prontidão na pesquisa de bibliografia e revisão do capítulo da bibliografia.

RESUMO

A enfermagem passou de uma profissão com pouco valor social para uma profissão autónoma legalmente reconhecida, afirmando-se perante a sociedade. A autonomia em enfermagem é o “poder” para determinar as necessidades ao cuidar das pessoas, agir responsabilmente de acordo com tomada das suas decisões, aliada ao dever profissional pelo compromisso do mandato social assumido. Reflectir, sobre como estas mudanças foram assumidas pelos enfermeiros, foi uma necessidade, na medida em que, o contexto onde trabalhamos, os enfermeiros ainda manifestam alguma insegurança em gerir as implicações que a mudança na imagem e na responsabilidade provocam, e mantêm o receio de abandonar o modelo tradicional em desprestígio da autonomia já legalmente conquistada, o que tem originado alguma conflituosidade, entre os próprios enfermeiros e com os outros profissionais da equipa de cuidados.

Cabe ao enfermeiro chefe gerir os recursos humanos e os cuidados de enfermagem, e neste contexto, conciliar junto de cada enfermeiro, os conhecimentos e experiências pessoais, profissionais, institucionais e os da própria profissão, pelo que, o objectivo principal deste trabalho é: compreender que estratégias são utilizadas, pelos enfermeiros chefes, para promoção da autonomia profissional dos enfermeiros. Face aos estudos em enfermagem, na área da gestão e em torno da autonomia, foi determinante estudar o problema com a metodologia qualitativa de carácter fenomenológico. O estudo foi realizado num dos Centros de Saúde dos Açores. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas, a 16 enfermeiros (8 enfermeiros chefes e 8 enfermeiros nível1) através de uma amostra não probabilística intencional. Analisados os discursos não foram identificadas estratégias com a finalidade de prover autonomia. Tornou-se evidente, que os enfermeiros chefes, não desenvolvem estratégias de forma explícita, mas assumem ter estratégias implícitas, nomeadamente: integração de enfermeiros, delegação, planeamento, formação, reflexão profissional, visibilidade dos cuidados e o trabalho multiprofissional. Apontam ainda instrumentos, como: plano de actividades; fixação de objectivos; integração de preferências, normas/protocolos, plano de cuidados, projectos de intervenção e avaliação de desempenho. No entanto, verificamos a existência de relatos em que os enfermeiros assumem desconhecer a existência de estratégias, não reconhecendo nenhuma fomentada pelo enfermeiro chefe como conducentes à autonomia. Os enfermeiros, chegam mesmo a afirmar que a sua autonomia é mediada pela chefia e que nas actividades interdependentes não são autónomos

ABSTRACT

Nursing has progressed from a profession with little social value to an autonomous profession, legally recognized, and affirming itself in society. The autonomy in nursing is the "power" to determine the needs in caring for people, acting responsibly in accordance with making their decisions, coupled with the professional duty, by the dedication of the mandate social commitment. Reflecting on how these changes were undertaken by nurses, was a necessity, since in the context where we work, the nurses also expressed some uncertainty in managing the implications of change in their image and responsibility, and maintain the fear of abandoning the traditional model of autonomy in disrepute already legally acquired, which has caused some conflict among nurses and other professionals in the health care team.

The head nurse manages human resources and nursing care, and in this context, reconciles with each nurse, knowledge and personal, professional and institutional experience, and so the main objective of this study is: understanding strategies that are used by the nurses' leaders, to promote the autonomy of professional nurses. The studies in the area of management and autonomy in nursing was crucial in studying the problem with the methodology of qualitative nature phenomenology. The study was conducted in Health Centers of the Azores. The data was obtained from semi-structured interviews, to 16 nurses (8 head nurses and 8 nurses level 1) using a non probable intentional sample. After considering the results, strategies with the aim of providing autonomy were not identified. It became evident that the nurses' leaders do not develop explicit strategies, but rather assume implicit strategies, including: the integration of nurses, delegation, planning, training, reflection, professional visibility of care and multidisciplinary work. However there was verified the existence of information such as: business plans, setting goals, preference integration, standards or protocols, care plan, intervention projects and the evaluation of performance. On the other hand, we found the existence of reports in which nurses are ignoring the existence of strategies, not acknowledging any fostered by the head nurse, leading to autonomy. Nurses even claim that their autonomy is measured by leadership and in their interdependent activities they are not autonomous.

SIGLAS E ABREVIATURA

CA - Conselho de Administração

cit. - Por: citado por

et al - et alium

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNV: Plano Nacional de Vacinação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SE - Saúde Escolar

SI - Saúde Infantil

SM - Saúde Materna

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRS - Serviço Regional de Saúde

VD - Visitação Domiciliária

UNICEF - United Nations Childrens Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	3
SIGLAS E ABREVIATURA	17
INDICE DE QUADROS	23
0 – INTRODUÇÃO	25
1 – CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO PROBLEMA	31
1.1 - A ACTIVIDADE DE ENFERMAGEM	31
1.1.1 - Processos de Autonomia e Interdependência Profissional.....	33
1.1.2 - Das Concepções de Enfermagem às Práticas de Autonomia	37
1.2 – GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS	41
1.3 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	47
1.3.1 – Caracterização do Centro de Saúde de Ponta Delgada.....	52
1.3.2 – Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários.....	55
2 – TRABALHO DE CAMPO	65
2.1- TIPO DE ESTUDO	65
2.2 – PARTICIPANTES	69
2.3 – ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	72
2.4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	73
2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	76
3. DISCURSOS SOBRE O SER ENFERMEIRO	79
3.1 – CENTRANDO-SE NOS VALORES.....	80
3.2- O CONHECIMENTO CIENTÍFICO PARA A AUTONOMIA PROFISSIONAL	87
3.3 – REPENSANDO A CONCEPÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A AUTONOMIA.....	95
4. EXPRESSÃO DA AUTONOMIA	107
4.1 - CONCEPÇÃO PARA AUTONOMIA	108
4.2 - IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA PARA OS ENFERMEIROS.....	121
4.3 – DAS PRÁTICAS À AUTONOMIA.....	128
4.4 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PROMOTORAS DE AUTONOMIA PROFISSIONAL	139
5 - ACHADOS SOBRE AUTONOMIA – SÍNTESE	161

6 – CONCLUSÕES.....	167
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
ANEXOS	183
ANEXOS Nº 1 – CRONOGRAMA DA INVESTIGAÇÃO.....	185
ANEXOS Nº 1 – CONSENTIMENTO	189

INDICE de FIGURAS

FIGURA Nº 1 – INFLUÊNCIA NO DESEMPENHO PESSOAL. ADAPTADO DE MEZOMO (2001, P.191-192)	46
FIGURA Nº 2 – ARQUIPÉLAGO DOS AÇORES	51
FIGURA Nº 3 – CARREIRA DE ENFERMAGEM E ESTRUTURA HIERÁRQUICA.....	58
FIGURA Nº 4 – DIAGRAMA DA INVESTIGAÇÃO	68
FIGURA Nº 5 – SER ENFERMEIRO COM AUTONOMIA	80
FIGURA Nº 6 – CONHECIMENTO ESPECÍFICO	89
FIGURA Nº 7 – CONHECIMENTO DE ÁREAS AFINS	93
FIGURA Nº 9 – AO ENCONTRO DA AUTONOMIA.....	108
FIGURA Nº 10 – MODELO FINAL DOS ACHADOS	165

INDICE DE QUADROS

QUADRO Nº 1 – UNIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES.....	52
QUADRO Nº 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA	53
QUADRO Nº 3 – FUNÇÕES DE GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	59
QUADRO Nº 4 – FUNÇÕES DE GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	59
QUADRO Nº 5 – FUNÇÕES DE GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS.....	61
QUADRO Nº 6 – FUNÇÕES DE GESTÃO EM INVESTIGAÇÃO.....	62
QUADRO Nº 7 – FUNÇÕES DE GESTÃO DO CENTRO DE SAÚDE	62
QUADRO Nº 8 – VALORES NA PRÁTICA PROFISSIONAL	82
QUADRO Nº 9 – CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS	88
QUADRO Nº 10 – CONCEPÇÃO DE ENFERMAGEM	97
QUADRO Nº 11 – CONCEPÇÃO PARA AUTONOMIA	110
QUADRO Nº 12 – IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA	122
QUADRO Nº 13 – PRÁTICAS À AUTONOMIA.....	129
QUADRO Nº 13 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PROMOTORAS DE AUTONOMIA PROFISSIONAL	140
QUADRO Nº 14 – AUSÊNCIA DE PRÁTICAS E DE ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE AUTONOMIA	157

0 – INTRODUÇÃO

Ao longo da história da Enfermagem foram surgindo diferentes valores, fruto dos mais variados factores e condicionalismos político-sociais, económicos e culturais. Alguns deles ainda não foram esquecidos (caso da vocação e subordinação) e caminham a par e passo com aqueles que julgamos serem ou constituírem os eixos fundamentais da nossa profissão – a emancipação e a autonomia.

Passou-se assim de um cuidar Intuitivo (Pré - Histórico) a um cuidado assente na vocação e subordinação (Idade Média), a uma continuação de subordinação (Idade Moderna) para se começar a valorizar a libertação da Prática – Era da Emancipação (Idade Contemporânea – séc. XIX) tendo como principal protagonista Florence Nightingale, para, finalmente entrar na luta pela autonomia, iniciada por Fenwick e continuada por Virgínia Henderson e outra (1987-1996) (Idade contemporânea séc. XX).

Nos últimos anos, assistiu-se a uma consolidação da profissão como um todo quer nas vertentes da formação, do enquadramento sócio – laboral e ainda na clarificação do papel dos enfermeiros no processo de produção de cuidados de saúde. O desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão, encontra-se intimamente ligado à evolução dos cuidados de saúde e das diferentes formas organizacionais que se foram instalando para os garantir. Esta evolução, que tende para a interdisciplinaridade na prestação dos cuidados de saúde, cria alguma dificuldade na delimitação e interdependência dos vários poderes instituídos dentro da equipa de saúde, dificuldade essa que se agrava devido à complexidade do objecto, e da própria temática da saúde. É, nesse percurso de aquisição de competências que, segundo Sousa os enfermeiros desenvolvem áreas de intervenção que “ocultam o poder real de quem, com o seu trabalho, actua directamente sobre as condições objectivas que contribuem para a evolução do estado de saúde do indivíduo doente” (1995, p. 7).

Sendo a saúde, um espaço de intervenção interdisciplinar, 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 e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, artigo 4º).

Aceitando-se a definição de Autonomia como sendo a “capacidade do ser humano de decidir de acordo com valores, expectativas, necessidades e crenças próprias” (Gomes e Oliveira, 2004, p. 146), a pessoa ou a profissão autónoma é aquela que tem liberdade de pensamento e de acção, livre de coacções internas e externas. Mas, como refere Pereira (2000, p. 31), “continua-se a assistir nos serviços públicos de saúde, a uma flagrante assimetria nas inter-relações que neles acontecem, traduzida numa quase ausência de democracia entre os diferentes grupos profissionais que actuam na saúde” (2000, p. 31).

Apesar de toda a discussão teórica se situar fundamentalmente ao redor das relações enfermagem – hegemonia médica, o cenário mundial da actualidade, segundo Gomes e Oliveira (2006, p. 146) “tende a diluir e atenuar as linhas divisórias entre as diversas profissões, estimulando o trabalho em equipa através de projectos”. Segundo ainda os mesmos autores, “este tipo de visão ultrapassa as questões interprofissionais, atingindo as ciências norteadoras das profissões e a dialéctica entre a manutenção das características próprias de cada uma delas, pressupondo a definição de um espaço comum de saberes e fazeres entre as mesmas”.

É assim que o conceito de autonomia não se esgota nos conflitos vivenciados na interioridade da equipa de saúde, mas constitui-se a partir da delimitação consistente do que é próprio da enfermagem, ou seja daquilo que a caracteriza como profissão e a distingue das demais, ao mesmo tempo que desenha ou redesenha saberes e fazeres instrumentais.

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, tem o dever de produzir e de actualizar continuamente o seu corpo de conhecimentos, e isto só é conseguido através da Investigação, que “é fundamental para a excelência da enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades” (Ordem dos enfermeiros, 2006, p. 35). A investigação é ainda indispensável para o reconhecimento profissional, então, ela é a chave para a autonomia da enfermagem e dos enfermeiros, dado que a autonomia envolve principalmente o domínio do conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e seleccionar informações, a criatividade e a iniciativa.

Foi com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro que foram constituídas as condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão. No seu artigo 8º, ponto 3 refere que “Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente

aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.”

No preâmbulo do Anexo do Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril que regulamenta o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, está descrito que os enfermeiros constituem um “corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualidade e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”, decorrendo daqui que os enfermeiros têm de assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados e reconhecer os limites que se impõem ao exercício desta liberdade. Todo o enfermeiro tem o dever de co-responsabilizar-se e trabalhar em articulação e complementaridade “integrando a equipa de saúde, em qualquer serviço que trabalhe, colaborando com responsabilidade que lhe é própria (...) promovendo a qualidade dos serviços.” (Nunes et al, 2005, p. 151).

Ulrich (in Meneses 2004, p. 38) refere que “autonomia em enfermagem é o poder para determinar a que necessidades dar resposta ao cuidar das pessoas, agir de acordo com a responsabilidade por essas decisões”. A autonomia tem de reflectir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso do mandato social que assumimos.

Dado que, os enfermeiros apesar de já terem consagrado um quadro de referências legal e conceptual, ainda hoje manifestam alguma insegurança em gerir as implicações que esta mudança provocou, e mantêm o receio de abandonar o modelo tradicional do enfermeiro em desprestígio da autonomia já legalmente conquistada. Assim, o processo de autonomização do enfermeiro, tem seguido um percurso lento de conquista, e tem originado alguma conflituosidade entre os próprios enfermeiros mas, também com os outros profissionais da equipa de cuidados, o que nos motivou a desenvolver esta investigação.

Resultados de vários estudos, nomeadamente o estudo “Da Intenção de Mudar à Mudança” de Bastos (1998, p. 154) aonde revela que “estão em conflito as expectativas sobre o papel da enfermeira, por parte da profissão e do local de trabalho, por se basearem em valores diferentes”, e que os enfermeiros “tinham a percepção de um controlo limitado sobre os cuidados de enfermagem e de dependência dos médicos” A mesma autora menciona ainda que as “tentativas de mudar os comportamentos profissionais foram acompanhadas de sentimentos de frustração”. (1998, p. 158)

Como se comprova na evolução histórica, a enfermagem sempre teve de responder às mudanças tecnológicas e às forças sociais. Sullivan, Baumgardner, Henninger e Jones

(in Marquis e Huston, 1999, 27) afirmaram que, “dadas as tendências na oferta de serviços no campo da saúde, o papel do enfermeiro-chefe está se tornando decisivo para o cuidado efectivo e com qualidade do paciente” e devem “conhecer novas dimensões para obter resultados de qualidade na assistência ao paciente e encontrar outras metas e objectivos estratégicos institucionais.”

Considerando as rápidas e drásticas mudanças que continuarão a suceder na enfermagem e nos serviços de saúde, é cada vez mais importante que os enfermeiros desenvolvam habilidades nas funções administrativas e de liderança. As chefias de enfermagem “exercem uma acção essencial sobre a capacidade que os enfermeiros de cuidados directos terão, no futuro...” e de facto, é nestes profissionais que “são depositadas grandes esperanças para desenvolver as estruturas e para melhorar a sua organização, logo, para garantir a qualidade do serviço prestado (...), a “missão natural do chefe é a de tornar mais fácil o exercício profissional” (Hesbeen, 2000, p. 29), significa, neste caso, prestar atenção ao pessoal do seu serviço a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer e desenvolver a sua profissão e nela poder encontrar satisfação” (Hesbeen, 2001, p. 112). Pensamos que este grupo profissional seria aquela que melhor responderia à concretização do objectivo principal deste trabalho: compreender que estratégias são utilizadas para promoção da autonomia profissional dos enfermeiros, pelo que delimitamos os participantes ao contexto de Cuidados de Saúde Primários.

A finalidade do presente estudo é obter uma compreensão contextualizada de como é que os enfermeiros chefes promovem a autonomia profissional dos enfermeiros, nos Cuidados de Saúde Primários, com vista à implementação das estratégias que se mostrem mais adequadas à apropriação da autonomia profissional e ao seu reconhecimento na equipa de saúde. Contributo indispensável para a sua concretização na prática, dado que esta compreende o domínio do conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e seleccionar informações, a criatividade e a iniciativa, imprescindíveis no cumprimento do compromisso que assumimos perante os cidadãos.

O estudo foi realizado num dos Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores. Constituímos o grupo de participantes com enfermeiros chefes e enfermeiros a exercerem funções na mesma Unidade de Saúde, com um total de oito profissionais por cada categoria. Os dados foram obtidos através da análise ao conteúdo das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a cada um dos participantes, no seu contexto de trabalho.

Considerando os objectivo a finalidade e resultados da pesquisa sobre a temática a optamos pela metodologia qualitativa de carácter fenomenológico por considerarmos que este método seria o mais adequado para encontrar respostas. Suportará este relatório um corpo que foi organizado em seis capítulos: quadro conceptual, trabalho de campo, resultados da pesquisa expressa na discussão do ser enfermeiro, seguida da expressão da autonomia e depois uma síntese dos achadas mais relevantes da pesquisa, encerrando com a conclusão.

Seguiremos uma metodologia expositiva fazendo interagir referências teóricas com os discursos dos enfermeiros pois é nosso objectivo expressar não só o relato das entrevistas mas também a aprendizagem sobre o ser investigador participantes, considerando que algumas vezes foi difícil desligarmo-nos das nossas funções para sermos apenas pesquisador, contudo tornou-se uma mais valia na interpretação dos dados o conhecimento do campo.

1 – CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO PROBLEMA

Assistimos hoje a uma franca mudança das políticas dentro da organização, particularmente, quando analisamos a gestão de recursos humanos face aos avanços das novas tecnologias, o que nos leva a concluir que de facto estamos perante mudanças efectivas, não só a nível económico mas sócio cultural.

Os enfermeiros têm demonstrado sistematicamente uma vontade de acompanhar estas mudanças na procura de uma actualização constante, para estarem aptos a responderem às novas exigências dos serviços e das pessoas de quem cuidam.

Reconhecendo que a autonomia dos enfermeiros “não se dissociava da percepção dos enfermeiros relativamente à actuação como profissionais responsáveis enfatizando a relação entre enfermeiros e utentes como fundamental para a tomada de decisão” (Pankratz e Pankratz in Abreu, 2007, p. 30) e que a autonomia definida como “a liberdade para tomar decisões consistentes com conhecimentos que detém sobre a prática” (Batey e Lewis in Abreu, 2007, p. 30), em qualquer nível de hierarquia da carreira de enfermagem, com certeza que existem diferenças a nível conceptual sobre o que se entende por enfermagem e por autonomia.

Assim, para uma melhor compreensão deste estudo, abordaremos neste capítulo, de forma sucinta, três domínios: a actividade de enfermagem; a gestão dos recursos humanos e os Cuidados de Saúde Primários.

1.1 - A ACTIVIDADE DE ENFERMAGEM

As mutações que a Enfermagem tem registado ao longo do tempo têm condicionado a concepção que os enfermeiros fazem da profissão, do ser enfermeiro, e consequentemente, das suas práticas.

Em resposta a essas mudanças vários Teóricos de Enfermagem desenvolveram conceitos tentando fornecer uma definição explícita da enfermagem, assim, e de acordo com a recolha efectuada por Ellis e Harley (1998, p.18) citamos algumas definições: Florence Nigtingale em 1859 dizia que o “objectivo da enfermagem é colocar o paciente nas, melhores condições para a natureza atue [sic] sobre ele, alterando o ambiente em primeiro lugar”; Hildegard Peplau, quase um século depois (1952) expressava que a “Enfermagem é vista como um processo interpessoal

envolvendo a interacção entre dois ou mais indivíduos que têm como objectivo comum assistir aquele que está doente ou necessitando de cuidados de saúde”; Virgínia Henderson (1966) menciona que o “papel da enfermagem é assistir o indivíduo (doente ou sadio) a desempenhar aquelas actividades...que ele realiza sem ajuda caso tivesse força, o desejo ou o conhecimento necessários”; Dorothea Orem é a teórica de referência nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no Centro de Saúde aonde se realizou o presente estudo, em 1980 refere que “A enfermagem se preocupa com as necessidades de auto-ajuda dos indivíduos que é a prática de actividades que os mesmos realizam em seu próprio proveito para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”; citamos igualmente a definição de Martha E. Rogers (1984) que continua muito presente, e refere-se à enfermagem dizendo que “é a arte e ciência humanista e humanitária e direccionada para o indivíduo humano. Está preocupada com a natureza e a direcção [sic] do desenvolvimento humano”.

Todas as teorias foram e continuam a ser estruturantes para o exercício da profissão, mas, à medida que a profissão evoluiu e a responsabilização foi reconhecida, emergiram novos conceitos e em 1996 com a publicação do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, foram definidas as intervenções dos enfermeiros. As intervenções são classificadas segundo o mesmo Decreto-Lei em “autónomas e interdependentes” (artigo 9º, ponto 1.

Consideram-se autónomas “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais...” e consideram-se interdependentes (Decreto-Lei nº 161/96, artigo 9º, ponto 3) as acções realizadas, “em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas pelos enfermeiros”, mas são também da sua “única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais”.

Mas, para que em 1996 se atingisse legalmente esta definição acerca das intervenções de enfermagem houve que percorrer um longo caminho, como se pode verificar no desenvolvimento deste capítulo e como refere Pearson e Vaughan, (1992, p. 4) os enfermeiros são “indivíduos e (...) têm um passado – uma forma pela qual foram educadas pelos pais, a terra donde vieram e o ambiente social, que é um todo que certamente exerce influência sobre o seu comportamento e sobre o que

valorizam”, e ao serem confrontados com uma autonomia que até então não era assumida sentiram a necessidade de a desenvolver.

1.1.1.1 - Processos de Autonomia e Interdependência Profissional

As pessoas são seres que estão em “constante desenvolvimento, dependentes da adaptação aos outros e ao meio exterior, para subsistir e concretizar as suas potencialidades de funcionamento” (Sá-Chaves, 1997, p.42). Os construtos para este desenvolvimento, segundo Sá-Chaves, são: “auto-realização, adaptação, competência, saúde mental e equilíbrio emocional” que permite ao individuo ser o que é mas também aquilo em que se vai tornando” (1997, p.42).

Sá-Chaves, menciona que o processo de maturação, no ser humano, tem subjacente o desenvolvimento de cinco dimensões interdependentes: “simbolização, alocentrismo, integração, estabilidade e autonomia”. A simbolização permite “aprender retrospectivamente a partir do próprio passado, ampliando ao mesmo tempo as possibilidades de gestão da experiência presente (...) e consequências futuras”. O alocentrismo reporta-se ao sair do “egocentrismo e narcisismo para a descentração e compreensão do outro” o que permite o “prever o que os outros pensam a cerca de nós, o que favorece a auto-aceitação, o estabelecimento de valores mais altruístas e conduz no sentido de relações interpessoais mais tolerantes”. A estabilidade refere-se ao conseguir o equilíbrio, e quando é alterado consegue recuperar rapidamente, por outro lado, estão inseridos nesta dimensão as “ideias acerca de si próprio”, “os valores mais consistentes e inabaláveis e a capacidade de estabelecer amizades e relações afectivas em geral mais duradouras, verdadeiramente na reciprocidade”. A autonomia é a dimensão que se refere á “auto-regulação e libertação dos limites de muitos condicionalismos externos que passam a influenciar, em lugar de determinar, o curso da acção do indivíduo, nos níveis mais elevados da maturidade pessoal”, permitindo um “domínio dos motivos, capacidades e potencialidades individuais, ligado à independência das expectativas dos outros e dos factores de controlo externo” (1997, p.42-43).

O termo autonomia é um conceito complexo e multidimensional (pessoal; profissional, cultural e ético), que tem evoluído através dos tempos, existindo assim diferentes definições para diferentes épocas.

Os filósofos atribuíram aos gregos, no século XVIII, a origem do termo autonomia: auto – por si e nomos – regra ou lei. No sentido geral, autonomia, surge como: “condição ou qualidade de autónomo; independência; direito de se governar por leis próprias; autodeterminação; possibilidade que uma entidade tem de estabelecer as suas próprias normas; poder que os particulares têm de fixar por si próprios a disciplina jurídica dos seus interesses” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2001). No contexto das várias teorias existentes sobre o conceito de autonomia todas concordam com duas condições essenciais: a “liberdade (independência do controle de influências)” e a “acção (capacidade de acção intencional)”. (Goldim, 1997, p. 1)

Dos vários conceitos consultados salientamos o de Soares (1998, p. 1), porque verificamos que as suas afirmações vão ao encontro do contexto actual em que os enfermeiros desenvolvem a sua profissão, o autor afirma que hoje a autonomia “é condição básica para conviver com os riscos, as incertezas e os conflitos dessa sociedade”, refere ainda que foi no “mundo da produção, quando a racionalidade tecnológica colocou como pré-requisitos o domínio do conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e seleccionar informações, a criatividade e a iniciativa. Somente um indivíduo autónomo consegue manejar com estes elementos”.

Para Soares (1998, p. 1) o conceito de autonomia engloba quatro necessidades distintas e essenciais, a saber: “necessidade emocional”; “necessidade material”; “necessidade sociocultural” e “necessidade política”.

A “necessidade emocional” ou “autonomia psicológica” deriva da necessidade de comunicar com o Outro, aonde e segundo Heller (in Soares, 1998, p. 1) “todas as facções discutem entre si numa relação simetricamente recíproca”, pelo que esta “autonomia psicológica” é uma da capacidade que tem de estar desenvolvida nos enfermeiros, dado que exercem a sua actividade num contexto multiprofissional.

A “necessidade material” envolve principalmente “o domínio do conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e seleccionar informações, a criatividade e a iniciativa” (Soares, 1998, p. 1), capacidades imprescindíveis para o exercício profissional dos enfermeiros.

A “necessidade sócio-cultural” é cada vez mais evidente nesta sociedade globalizante em que nos inserimos e diz fundamentalmente respeito ao “movimento cultural de superação de velhas concepções de mundo, exigindo uma nova direcção das relações sociais” (Soares, 1998, p. 1). Outra necessidade que deve estar resolvida, porque é essencial, principalmente, para as relações profissionais, quer com membros da

própria equipa, das instituições de referência, e com as pessoas de quem temos de cuidar.

Por último, a “necessidade política” porque só “um indivíduo autónomo possui condições de entender as contradições do mundo globalizado, questionando-as e agindo no sentido de canalizar as oportunidades para mudanças qualitativa” (Soares, 1998, p. 1), cada vez mais, os enfermeiros têm de assumir uma função indispensável de participação como cidadãos e como profissionais: na definição de políticas de saúde, na vida das comunidades e nas organizações sociais, difundindo a sua opinião e saberes de forma a dar o seu contributo para a definição de políticas e para uma melhor informação da população sobre a problemática da saúde/qualidade de vida.

Considerando esta definição para se ser autónomo é imprescindível a satisfação das necessidades acima descritas e desenvolver capacidades para aplicar este conceito. Esta capacidade matura durante a vida do enfermeiro, enquanto pessoa e enquanto profissional.

A autonomia dos profissionais de enfermagem é muitas vezes confundida com trabalho autónomo ou autonomia do grupo profissional. Abreu (2007, p. 28) esclarece 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 reflectir-se em actividades independentes ou interdependentes”.

McKay (in Abreu, 2007, p.29) diz que a autonomia profissional envolve duas dimensões: a “autonomia estrutural” ou de “exercício” e a “autonomia atitudinal”. A primeira reporta-se à “liberdade do trabalhador para tomar decisões baseadas nos preceitos da profissão” e a segunda refere-se “a crença que o indivíduo é livre para julgar e tomar uma decisão, reflecte a forma como os indivíduos sentem e vêem a profissão.” Estas dimensões podem igualmente ser observadas na autonomia profissional colectiva, os mesmos autores mencionam que a “estrutural” refere-se à “liberdade social e legal de self-governance” e a “atitudinal” diz respeito ao “controle das actividades da profissão sem influência de forças exteriores. São as hierarquias burocráticas que prescrevem a responsabilidade e o limite de liberdade de cada profissional.

Existem ainda outras duas dimensões inter-relacionadas na autonomia (MacDonald, 2002, cit Abreu, 2007, p. 29) a dimensão “descritiva” que se refere à “capacidade de auto-governo” e a dimensão “prescritiva” que tem por base “respeitar a liberdade dos outros”, permitindo que as relações interpessoais se centrem na “aceitação da

inevitabilidade da interdependência, procurando o equilíbrio entre ser e adaptar-se ao outro sem perder a identidade” (Sá-Chaves, 1997, p.43).

Neste sentido, o enfermeiro, enquanto pessoa desenvolve-se como um “sistema em interacção com os outros sistemas que o modificam e sobre os quais vai exercer reciprocamente a sua influência; não é todavia, um processador passivo de informação exterior, uma vez que as suas percepções de si próprio e das coisas determinam o significado que atribui às experiências” (Sá-Chaves, 1997, p.52). A autonomia individual insere-se numa autonomia de vida em sociedade, em que se deve ter em consideração as condições necessárias para decidir agir de forma a não prejudicar os outros. Não pode haver moralidade quando se considera apenas o próprio ponto de vista”. Respeitar a autonomia é valorizar as opiniões e escolhas, evitando obstruir as acções que daí possam advir, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para os outros. Goldim (1997, p. 2) alude ainda que “uma pessoa com autonomia diminuída, de outra parte, é, pelo menos em algum aspecto, controlada por outros ou é incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos”.

Segundo Chiavenato, existe falta de autonomia quando “os métodos de trabalho são previamente determinados, os intervalos são rigidamente controlados, a mobilidade física da pessoa é restrita, os insumos do seu trabalho dependem da gerência ou de outros” (2004, p. 198). Quando autonomia não é respeitada, Soares (1998, p. 1) diz que se “obstaculiza as discussões abertas, gera violência e impede a manifestação plural” e pode ser entendido como “uma afronta à autonomia do Outro” (Heller in Soares, 2008).

Os factores que influenciam a autonomia, dos enfermeiros, segundo Wade (in Abreu, 2007, p. 32) são relacionados com as “circunstâncias formativas” e os “atributos pessoais”, nomeadamente: “i) os trajectos de formação profissionais; ii) a personalidade, as atitudes e o comportamento e iii) a capacidade de gerir e ultrapassar constrangimentos”. Nos trajectos de formação o autor faz menção aos “conhecimentos de base e uma compreensão consistente sobre a disciplina e a prática de enfermagem”. Em relação aos atributos pessoais salienta o “auto-respeito e o cuidado consigo mesmo”, “a autonomia pessoal” e a “combinação de atributos necessários ao trabalho com as pessoas, designadamente a capacidade de lidar com as respostas humanas”.

Assim, as características decisoras de autonomia dos profissionais de enfermagem aparecem associadas (Abreu, 2007, p. 32) “ao cuidar e à relação com o utente”, “à tomada de decisão responsável”, “à interdependência com os outros membros da

equipa de saúde” e “à formação contínua”. A autonomia é um conceito, como já foi referido, complexo e multidimensional e segundo a mesma autora pode ser também o resultado da interacção de vários factores, como sejam as crenças e os valores, a experiência de vida, a formação e o processo de socialização de cada um. O desenvolvimento pessoal e o profissional têm um percurso interactivo e conjunto sendo estimulado através da participação da pessoa em actividades e experiências inovadoras.

1.1.2 - Das Concepções de Enfermagem às Práticas de Autonomia

No sentido de melhor compreender como evoluiu o conceito de autonomia na enfermagem, importa conhecer alguns momentos do percurso da história da enfermagem que contribuíram para a construção da autonomia profissional.

Na Idade Média, a mulher era considerada subalterna ao homem. Nos hospitais os cuidados eram prestados, principalmente, por prisioneiras e prostitutas, estas “enfermeiras” eram consideradas a mais subalterna das serventes – a esta época alguns estudiosos designam como “Os anos negros da enfermagem” (Ellis e Hartley, 1998, p. 32).

Nos séculos XVI e XVII, dadas as condições sociais (na Europa existia fome, pragas, higiene muito precária), foram criados vários grupos organizados de enfermeiras, entre eles, a Ordem de Visitação de Maria, São Vicente de Paula e as Irmãs de Caridade. A estes grupos se devem as visitas domiciliárias organizadas por sua iniciativa (Ellis e Hartley, 1998, p. 33-34).

Até meados do Século XIX, dominada pelas matronas e pelas irmãs de caridade, o trabalho era: esporádico, desqualificado, socialmente desvalorizado e mal remunerado. Não existiam funções específicas e de autonomia técnica, baseando-se na aplicação de alguns cuidados médicos. Continua a ausência de estruturas de formação para enfermeiros, era apenas exigido como requisito mínimo, o saber ler e escrever, mas por ser considerada uma ocupação indigna, muitas eram analfabetas, de baixo estrato social (Ellis e Hartley, 1998, p. 35).

No século XIX e início do século XX (1820-1910), Florence Nightingale desenvolveu um sistema baseado na formação, no treino, na dedicação, na disciplina e na forte estratificação hierárquica e a enfermagem deixou de ser só uma vocação religiosa. A prestação de cuidados era subordinada a uma cultura de obediência militarista pela

sua experiência na guerra da Crimeia (Ellis e Hartley, 1998, p. 35). Florence Nightingale reorganizou os serviços de enfermagem estabelecendo uma hierarquia, que segundo Carpenter (in. Thompson, 2000, p. 52) iniciava na “enfermeira de menor categoria” à enfermeira de categoria mais elevada, cujo elemento fundamental “é a enfermeira supervisora”.

Thompson (2000, p. 52) refere que as enfermeiras obedeciam “inquestionavelmente às ordens dos médicos”, mas a disciplina era da competência das supervisoras. Com Florence surgiu um novo estatuto socioprofissional e uma nova representação social: as enfermeiras eram recrutadas das classes média-alta e alta nas mesmas classes. Em 1899 é criado o Conselho Internacional de Enfermeiras e o Curso de Administração Hospitalar – Teacher`s College, Columbia University (EUA) e em 1910 surge o 1º Curso Universitário de enfermagem – Iowa University (EUA), acontecimentos muito importantes na evolução da enfermagem.

Nos anos 60, é estruturado a Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei 48:166 de 27 de Dezembro de 1967), que passa a ter três carreiras, a de saúde pública que integra os enfermeiros com formação especializada e os auxiliares de enfermagem especialistas em saúde pública), a hospitalar aonde são admitidos os auxiliares de enfermagem com curso auxiliar e os enfermeiros com curso geral, existindo o cargo de enfermeiros chefe e a do ensino que incluía o director da escola, o enfermeiro professor e o auxiliar de monitor. De salientar, a criação do Curso de especialização Obstétrica para Enfermeiro em 1967 (Decreto-Lei nº 47 884 de 31 de Agosto). É também nesta década que surge a Associação Portuguesa de Enfermeiros com o duplo objectivo de desenvolver a formação contínua e integrar-se como membro no Conselho Internacional de Enfermeiros (Nunes, 2003, p. 314).

Nos anos 70, surge a criação da North American Nursing Diagnosis Association (1973), marco fundamental para a profissão; nasce o Sindicato Nacional de Enfermeiros Diplomados (1974); os enfermeiros são integrados como “funcionários públicos” e “há uma valorização financeira e social, por arrastamento” (1976) (Nunes, 2003, p. 314).

Passa a existir “um único curso de enfermagem denominado simplesmente Curso de Enfermagem” (1976) (Nunes, 2003, p. 314), é regulamentado os Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem; inicia-se o Curso de especialidade em Enfermagem de Saúde Mental (1978).

Nos anos 80, è publicado o Decreto-lei 305/81 que regulamenta a Carreira de Enfermagem, um marco muito importante, porque permitiu aos enfermeiros uma maior

estabilidade e autonomia, uma vez que através da carreira viram expresso diferentes categorias e o conteúdo funcional correspondente (enfermeiro - grau I, enfermeiro graduado, e monitor - grau II, especialista, chefe e assistente – grau III, supervisor e professor – grau IV e técnico de enfermagem – grau V).

Os enfermeiros continuavam a não participar activamente nas decisões e Carmo refere que “A enfermagem ainda não foi capaz de criar um modelo próprio, definir a sua filosofia. A generalidade dos enfermeiros continua a copiar o modelo que lhes foi imposto no berço: aos cuidados de enfermagem prefere-se delegar tarefas em pessoal menos qualificado”, afirmando ainda que “a enfermagem tem-se contentado em responder de modo passivo às funções «dependentes»” (Nunes, 2003, p. 314).

Na década de 90, surge integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional a nível superior (1988). Em 1991, é alterada a Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro), que voltou a ser revista em 1998, com a sua implementação os enfermeiros vêm clarificado o exercício das suas funções em três áreas de actuação: a prestação de cuidados (enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista), a gestão (enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor e enfermeiro director) e a assessoria.

Nesta década emergiu muita produção teórica em enfermagem denotando a preocupação para a autonomização da profissão, surgindo em 1996 a publicação da versão Alpha da CIPE (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem). E, em resposta a estas preocupações, o Decreto-Lei n.º 191/96 de 04 de Setembro publica o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, traduzindo o desenvolvimento e a progressão social da enfermagem, ressaltando o facto de a enfermagem ser considerada uma área científica do saber, com uma vertente autónoma e outra interdependente, e no seu artigo 8º refere que os enfermeiros “têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. O exercício profissional da enfermagem passa então a dispor de um instrumento jurídico contendo a sua regulamentação.

Foi com a criação da Ordem dos Enfermeiros, através da Lei nº 104/98 de 21 de Abril, que foram constituídas as condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão. O Estado Português reconhece que aos enfermeiros idoneidade para assumirem a regulamentação e o controlo do exercício profissional. Das várias atribuições salientam-se as seguintes: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e

assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional. Este diploma integra também o Código Deontológico.

Como se verifica nesta pequena abordagem histórica, a enfermagem ao longo dos tempos passou por um acelerado processo de mutação identitária, até chegar aos dias de hoje e estar a discutir as questões relacionadas com o reconhecimento do seu papel social e a intervenção profissional autónoma. O enfermeiro tem agora, criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão e tem instituído todos os preceitos legais para um exercício autónomo.

Tal reconhecimento e autonomia têm sido associados ao desenvolvimento da enfermagem como prática orientada por princípios científicos e humanísticos (Carvalho; Wilkes & Wallis, in Gameiro, 2003, p. 5) e MacDonald (cit. por Abreu, 2007, p. 19) acrescenta que “a enfermagem hoje possui um elevado grau de autonomia, que não é posta em causa pela existência de actividades interdependentes”.

Assim, a prática de enfermagem baseada no “cuidar” deve ser aceite como critério para a autonomia e integrar o corpo de saberes específicos, distinguindo-se do “tratar”, baseado no modelo biomédico. Adam (1994, p. 22) salienta que a enfermeira, ao fixar os limites das suas funções, mais não faz do que “sublinhar a independência ou autonomia dos outros”. E, Collière (1998, p. 284), afirma que “ (...) nenhuma profissão tem razão de existir se não pode justificar a prestação de um serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade para o prestar”.

Também, a pesquisa desenvolvida por Martins et al (1998), com o objectivo de “investigar os caminhos percorridos pela enfermagem enquanto ciência, em busca da sua autonomia”, revelou-nos que a “prática profissional, a autonomia, a criatividade e a disposição para enfrentar desafios, favoreceram uma melhor compreensão dos caminhos já trilhados pela enfermagem, além de nos permitir entender que o enfermeiro pode ser autónomo e livre”.

Outro estudo (Gomes e Oliveira, 2005, p. 151), conclui que “a autonomia profissional tende a ser representada como algo que não está completamente estabelecida”, mas como “algo que está sendo construído” e que os “comportamentos pessoais eticamente orientados e profissionalmente comprometidos com a enfermagem e com a saúde da população constituem-se como bases importantes para a construção de um saber/fazer autónomo”.

A enfermeira ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter relacional entre

a enfermeira e o cliente ganha assim o seu verdadeiro significado. Há que ter uma visão integradora entre a visão técnica e a humanista, onde não prevaleça a perspectiva paradigmática, mas sim o conhecimento e as competências dos profissionais, para a construção de respostas às necessidades singulares e únicas, que os cidadãos apresentam, em cada contexto.

1.2 – GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Classificar pessoas como um “recurso” tem vindo a ser prática decorrente das organizações institucionais. Os recursos humanos são os que requerem por parte dos gestores uma atenção especial por se tratarem de pessoas. As pessoas constituem o principal activo da organização independentemente do seu nível hierárquico ou tarefa, por ser uma área muito sensível à mentalidade que predomina nas organizações os autores consideram-na como contingencial e situacional dependente de vários aspectos, como a cultura que existe em cada organização, da estrutura organizacional adoptada, das características do contexto ambiental, da tecnologia utilizada, dos processos internos e de uma infinidade de outras variáveis importantes (Frederico e Leitão, 1999, p.105; Chiavenato, 2004, p.6-7).

A gestão dos recursos humanos na enfermagem tem vindo a acompanhar os progressos ocorridos nesta área, neste sentido e com a republicação da Carreira de Enfermagem em 1981 (Decreto-Lei nº 305/81) os enfermeiros viram consagrado as funções de gestão, mas somente em 1991 com a publicação do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, alterado pelos Decretos-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro e nº 411/99, de 15 de Outubro, foi clarificado legalmente o direito do enfermeiro ao exercício de actividades de gestão, e foram criados vários níveis de gestão em enfermagem, com conteúdo funcional bem determinado: Enfermeiro Chefe; Enfermeiro Supervisor, Assessor de enfermagem e Director de Enfermagem.

Na estrutura de uma organização de saúde os níveis de gestão em enfermagem distribuem-se pelos níveis: institucional (direcção) – Director de enfermagem (Conselho de Administração do Hospital) ou Vogal (Conselho de Administração do Centro de Saúde), intermédio (gestão e assessoria) – Enfermeiro Supervisor e Enfermeiro Chefe, e operacional (técnico e operários) – todas as outras categorias de enfermeiros (especialistas, graduados e generalistas).

No desempenho das suas funções, cada gestor, “seja ele um director, gerente, chefe ou supervisor – desempenha as quatro funções administrativas, que constituem o processo administrativo, a saber: planejar, organizar dirigir e controlar” (Chiavenato, 2004, p. 13)

O enfermeiro gestor na área da saúde actualmente precisa de ser “um agente de mudança organizacional e um inovador em termos de processo e de produtividade”, “elemento integrador e regulador do sistema” e ainda “mediador no relacionamento com a comunidade e, finalmente, ele deve exibir forte liderança.” (Mezomo, 2001, p.16)

Todo o gestor precisa de contar com apoio e o trabalho de toda a sua equipa, mas é ele “o responsável final pelas actividades da organização ou serviço que dirige, e isto inclui a qualidade do cuidado e a alocação dos recursos” (Mezomo, 2001, p.16).

Actualmente, as organizações estão a centrar-se na qualidade pessoal e no desempenho profissional dos seus recursos humanos por verificarem que o desempenho depende não apenas da alta tecnologia e do salário, mas essencialmente: do “reconhecimento, delegação de autoridade (e não apenas de responsabilidade), educação continuada, o conhecimento da missão da organização e de seus objectivos e metas, o ambiente organizacional adequado e o sentimento de liberdade e propriedade criado pelo estímulo da actividade” (Mezomo, 2001, p.47).

Os recursos humanos são complexos de gerir, obrigando uma atenção específica “e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização”. (Frederico e Leitão 1999, p. 105) dadas as dificuldades que se apresentam na actualidade, principalmente, os problemas decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, as mudanças constantes das políticas de saúde e das organizações aliado à procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados a prestar.

A administração de recursos humanos, segundo Frederico e Leitão consiste no “(...) planeamento, na organização, no desenvolvimento, na coordenação e no controlo da técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal” e a organização representa o “meio que permite às pessoas que com ela colaboram alcançar os objectivos individuais relacionados directa ou indirectamente com o trabalho” (1999, p. 105).

No conteúdo funcional da categoria profissional do enfermeiro chefe está descrito na carreira de enfermagem a gestão de recursos humanos, na qual o enfermeiro chefe “Determina as necessidades em enfermeiros, de acordo com a natureza dos cuidados

a prestar; elabora os planos de distribuição de trabalhos, de acordo com as necessidades em cuidados e com as competências dos enfermeiros; elabora horários e planos de férias; favorece boas relações interpessoais na equipa de saúde; supervisiona o desempenho do pessoal de enfermagem; elabora programa de integração de novos enfermeiros; cumpre as directrizes do regulamento da avaliação de desempenho na carreira de enfermagem e elabora o plano e relatório de actividades de enfermagem desenvolvidas na unidade de saúde” (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro).

Desde 1996 com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicação do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 9º, no âmbito das intervenções dos enfermeiros, menciona, no ponto 6, que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão (...)”, referindo em relação à gestão dos recursos humanos, que o enfermeiro desenvolve a sua actividade: “organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros”; “avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros”; “participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem”; g) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

O mesmo diploma refere ainda no artigo 10º que os enfermeiros “podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.” A delegação descentraliza o poder “é o verdadeiro caminho para o fortalecimento dos funcionários” (...) “O subordinado fará por merecer a confiança e aprenderá inclusive com os próprios erros” (Mezomo, 2001, p. 35).

Para o desempenho de todas estas funções o enfermeiro chefe como gestor operacional tem a responsabilidade de proporcionar “os meios de traduzir a filosofia administrativa, objectivos e planos em realidade usando os recursos disponíveis e controlando as actividades e responsabilidades grupais e individuais” (Kron, 1978, p.51), assim o mesmo autor refere que o enfermeiro chefe deve:

- Resolver problemas ou gerir os conflitos, em que pode desenvolver as cinco etapas da solução de problemas: identificar e definir o problema, obter todos os factos,

desenvolver uma solução, avaliar os resultados e ilustrar a solução de problemas (p.51-53),

- Planear, determinando o que “deve ser feito e como esses objectivos podem ser atingidos”, indicando os recursos humanos, as normas e procedimentos para facilitar o trabalho, regulando as actividades para executar os planos. (p. 55),

- Organizar, de modo a facilitar a realização do trabalho, incluindo: a informação, os equipamentos e materiais; a delegação de responsabilidades; a determinação de prioridades; a motivação e a moral dos colaboradores, “quanto maior a sua satisfação, mais elevado o seu moral e, como resultado, melhor o seu desempenho no trabalho” (p. 57),

- Dirigir, através do fornecimento de directrizes para a execução da decisões, informar cada colaborador sobre o que tem de fazer e como fazê-lo, decidir quando usar a liderança democrática, ou autocrática, conforma a situação, observação das actividades após as instruções: escrutínio, avaliação contínua do trabalho, dos profissionais, das condições de trabalho e dos resultados (p. 57),

- Controlar, o que exige liderança, fundamental para que os profissionais “se movam eficaz e cooperativamente para os objectivos predeterminados”, coordenação das actividades, tomada de decisões com base no planeamento e organização, inclui também os registos e relatório (p. 57).

Considerando que as “organizações são formadas por pessoas, que trazem consigo habilidades, conhecimentos, atitudes, comportamentos, percepções, experiências e motivações” (Marquis e Huston, 1999, p. 304), e que são estas capacidades, que orientam a sua actividade, de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais, o enfermeiro chefe deve favorecer um ambiente de trabalho que promova a satisfação das necessidades da organização e dos enfermeiros da sua equipa, desenvolvendo a “tensão adequada à produtividade, ao mesmo tempo que é encorajada a satisfação no trabalho por parte dos subordinados.” (Marquis e Huston, 1999, p. 304), o que pode ser utilizado como estratégia para promover a autonomia profissional.

Na procura da excelência do exercício o enfermeiros chefe deve privilegiar o trabalho solidário em equipa, a confiança nas pessoas, a relação de parceria, a diversidade, o respeito, os valores e a dignidade intrínseca em cada enfermeiro, pelo que concordamos com Mezomo (2001, p. 48) quando diz que “ a solidariedade das equipas pressupõe, por um lado que elas disponham de forte liderança que acredite

nas pessoas, que as valorize, que reconheça sua capacidade, que as estimule e apoie e que alegre com os seus sucessos”, o que é fundamental para que o enfermeiros aumente a sua auto-estima ganhe confiança profissional.

A liderança, segundo Kron é “necessária em toda a actividade de enfermagem. Toda enfermeira seja da equipe, líder, enfermeira-chefe, supervisora ou directora de enfermagem, deve realizar funções administrativas e gerenciais” e a autora afirma ainda que a “liderança é exigida para que a enfermeira seja eficaz na gerência da assistência ao paciente. Trabalhar com e através de pessoas compreende parte integral da liderança em enfermagem” (1978, p. 74)

O desenvolvimento de habilidades de liderança por parte dos enfermeiros chefes é essencial, como refere Edwards existem duas tarefas fundamentais para “uma nova liderança na enfermagem”, nomeadamente, “elevar a consciência dos enfermeiros por meio de uma contínua crítica ao sistema e a de oferecer fundamentos lógicos, filosóficos e práticos para mudanças essenciais, baseadas nos valores da enfermagem e no papel central que a enfermagem assume no processo de assistência à saúde” (in Marquis e Huston, 1999, p. 27). Liderança esta, que se constitui como estratégia importante para o aperfeiçoamento da autonomia profissional dos enfermeiros.

Como nos apercebemos, o ambiente de trabalho está em contínua transformação e impõe a sua reorganização pela criação de novas estratégias de desenvolvimento e o comprometimento constante com o conhecimento e crescimento profissional. A reorganização do trabalho “resgata o sentido de participação e liberdade, que a estrutura tradicional havia sepultado; e devolve às pessoas a vontade de se superar (...) e “instala no próprio interior do trabalhador a razão de sua dedicação integral, da sua lealdade e de sua participação responsável. (Mezomo, 2001, p. 49). É um processo de desenvolvimento de pessoas que garante motivação para a mudança de comportamentos rumo à qualidade pessoal e organizacional e são muitos os factores, que Mezomo (2001, p.191-192) nos revela, que podem influir no desempenho pessoal, os quais apresentamos na figura seguinte.

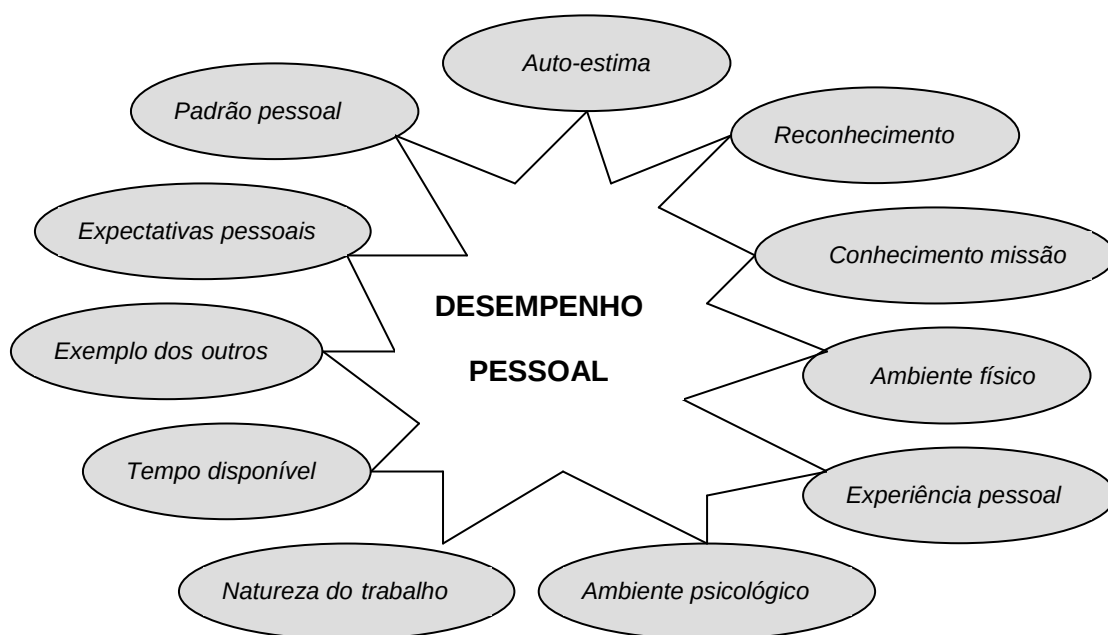


FIGURA Nº 1 – INFLUÊNCIA NO DESEMPENHO PESSOAL. ADAPTADO DE MEZOMO (2001, P.191-192)

A “auto-estima” é fundamental para o desempenho pessoal, esta pode ser estimulada através do “reconhecimento vindo de fora ou da própria pessoa”. O “reconhecimento” contribui também para “desenvolver a auto-estima e que determina o relacionamento entre as pessoas”, pelo que deve se deve aproveitar todas as oportunidades para reforçá-lo quer individualmente quer no grupo e até mesmo na comunidade. O “exemplo dos outros”, pode também ser utilizado aumentar a motivação (Mezomo, 2001, p.191-192).

Outro factor imprescindível para o desenvolvimento pessoal é o ter conhecimentos acerca “da missão, dos valores e dos objectivos e metas da organização e do trabalho”, assim como um “ambiente físico” adequado ao desempenho das funções e um “ambiente psicológico” baseado “pelo respeito recíproco, pela informação, pelos valores éticos, pela confiança, pela tolerância, pela ênfase nos pontos fortes das pessoas, pelo bom humor e pela cordialidade”. O desenvolvimento de “habilidades e a experiência pessoal” promovem a confiança a “segurança e motivação” condição necessária ao crescimento pessoal e profissional (Mezomo, 2001, p.191-192).

Dentro do que é possível deve-se ajustar a “natureza do trabalho” às “expectativas pessoais”, de modo a que as pessoas se superem e encontrem novos desafios e melhorem o seu desempenho, contribuindo para terem um “padrão pessoal de qualidade, determinado pelo senso ético e pelo senso de certo e errado, que se faz a

pessoa assumir a responsabilidade por suas acções”. Por último, o “tempo disponível” deve ser adequado à execução do trabalho a realizar. Este conjunto de factores é fundamental ao desenvolvimento pessoal de cada um como pessoa e como profissional (Mezomo, 2001, p.191-192).

Actualmente, alguns autores referem que a tendência agora é falar-se em “administração com pessoas”, e citando Chiavenato, significa “tocar a organização juntamente com os colaboradores e parceiros internos que mais entendem dela”. A pessoa deixa de ser vista como “um recurso organizacional, um objecto servil, ou um mero sujeito passivo do processo”, e passa a ser um “sujeito ativo [sic] e provocador de decisões, empreendedor das acções e criador da inovação dentro das organizações” (2004, p. VII). Esta tendência, vem assim proporcionar espaço para que os profissionais possam desenvolver a sua autonomia, ajustando-se às necessidades das pessoas e das organizações e da própria sociedade.

1.3 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Se até ao início da década de setenta, o hospital foi considerado o elemento central do sistema de saúde, a partir desta época reforça-se o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença, no quadro de uma organização dos Cuidados de Saúde Primários. Com efeito, em 1978, na cidade de Alma-Ata, tem lugar a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, que estabelece uma política internacional de saúde, tendo os estados membros assumido um compromisso sobre uma acção urgente na promoção da saúde de todos os povos. Através da iniciativa da OMS, da UNICEF e da participação e aprovação de Ministros da Saúde de mais de cem países, o ideal dos Cuidados de Saúde Primários toma a forma de uma declaração – Declaração de Alma-Ata, que define os Cuidados de Saúde Primários como:

“A assistência da saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, posta ao alcance de todos os indivíduos famílias das comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e

autodeterminação”. (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA. GEP, 1978, p. 2-3)

Os Cuidados de Saúde Primários, passaram a representar a função principal do sistema nacional de saúde, e a proporcionar o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, facilitando a aproximação dos cuidados à população nos locais aonde vive e trabalha.

Com efeito, verifica-se a assunção da saúde como um direito fundamental, a sua defesa prioritária, a justiça e igualdade no acesso. Para a sua real implementação, há que considerar uma estratégia de organização dos serviços de saúde que considere um “primeiro nível de contacto dos indivíduo e das famílias com os serviços e incluem actividades que se classifiquem em duas grandes vertentes, a medicina geral e familiar e a saúde comunitária” (Simões, 2004, p. 75).

Esta concepção de promoção da saúde implica a reorientação dos serviços de saúde, e em 1971 foram criados os Centros de Saúde, pelo Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro visando a prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco, especialmente através da vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, entre outras. (Simões, 2004, p. 76). Estes Centros de Saúde eram designados como Centros de Saúde de 1ª Geração, eram na época considerados como unidades funcionais da saúde e pretendia-se a integração progressiva de outros serviços já existentes desde 1963, nomeadamente os dispensários Materno infantis e os Institutos Maternais. Os Centros de Saúde representam assim, a célula funcional e organizativa dos Cuidados de saúde primários em todo o território nacional.

Com a Revolução de 25 de Abril de 1974 várias medidas políticas foram sendo tomadas e surgem os Centros de Saúde de segunda geração em 1983 (Decreto-Lei nº 254/82, regulamentado pelo despacho Normativo nº 97/83, de 28 de Fevereiro), foi criado o SNS, e a nova carreira de Clínica geral. Estes novos Centros de Saúde integraram os Centros de Saúde de 1ª geração, Postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Providência e Hospitais Concelhios. O Centros de Saúde é agora definido como uma unidade integrada, prestadora de cuidados de saúde primários, que tem por base a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, centrando a sua acção para o indivíduo, família e comunidade. A sua implementação fortemente normativa, bem como a falta de formação e preparação dos profissionais de saúde para esta mudança, impediram uma efectiva integração.

As mudanças políticas são constantes através de um novo Despacho nº 24/94 do Ministério da Saúde, de 09 de Junho, são criadas as US, com a finalidade de valorizar a continuidade de cuidados e para isso constituíram-se agrupamentos organizados por Centros de Saúde e hospitais.

Os Centros de Saúde de terceira geração irrompem em 1999 (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio) dotados autonomia administrativa, técnica e financeira aos Centros de Saúde de maior dimensão e personalidade jurídica. É então determinado a organização de unidades por equipas multidisciplinares, autónomas mas interligadas, com uma lista de clientes inscritos, com o objectivo de “ permitir que pequenos grupo profissionais criassem novos modelos de trabalho, com formas de retribuição mais justas, ligadas ao desempenho.” (Simões, 2004, p. 78) Mas, estas medidas nunca foram implementadas, conforme o legislado.

Desde esta altura, tem-se assistido a um desinvestimento nos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível de recursos humanos quer a nível de recursos financeiros, contradizendo os discursos políticos que colocam a ênfase do SNS neste sector.

Novas tendências de sistematização destes cuidados e de a estrutura funcional dos Centros de Saúde têm vindo a emergir, o Decreto-Lei nº 60/2003, de 01 de Abril, publicou a rede de Cuidados de Saúde Primários, introduzindo novas alterações: são criadas quatro unidades distintas, cuidados médicos, apoio à comunidade e de enfermagem, saúde pública e gestão administrativa. Segundo Campos (in Simões, 2004, p. 76) este diploma “desmantela o conceito de Cuidados de Saúde Primários, ignora a promoção da saúde e a prevenção da doença, marginaliza, até literalmente, a saúde pública, esquece os grupos de risco e o dever público (...) afasta os cuidados da comunidade.”

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. Esta realidade portuguesa, percebida pelo poder político, que no ano de 2003, através do Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro, aprovou a criação da Rede de Cuidados Continuados.

Em 2006 através do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, o qual revoga o anterior, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da

segurança social, a Rede solidária e as autarquias locais”, visando criar respostas intermédias efectivas entre os centros de saúde e os hospitais de agudos, dirigidas a pessoas com doenças crónicas agudizadas, que não requeiram alta tecnologia diagnóstica nem terapêutica hospitalar ou pessoas com incapacidade que necessitem de investimento na reabilitação.

Contexto Regional:

Na Região Autónoma dos Açores, os Centros de Saúde, só foram estabelecidos pelo Decreto Regulamentar Regional nº 32/80/A, de 11 de Dezembro, mas por apresentar claras disfunções, em 1986 é publicado o Decreto Regulamentar Regional, nº 3/86/A, de 24 de Janeiro. Nos termos do seu Artigo 1º, define Centros de Saúde como uma unidade de cuidados de saúde primários ou essenciais, tendo por objectivo “a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e a reabilitação, dirigindo a sua actividade ao indivíduo, à família e à comunidade e privilegiando a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes.”

De acordo com o Decreto Regulamentar Regional, nº 3/86/A (artigo 2º) os princípios de actuação do Centros de Saúde obedece a regras de gestão por objectivos, o que “implica o planeamento das actividades a desenvolver, a nível do seu âmbito de actuação, bem como a participação conjugada, o envolvimento e a responsabilidade de utentes e profissionais na preparação e execução de tais medidas”, visando a satisfação das necessidades do indivíduo/família e às especificidades de cada comunidade tendo por base os parâmetros da política de saúde definida pelo Governo Regional.

Por ser uma Região de nove ilhas, onde se sente diariamente os condicionalismos da insularidade, cada ilha constitui-se uma realidade de particular importância na implementação do Estatuto Regional de Saúde e na gestão económico e administrativa da saúde, razões que levaram ao surgimento do Decreto Legislativo Regional nº 28/99/A, de 31 de Julho. Nos termos do Número 1 do artigo 6º, institui-se a Unidade de saúde de Ilha – “ estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados de saúde, assumindo a natureza de sistema local de saúde”, que encontra aplicabilidade prática apenas na Ilha do Pico, São Jorge e Graciosa, estando a sua orgânica regulamentada através do Decreto Regulamentar Regional nº 35/2002/A, de 21 de Dezembro alterado pelo Decreto Regulamentar Regional nº 35/2007/A, de 24 de Janeiro. Este Decreto Legislativo no seu preâmbulo reforça “a garantia da acessibilidade e compreensividade dos cuidados de saúde, promovendo

modelos de organização dos cuidados adequados à realidade geográfica (...) maior racionalização da utilização dos recursos disponibilizados, promovam (...) ganhos em saúde para as populações”. Nas restantes seis ilhas este Decreto não foi ainda aplicado, por opção governamental (organizar ilha a ilha), mantendo-se o Decreto anterior a este.

O Decreto Legislativo Regional nº 28/99/A, de 31 de Julho, artigo 49º veio regulamentar o Plano Regional de Saúde afirmando que este “é um instrumento de planeamento estratégico para o desenvolvimento da saúde na Região Autónoma dos Açores”. O Plano Regional de Saúde para o período de 2004-2008 tem os seguintes como objectivos estratégicos: “promover um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde eficiente”; “investir na promoção da doença e “sensibilizar o cidadão para a responsabilidade que tem perante a sua saúde individual e perante o sistema regional de saúde”. Este plano reforça que é nos “Cuidados Primários que se resolve a maior parte dos problemas de saúde da população” que estes são a “base do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde” e a “porta principal de entrada no Serviço regional de Saúde.

A organização dos Cuidados de Saúde Primários, consequentemente, a implementação dos Centros de Saúde teve por base a dispersão geográfica e a densidade populacional de cada ilha. Os Açores possuem uma área total de 2333 Km2, dividido em 3 grupos; o Oriental: ilhas de S. Miguel e Santa Maria, o Central: ilhas Terceira, Graciosa, S. Jorge, Pico e Faial, e o Ocidental: ilhas Flores e Corvo. Tem 241.763 mil habitantes (censo de 2001).



FIGURA Nº 2 – ARQUIPÉLAGO DOS AÇORES

Para a prestação de Cuidados de Saúde Primários, existem dezasseis CS com a seguinte distribuição por ilhas: S. Miguel – 5; Santa Maria – 1; ilha Terceira – 2; Pico – 3; S. Jorge – 2; Faial – 1; Graciosa – 1; Flores – 1. Existe ainda um Centro de Oncologia situado em Angra do Heroísmo, na ilha Terceira.

QUADRO Nº 1 – UNIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES.

Ilhas	Superfície Km ²	Habitantes	Hab./Km ²	Unidades de Saúde
São Miguel	747	131.609	176	5 CS 1 Hospital
Santa Maria	97	5.578	58	1 CS
Corvo	17	425	176	1 US
Terceira	402	55.833	139	2 CS 1 Hospital 1 Centro Oncologia
Graciosa	61	4.780	78	1 CS
São Jorge	246	9.674	39	2 CS
Pico	447	14.806	33	3 CS
Faial	173	15.063	87	1 CS 1 Hospital
Flores	142	3.995	28	1 CS
Açores	2.333	241.763	104	16 CS 3 Hospitais 1 Centro de Oncologia

Como o contexto do nosso estudo é o Centro de Saúde de Ponta Delgada situado na ilha de São Miguel, importa referir que: é a maior ilha do arquipélago e economicamente a mais importante; tem uma superfície de 747 km² e uma população de 131.609 habitantes (censos 2001), cerca de 54.4% da população da Região e engloba os Concelhos de Ponta Delgada, Lagoa, Vila Franca do Campo, Povoação, Ribeira Grande e Nordeste

1.3.1 – Caracterização do Centro de Saúde de Ponta Delgada

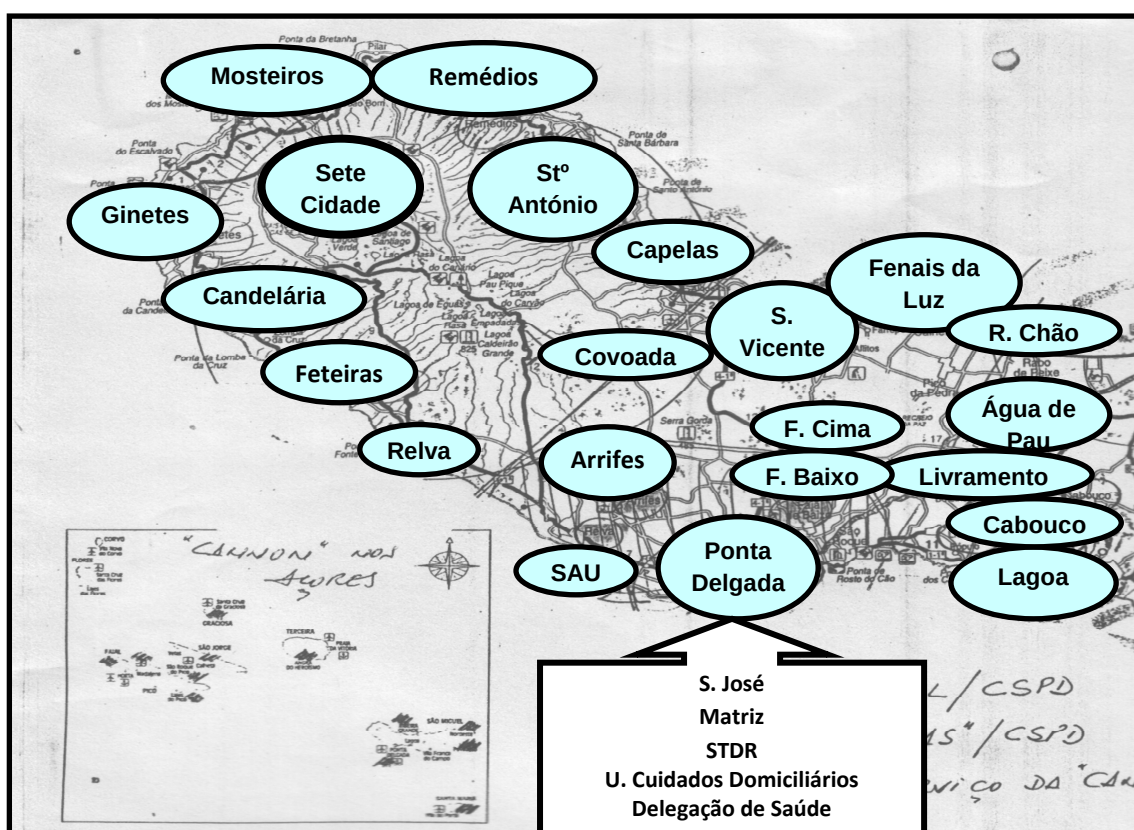
Como o contexto do nosso estudo é o Centro de Saúde de Ponta Delgada situado na ilha de São Miguel, importa referir que: é a maior ilha do arquipélago e economicamente a mais importante; tem uma superfície de 747 km² e uma população de 131.609 habitantes (censos 2001), cerca de 54.4% da população da Região e

engloba os Concelhos de Ponta Delgada, Lagoa, Vila Franca do Campo, Povoação, Ribeira Grande e Nordeste.

O Centro de Saúde de Ponta Delgada abrange na sua actividade os concelhos de Ponta Delgada e Lagoa, tendo um total de 79.980 habitantes (censo de 2001).

Integram o Centro de Saúde 22 Unidades de Saúde e 2 extensões (apenas com cuidados de enfermagem). Existem ainda os seguintes serviços: de Tratamento das Doenças Respiratórias, de Radiologia; um Gabinete de Dissuasão das Toxicodependências; duas Delegações de Saúde no concelho de Ponta Delgada e no concelho de Lagoa (Autoridade Sanitária); de Psicologia, de Saúde Oral e de Assistência Social.

QUADRO Nº 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA



O grande número de Unidades de Saúde, bem como a sua dispersão geográfica tem implicações no planeamento e na gestão das actividades. Atendendo a esta dispersão o serviço de enfermagem organizou-se em oito equipas, em que cada uma é gerida

por um enfermeiro chefe, estando à sua responsabilidade um conjunto de unidades de saúde, formando oito áreas programáticas. Estas equipas são constituídas por enfermeiros, médicos, administrativos e auxiliares de apoio e vigilância.

As organizações de saúde, nomeadamente, o Centro de Saúde de Ponta Delgada têm que ter bem definido a sua missão, seus valores e seus princípios de forma a motivar todos os seus colaboradores na direcção certa.

O Centro de Saúde tem por missão, nos termos da lei e das orientações da Tutela para a organização do Serviço Regional de Saúde e no âmbito da prestação de Cuidados de Saúde Primários, “manter e melhorar o estado de saúde da população residente nos concelhos de Ponta Delgada e Lagoa através da promoção da saúde, combater a doença aguda ou crónica, através da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e reabilitação do indivíduo, da família e da Comunidade, e contribuir assim, para o bem – estar físico, mental e social da pessoa humana” (Conselho de Administração, 2007, p. 38).

Sendo a Visão uma condição básica para qualquer organização e tendo esta o propósito de “reunir a todos no esforço comum e dirigido de revitalização da organização, e para um ambiente de cordialidade, de comprometimento e de solidariedade” (Mezomo, 2001, p. 253) a visão do Centro de Saúde de Ponta Delgada tem o desígnio de “contribuir para a melhoria e diversificação da oferta e da prestação de cuidados de saúde, através do aumento de qualidade e efectividade dos cuidados prestados e da promoção de uma cultura de gestão que promova o aumento da eficiência dos recursos humanos, materiais e financeiros afectos ao Centros de Saúde” (Conselho de Administração, 2007, p. 38).

.Os Valores são “os princípios básicos de referência que a organização e os seus funcionários se propõem respeitar” (Mezomo, 2001, p. 254) e o Centro de Saúde de Ponta Delgada tem como valores de actuação os seguintes: “Primado do cliente”; “Inserção na Comunidade e adaptação à sua evolução”; “Valorização dos recursos humanos” e “Desenvolvimento organizacional” (Conselho de Administração, 2007, p. 38).

O Centro de Saúde de Ponta Delgada (Conselho de Administração, 2007, p. 38) tem definido ainda os seguintes objectivos estratégicos:

- “Promover a vigilância do estado de saúde, prevenção, diagnóstico e o tratamento da doença e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade, devendo assumir-se como primordial, na nossa acção, as actividades que visem a informação e a

educação em saúde”. Na consecução deste objectivo os enfermeiros desenvolvem actividades no âmbito dos programas de Saúde Infantil, Saúde Escolar, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde do Adulto.

- “Prestar cuidados de saúde na comunidade através dos serviços de prestação de cuidados em ambulatório e domiciliário, visando melhorar a acessibilidade e a qualidade na promoção da saúde à nossa população”. Os enfermeiros prestam cuidados no domicílio na vertente preventiva e curativa, assim como, nas Unidades de Saúde e extensões.

- “Prestar cuidados de saúde primários ou essenciais, à população residente nestes concelhos, bem como a todos os cidadãos nacionais e estrangeiros que, em situações especiais, recorram ao Serviço de Atendimento Urgente ou a qualquer outra Unidade de Saúde do Centro de Saúde de Ponta Delgada, desde que não se exija a prestação de cuidados de saúde de âmbito hospitalar”. Os enfermeiros prestam cuidados no Serviço de Atendimento Urgente com uma equipa fixa de modo a garantir uma formação adequadas às funções a desempenhar.

O Centro de Saúde tem elaborado o plano de actividades (Resolução n.º 100/2003, de 31 de Julho). É, um instrumento privilegiado de gestão, que permite identificar os objectivos, as estratégias e as actividades a prosseguir anualmente, assim como proceder a um balanço das actividades efectivamente concretizadas, proporcionando uma clara identificação dos objectivos, estratégias e actividades a promover pelos serviços e um maior do empenhamento de todos contribuindo para um aumento dos níveis de eficácia e eficiência dos serviços e dos cuidados a prestados á população.

O Plano de Saúde do Centro de Saúde de Ponta Delgada integra os Programas de Saúde que passamos a enumerar: Saúde Materna; Saúde Infantil; Doenças Reumáticas; Doenças Respiratórias; Diabetes; Promoção da Saúde; Saúde Mental; Doenças Cardiovasculares; Toxicodependências; Emergência e catástrofe; Intervenção Precoce; Cuidados Continuados e Qualidade Organizacional.

1.3.2 – Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários

Os profissionais de enfermagem no desenvolvimento do seu exercício têm que ter subjacente a missão do próprio Centro de Saúde, assim como, objectivos e programas.

Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários têm de garantir os cuidados de enfermagem requeridos por uma pessoa/família/comunidade, de acordo com as suas competências, co-responsabilizando-se no processo de cuidados. Há que ter uma visão integradora entre a visão técnica e a humanista, onde não prevaleça a perspectiva paradigmática, mas sim o conhecimento e as competências dos profissionais, para a construção de respostas às necessidades singulares e únicas, que os cidadãos apresentam, em cada contexto, sendo o auto cuidado o conceito básico, e o objectivo a atingir. O modelo teórico que por excelência define o auto cuidado é o desenvolvido por Dorotheia Orem, que está subjacente à prática de cuidados dos enfermeiros no Centro de Saúde de Ponta Delgada.

O auto-cuidado é definido como sendo “todo o cuidado que é «prestado pelo próprio a si próprio»” (Person e Vaughan, 1986, p.73), permitindo que as pessoas sejam responsáveis pela sua saúde, Joseph enumerou seis premissas que servem de base ao modelo de enfermagem de auto-cuidado: “assenta nas acções voluntárias que os homens são capazes de realizar”; “assenta num juízo reflectido e deliberado que leva a actos adequados”; “é exigido a cada pessoa e é um requisito universal para responder às carências básicas do homem”, “Os adultos têm direito e a responsabilidade de cuidar de si próprios com a finalidade de manter a saúde, a vida e o bem estar (...) também por outros, incluindo as crianças e os idosos da família”; “é uma atitude que evolui através de uma combinação da vida social e cognitiva e que é aprendida através da própria cultura, das comunicações e das relações interpessoais” e por último “valoriza a auto-estima ou, e a auto-imagem da pessoa e é directamente afectado pelo conceito de si próprio” (in Person e Vaughan, 1986, p.75-76).

Os enfermeiros ajudam as pessoas a atender às necessidades de auto cuidado através de três sistemas (Person e Vaughan, 1986, p.78): o “Sistema de enfermagem totalmente compensatório” (o enfermeiro é o responsável por todas as actividades); o “Sistema de enfermagem parcialmente compensatório (o enfermeiro é o responsável pelas actividades que a pessoa não é de satisfazer) e o “Sistema de enfermagem educativo ou de suporte” (o enfermeiro desenvolve acções de educação e apoio capacitando as pessoas para promoverem a sua saúde e prevenirem a doença).

O modelo de enfermagem do auto cuidado subjacente á prática do “cuidar” em Cuidados de Saúde Primários, deve ser aceite como critério para a autonomia e integrar o corpo de saberes específicos, distinguindo-se do “tratar” baseado no modelo biomédico, o que implica que a respectiva acção se centre não na doença, mas na resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida, para além da

colaboração na realização de actividades de diagnóstico e tratamento, de acordo com as prescrições.

Para, Arruda e Marcelino (in Bork, 2003. p. 9) “Cuidar é a essência da prática da enfermagem e envolve actos humanos no processo de assistir o indivíduo, grupo ou comunidade”. Envolve também o “relacionamento interpessoal e desenvolve-se com base em valores humanísticos e conhecimento científico”. Os mesmos autores mencionam ainda que o cuidado profissional de enfermagem “desenvolve-se através de comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas e processos que promovam ou recuperam a saúde e assistem no processo de morte” (in Bork, 2003. p. 9), o que cada vez mais é uma necessidade das famílias, principalmente, devido ao aumento da esperança de vida e à falta de recursos na comunidade e são os enfermeiros, nomeadamente, os que exercem actividade domiciliária, que fazem o acompanhamento das famílias a vivenciar o final de vida de um familiar, e posteriormente, na fase de luto, e como refere Arruda e Marcelino “o objectivo inerente do cuidado de enfermagem é o conforto” (in Bork, 2003. p. 9).

No Centro de Saúde de Ponta Delgada Segundo a estrutura hierárquica dos enfermeiros, está a que esquematicamente apresentada na figura que se segue. O cargo de Vogal Enfermeira é exercido por um enfermeiro que é nomeado em comissão de serviço, de acordo com o Decreto Regulamentar Regional 3/86/A, de 24 de Janeiro, tendo como competência específica “Dirigir as actividades de enfermagem” (artigo 22º, alínea b). Todas as categorias presentes na figura estão de acordo com as preconizadas na Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro) exercendo as funções aí determinadas. Existem nove equipas de enfermagem compostas por enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas, cada equipa é gerida por um enfermeiro chefe. A cada enfermeiro supervisor foi atribuído um grupo de equipas tendo em conta a situação geográfica, o total de população e o total de enfermeiros.

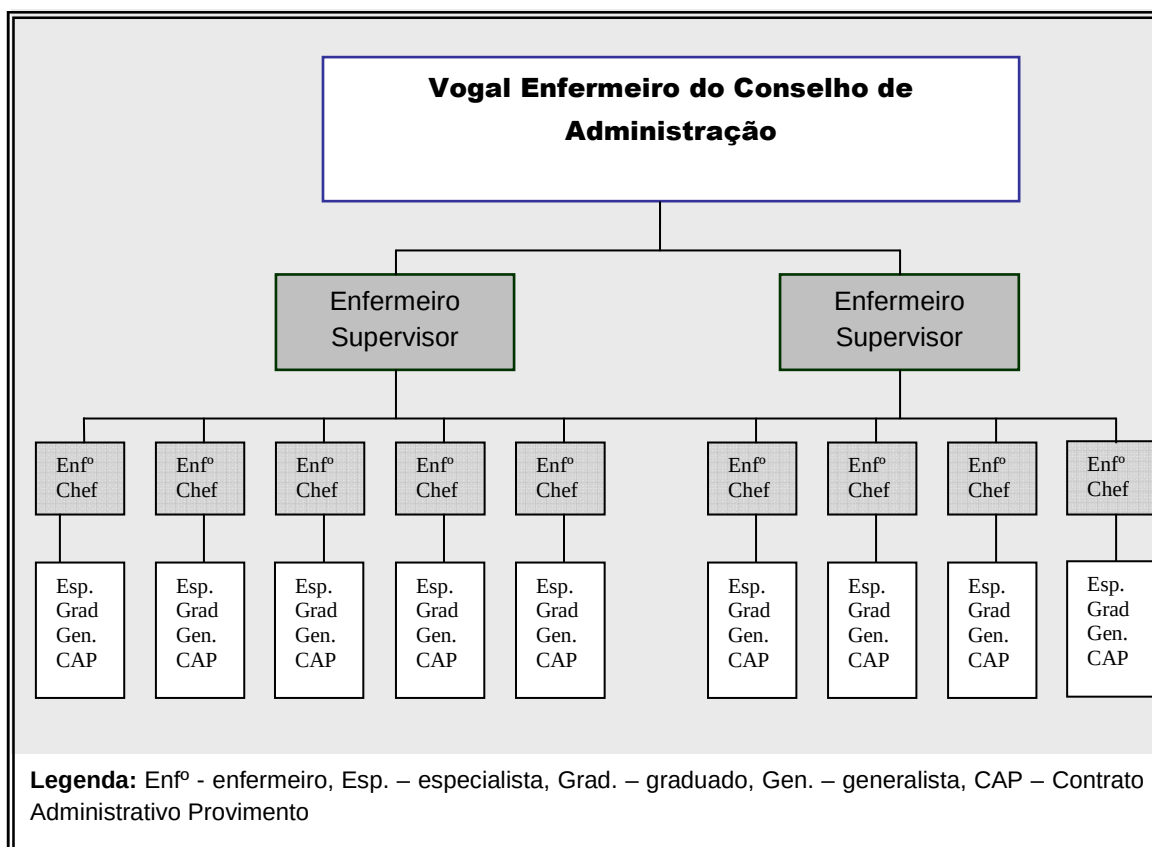


FIGURA Nº 3 – CARREIRA DE ENFERMAGEM E ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Os Enfermeiros chefes são os profissionais que na estrutura da organização e no âmbito da gestão, são fundamentais, dado que exercem uma gestão operacional, fazendo cumprir os desígnios da instituição, rentabilizando os recursos de acordo com as necessidades da população. Hesbeen (2000, p. 79), considera que as chefias de enfermagem “exercem uma acção essencial sobre a capacidade que os enfermeiros de cuidados directos terão, no futuro ...”) e que de facto, é nestas enfermeiras que “são depositadas grandes esperanças para desenvolver as estruturas e para melhorar a sua organização, logo, para garantir a qualidade do serviço *prestado* ...”).

A carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, artigo 8º, ponto1) e o REPE (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, artigo 9º, ponto 6 e artigo 10º) são os instrumentos que actualmente regulamentam o exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente na área da área de gestão, tendo em conta estes documentos elaboramos os quadros que se seguem aonde descrevemos os conteúdos funcionais legalmente atribuídos aos enfermeiros chefes, organizados pelas áreas principais da gestão e as actividades por eles desenvolvidas no Centro de Saúde.

QUADRO Nº 3 – FUNÇÕES DE GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CARREIRA DE ENFERMAGEM	REPE	CENTRO DE SAÚDE
- “Identifica as necessidades em cuidados; - Identifica as competências necessárias dos enfermeiros para desenvolverem as diferentes actividades de enfermagem; - Responsabiliza-se, pela concretização, na unidade de cuidados das políticas directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão da instituição; - Selecciona e incrementa métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho da equipa de enfermagem; planeia e avalia os cuidados, em conjunto com a equipa de enfermagem; - Supervisiona os cuidados de enfermagem; identifica as necessidades de formação dos enfermeiros e proporciona formação de acordo com as necessidades identificadas.”	“c) Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados;”	- Os enfermeiros desenvolvem todas estas funções - Identificam as necessidades em cuidados, responsabilizam-se para que sejam prestados e avaliam-nos. - Propõem projectos de intervenção, coordenam a sua implementação e avaliam. - Identificam necessidades de formação e responsabilizam-se pela formação em serviço na sua equipa. - São responsáveis pelo registo estatístico dos cuidados de enfermagem e pelo registo dos cuidados de enfermagem.

A gestão de cuidados de enfermagem é uma função complexa, uma vez que o enfermeiro chefe tem que ter conhecimentos actualizados acerca das necessidades da comunidade aonde a equipa exerce a sua actividade, tendo por base as orientações da instituição, mantendo o pessoal de enfermagem motivado. Hesbeen considera que o enfermeiro chefe pode desenvolver “múltiplas acções”, como por exemplo: “promover um ambiente humanizado e uma responsabilidade permanente (...); “organizar o serviço de modo a adequá-lo à vida da equipa e da sua actividade e a proporcionar um sentimento de segurança”; “comunicar para fazer partilhar, ouvindo sem procurar persuadir, as interrogações, as aspirações, (...) as disfunções, os projectos ... (2000, p. 112).

A seguir apresentamos as funções de gestão em relação aos recursos humanos.

QUADRO Nº 4 – FUNÇÕES DE GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

CARREIRA DE ENFERMAGEM	REPE	CENTRO DE SAÚDE
- “Determina as necessidades em enfermeiros, de acordo com a natureza dos cuidados a prestar; - Elabora os planos de distribuição de trabalhos, de acordo com as necessidades em cuidados e com as competências dos enfermeiros; - Elabora horários e planos de férias; favorece boas relações interpessoais na equipa de saúde; - Supervisiona o desempenho do pessoal de enfermagem; elabora programa de integração de novos enfermeiros; - Cumpre as directrizes do regulamento da avaliação de desempenho na carreira de enfermagem - Elabora o plano e relatório de actividades de enfermagem desenvolvidas na unidade de saúde”.	“a) Organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros; b) Avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros; e) Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos; f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem”	- Os enfermeiros desenvolvem todas estas funções. - Elaboram os planos de distribuição de trabalho, actualizando-os sempre que necessário, adequando-os às necessidades em cuidados e às da equipa. - Elabora anualmente o plano de férias da sua equipa responsabilizando-se pelas alterações que possam ocorrer. - Elaboram o plano da equipa para as saídas em formação. - São responsáveis pela integração de novos enfermeiros na sua equipa. - Cumprem com o preconizado para a avaliação de desempenho, entrevistas anuais e avaliação no final do trimestre. - Elaboram anualmente o plano e o relatório de actividade de enfermagem. - Colaboram e propõem a elaboração de protocolos com instituições da área de abrangência da sua Unidade de Saúde. - Orientam e avaliam, conjuntamente com os enfermeiros tutores, os alunos em estágio no seu serviço.

Outra função importante do enfermeiro chefe é a gestão dos recursos humanos em que tem a “missão natural (...) de tornar mais fácil o exercício profissional. Significa, neste caso, prestar atenção ao pessoal do seu serviço a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer e desenvolver a sua profissão e nela poder encontrar satisfação.” (Hesbeen, 2000, p. 112), pelo que deve: “organizar o serviço de modo a adequá-lo à vida da equipa e da sua actividade e a proporcionar um sentimento de segurança”; “comunicar para fazer partilhar, ouvindo sem procurar

persuadir, as interrogações, as aspirações, (...) as disfunções, os projectos (...)” (Hesbeen, 2000, p. 112). Pelo que verificamos que o enfermeiro chefe tem um papel primordial e de influência no desenvolvimento profissional e pessoal, e no desenvolvimento a auto estima e autonomia profissional.

QUADRO Nº 5 – FUNÇÕES DE GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS

CARREIRA DE ENFERMAGEM	REPE	CENTRO DE SAÚDE
- “Determina e providencia os recursos materiais necessários à prestação de cuidados; participa quando solicitado nas comissões de escolha do material e equipamento; - Responsabiliza-se pela conservação e manutenção do material e equipamento necessário à prestação dos cuidados.”	d) “Dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem”	- Determina e solicita o material, mensalmente e sempre que necessário. - Faz o controlo de stocks no seu serviço. - É responsável pela manutenção e conservação do material e equipamentos da Unidade de Saúde, solicitando a sua substituição ou reparação - Participa em comissões de escolha e aquisição de material/ equipamento e dá parecer técnico.

Para a prestação de cuidados de saúde os recursos materiais são fundamentais, Frederico e Leitão referem que “Uma boa gestão de materiais supões entre outras situações: planear, determinar objectivos, conhecer perfeitamente os meios disponíveis, valorizar as necessidades e controlar a gestão realizada” (1999, p. 90), o que se mostra como uma função complexa para o enfermeiro chefe.

QUADRO Nº 6 – FUNÇÕES DE GESTÃO EM INVESTIGAÇÃO

CARREIRA DE ENFERMAGEM	REPE	CENTRO DE SAÚDE
- “Efectua e incentiva a realização de trabalhos de investigação, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem; - Incentiva os enfermeiros da sua equipa, - Realiza/colabora em trabalhos; - Utiliza os resultados e orienta e supervisa os projectos profissionais dos enfermeiros”.	g) “Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem”.	- Realiza e coordena os trabalhos efectuados pela sua equipa. - Divulga resultados de trabalhos de investigação. - Coordena os projectos profissionais, utilizando e informando os resultados obtidos.

Hesbeen, defende que o enfermeiro chefe deve: “desenvolver a actividade do serviço através da actualização de conhecimentos, da partilha e da divulgação de experiências (...); “reunir para deliberar com as pessoas interessadas, para preparar uma decisão, para identificar novos caminhos e, em conjunto, considerar as maneiras de agir e a adoptar” e, ainda “formar a sua equipa para a perspectiva do cuidar, por meio da reflexão sobre os cuidados e sobre a saúde e pela construção de modelos de organização e de instrumentos apropriados” (2000, p. 112), actividades estas imprescindíveis para uma prestação de cuidados actualizada, fundamentada e de qualidade, essenciais também para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, e consequentemente promover a autonomia profissional.

QUADRO Nº 7 – FUNÇÕES DE GESTÃO DO CENTRO DE SAÚDE

CARREIRA DE ENFERMAGEM	REPE	CENTRO DE SAÚDE
- “Participa na elaboração do plano e relatório anual; - Promove na unidade de saúde a divulgação dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão da instituição, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros; - Proporciona condições para a realização de actividades de formação de outro pessoal da unidade de saúde”.	“ (...) propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem”.	- Colabora no plano e relatório anual; - Participa na formação básica e pós-básica; - Proporciona, dentro do que é possível, condições para a efectivação de formação de outro pessoal. - Participa em reuniões com a Escola Superior de Enfermagem emitindo parecer acerca da formação de alunos, com a Ordem dos Enfermeiros, sempre que solicitado ou programado, assim como com o Conselho de Administração

Uma das principais responsabilidades da enfermeira chefe é a delegação. Esta é uma técnica importante de liderança que a enfermeira chefe deve incrementar, Kron (1976, p. 225) considera que “O facto de a enfermeira chefe delegar alguns de seus deveres e responsabilidades (...) não quer dizer que ela perca prestígio; ao contrário, a necessidade de sua liderança, supervisão e ajuda aumenta à medida que ela guia sua equipa no desenvolvimento de suas habilidades e capacidades”. O mesmo é reforçado por Marquis e Huston (1999, p. 118) quando afirmam que “aumentam o seu impacto e poder, tanto dentro como fora da organização”, e em relação aos subordinados, consideram ainda que “adquirem auto-estima e maior satisfação no trabalho, a partir da responsabilidade e autoridade a eles delegadas”.

Cada vez mais, é exigido ao enfermeiro chefe, é que faça uma a gestão para a qualidade, em que tem que focalizar a sua atenção na população a quem se dirige os cuidados, ao trabalho em equipa, ao trabalho desenvolvido por cada enfermeiro e aos objectivos institucionais.

A evolução da enfermagem como profissão acompanhou o desenvolvimento dos cuidados de saúde, procurando ajustar-se às diferentes alterações socioeconómicas e políticas que aconteceram ao longo dos tempos.

Os enfermeiros demonstraram sistematicamente que constituem um grupo profissional motivado em procurarem respostas às novas exigências dos serviços e das pessoas de quem cuidavam, tornando-se actores imprescindíveis do sistema de saúde, tendo conseguido fosse reconhecida, legalmente, a enfermagem como profissão autónoma.

Na assumpção da autonomia da profissão é necessário que cada enfermeiro se assuma como um profissional autónomo. Para a construção desta autonomia são necessárias características pessoais e profissionais, que se desenvolvem e se aprendem através da experiência de vida e da prática profissional.

Neste sentido, a gestão de recursos humanos é fundamental para o desenvolvimento profissional e considerando que o enfermeiro chefe, é o gestor operacional e está directamente em contacto com a equipa de enfermeiros, ele é um dos agentes mais importantes no percurso autónomo de todos e de cada enfermeiro da sua equipa.

Os Cuidados de Saúde Primários caracterizam-se pela prestação de cuidados de saúde ao indivíduo/família inseridos numa comunidade. Os Centros de Saúde são as instituições que surgiram na sociedade para a implementação desta filosofia de cuidados de saúde, em que o “cuidar” é o conceito subjacente às práticas de enfermagem. Os enfermeiros chefes, no Centro de Saúde de Ponta Delgada são

imprescindíveis na gestão operacional das Unidades de Saúde, dado a sua dispersão geográfica e o total de população abrangida, constituem o grupo de profissionais que melhor conhece o serviço e a comunidade, uma vez que como gestores operativos interagem essencialmente com: o utente/família/comunidade; os enfermeiros da sua equipa; os enfermeiros da própria instituição e de outras instituições; os médicos e outros técnicos da instituição e de outras instituições; e com os outros órgãos de gestão da instituição (enfermeiros supervisores, chefias de outros serviços e Conselho de Administração).

2 – TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo é entendido como um processo segundo o qual o investigador vai obtendo progressivamente a informação necessária para o seu estudo (Gómez et al, 1996, p.72).

Na investigação qualitativa o investigador tem que ter em atenção seis características importantes: “uma crença em múltiplas realidades”; “um compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado; um compromisso com o ponto de vista do participante”; “uma conduta de pesquisa que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse”; “um reconhecimento da participação do investigador na investigação” e uma “compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literária e incluindo os comentários e a criação de significação”. (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 17)

O investigador qualitativo não subscreve apenas uma verdade mas muitas verdades, dado que cada pessoa vive e compreende experiências diferentes (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 18). As experiências dos participantes são os achados da investigação, pelo que é fundamental que sejam “relatadas segundo a perspectiva das pessoas que as viveram” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 20).

A metodologia serve para mostrar tudo o que se fez para responder ao problema de investigação. (Polit e Hungler (1995, p. 45) e consequentemente, constitui o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objectivos da investigação. Assim, descrevemos o tipo de abordagem, os participantes no estudo, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos a utilizar no estudo, tentando encontrar respostas para a inquietação que despoletou esta investigação.

2.1- TIPO DE ESTUDO

Os enfermeiros têm construído a sua própria disciplina de enfermagem, e para Fortin (2000, p. 61) esta representa “um campo distinto de conhecimentos que evoluem para uma forma única de entender os fenómenos do cuidar” integrando também os “fundamentos da profissão e a ciência enfermagem”.

A ciência da enfermagem constitui o “corpus de conhecimento específicos, obtidos com o contributo da investigação e com o objectivo de orientar a prática dos cuidados de enfermagem”, e que os fundamentos da profissão incluem o “conhecimento com

vista à orientação dos valores da profissão, à natureza da prática profissional e às posições filosóficas que influenciam esta prática”. (Fortin, 2000, p. 61)

A enfermagem é uma profissão humanista que tem por 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” (DL nº 161/96, capítulo II, artigo 4º), nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa refere-se igualmente à investigação sobre a “vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também à pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenómenos culturais e interacção entre nações” (Strauss e Corbin, 2008, p. 24).

O termo “pesquisa qualitativa” quer dizer “qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios quantificação” (Strauss e Corbin, 2008, p. 24).

A filosofia dos cuidados de enfermagem inclui a crença do homem holístico, esta “perspectiva holística e o estudo da experiência tal como é vivida servem de alicerce para a pesquisa fenomenológica”. (Carpenter in Streubert e Carpenter, 2002, p. 64) Assim sendo a fenomenologia permite, um saber, uma compreensão que não está evidente, mas que está ligado aos fenómenos humanos, levando à reflexão e à percepção do ser humano, visto como sujeito e não como objecto, é isso que pretendemos para compreendermos como os enfermeiros têm vivenciado a sua autonomia profissional.

Os investigadores que utilizam a abordagem fenomenológica “tentam compreender o significado que os acontecimentos e interacções têm para pessoas (...)” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 53). E ainda, “penetrar no mundo conceptual dos seus sujeitos” (Gertz in Bogdan e Biklen, 1994, p. 54) com o “objectivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 54).

A fenomenologia é um método “rigoroso, crítico e sistemático de investigação, é uma abordagem qualitativa reconhecida, aplicável ao estudo de fenómenos importantes na disciplina de enfermagem” (Carpenter in Streubert e Carpenter, 2002, p. 49) e consagra à enfermagem “uma oportunidade para descrever e clarificar fenómenos importantes para a prática, o ensino e a investigação” (Carpenter in Streubert e Carpenter, 2002, p. 71).

Segundo Wagner (in Streubert e Carpenter, 2002, p. 50) fenomenologia é “um sistema de interpretação que nos ajuda a perceber e a conceber a nós mesmos, os novos

contactos e interacções com os outros (...) inclusive descrever um método, uma filosofia ou um modo de pensar”. Portanto a fenomenologia, pretende descrever o fenómeno tal e qual ele aparece, reconhecendo nesta caminhada a essência do ser, da vida, das relações.

Para a fenomenologia os fenómenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência levando-nos a reflectir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver quotidiano, assim o nosso fenómeno explora a gestão em enfermagem face à autonomia dos enfermeiros.

A administração em enfermagem é uma área na qual existe “uma necessidade de mais investigação qualitativa e especificamente investigações fenomenológicas”. (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 96) Os autores continuam dizendo, que os assuntos que podem “ser apropriados para a investigação fenomenológica incluem experiência de ser reitor, director de enfermagem ou enfermeiro chefe e coordenador de cuidados” e ainda, que esta abordagem contribui para “a base do conhecimento de enfermagem e podem fornecer orientações para futuras investigações” (Carpenter in Streubert e Carpenter, 2002, p. 71), assim, verificamos que este método seria o mais adequado para encontrar respostas para compreender como é gerida a autonomia dos enfermeiros.

Afim de dar corpo ao nosso percurso e procurando o saber dos enfermeiros chefes e enfermeiros sobre a autonomia formulamos a seguinte pergunta de partida: Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros chefes em CSP para promoverem a autonomia profissional dos enfermeiros?

As opções metodológicas encaminharam-nos para a formulação das seguintes questões:

- Será que os enfermeiros e os enfermeiros chefes partilham o mesmo tipo de concepção de enfermagem?
- Como vêm os enfermeiros chefes e os enfermeiros os valores da profissão face ao seu desenvolvimento profissional no centro de saúde?
- Será que os enfermeiros chefes e os enfermeiros reconhecem existir conhecimentos que suportem a autonomia em enfermagem?
- Será que os enfermeiros chefes apresentam concepções de autonomia diferentes dos enfermeiros?

Será que enfermeiros sentem os contributos que os enfermeiros chefes dão para a autonomia?

- Será que há manifestação de práticas específicas para o desenvolvimento da autonomia?
- Será que os enfermeiros chefes desenvolvem estratégias que os enfermeiros reconhecem como promotoras de autonomia?

Para a concretização do estudo criamos o modelo que se segue afim de conciliar as perguntas com a revisão teórica e o trabalho de campo.

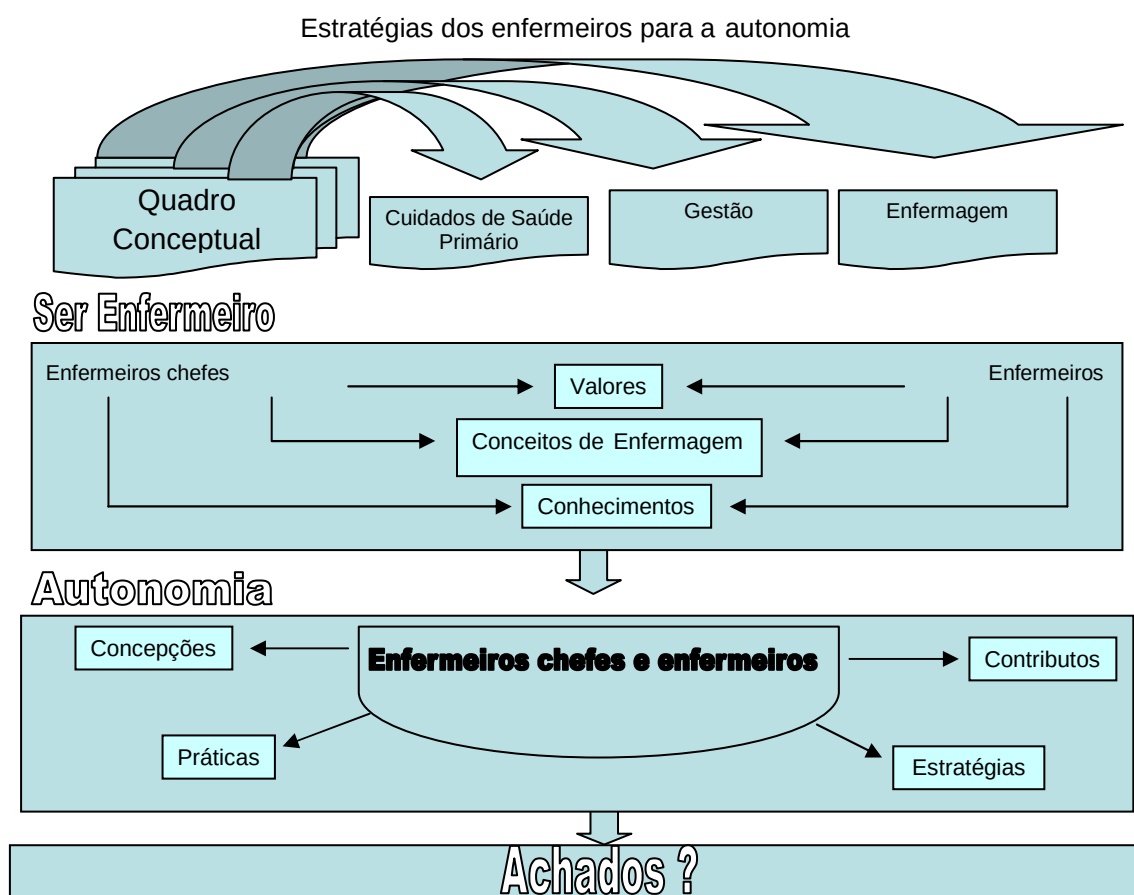


FIGURA Nº 4 – DIAGRAMA DA INVESTIGAÇÃO

Para a construção de um processo metodológico necessitamos de linhas orientadoras que nos ajudem a centramo-nos na temática e na questão de partida, assim foram traçados os seguintes objectivos para este estudo:

- Analisar os fundamentos para a prática dos enfermeiros em contexto dos Cuidados de Saúde Primários.
- Analisar as diferenças entre os conceitos expressos pelos enfermeiros chefes e enfermeiros.
- Compreender as diferenças do discurso sobre o conceito de enfermagem como espaço de partilha.
- Compreender o significado de autonomia profissional dos enfermeiros na opinião dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros da prática.
- Identificar as estratégias conducentes à autonomia dos enfermeiros em contextos do Centro de Saúde.
- Comparar o discurso das enfermeiras chefes e dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre as práticas de autonomia

Para o desenvolvimento desta investigação elaboramos o cronograma que se encontra em anexo (anexo 1).

2.2 – PARTICIPANTES

Para que o investigador tenha acesso à informação necessária para compreender o significado e a actuação no contexto do seu trabalho, há que proceder a uma selecção de pessoas ou informantes que cumpram determinados requisitos e que possam fornecer a informação mais relevante para os propósitos da investigação em causa, como refere Garcia Jiménez, Gómez e Flores (1999).

Os indivíduos que constituem a população da investigação qualitativa são designados “participantes” ou “informantes” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 25). O mesmo autor refere que os “indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 25)

Desta feita, seleccionar uma população alvo, exige do investigador um exaustivo conhecimento dos possíveis candidatos e as circunstâncias que os envolvem (grupo ou instituição).

Na selecção dos participantes optamos por uma amostra não probabilística intencional, porque nos interessava saber qual a opinião de algumas enfermeiras, nomeadamente as enfermeiras chefes, em relação ao objecto que pretendamos estudar. De acordo com Fernandes (1997, p. 18), este tipo de amostra tem um carácter flexível, porque além de não requerer um grande número de participantes, o seu objectivo não é testar hipótese mas sim tentar perceber as perspectivas dos sujeitos de investigação.

Optamos por estudar o grupo dos enfermeiros chefes dos Cuidados de Saúde Primários da ilha de S. Miguel, porque estes no âmbito das suas funções desenvolvem o processo administrativo - gestão operacional, nomeadamente, operacionalizam na equipa os padrões de desempenho dos enfermeiros, orientam os membros da equipa na concretização dos objectivos da Unidade de Saúde, supervisionam e orientam os elementos da equipa que lhe são subordinados hierarquicamente e avaliam a qualidade dos seus cuidados, bem como o desempenho específico de cada profissional, propondo as devidas correcções e estimulando a melhoria dos cuidados, integram os novos enfermeiros na equipa de enfermagem e no serviço, algumas responsabilidades podem ser sucessivamente delegadas aos outros níveis de profissionais, descentralizando a autoridade deixando de estar completamente concentrada na chefia. Não obstante a existência de uma hierarquia de autoridade, verifica-se que o enfermeiro chefe intervém directamente na autonomia profissional dos elementos das equipas que chefia.

Sendo assim, a população alvo é constituída por enfermeiros que pertençam aos CSP, no entanto, dado ao vasto número de elementos, tornou-se necessário eleger uma população de acesso, que para Polit e Hungler (1995, p. 43) são aqueles que obedecem aos critérios estabelecidos. Estes critérios incluem:

- Ter a categoria profissional de enfermeiro chefe no Centro de Saúde;
- Ser enfermeiro do quadro de pessoal do Centro de Saúde e que esteja integrado na equipa de enfermagem gerida por cada enfermeiro chefe (8), para melhor compreensão do fenómeno em estudo;
- E, aceitem livremente participar no estudo.

Tendo em conta que a amostra foi intencional, optamos por incluir no estudo o total de enfermeiros chefes da ilha de São Miguel, (nesta ilha, o Centro de Saúde de Ponta Delgada era o único Centro de Saúde que, actualmente, tinha no quadro enfermeiros chefes, representando, assim, representa o universo da ilha de S. Miguel), uma vez

que assumem o papel de gestores dos cuidados de enfermagem, supervisionando e orientando os elementos da sua equipe, bem como mobilizando os recursos quer materiais, quer humanos da unidade onde prestam serviço. A inclusão dos outros 8 enfermeiros teve por base o conhecimento sobre os Cuidados de Saúde Primários e exercerem as suas funções na prestação directa de cuidados sob a gestão de um enfermeiro chefe participante, o que nos pareceu pertinente para melhor compreensão do fenómeno. Assim, a população alvo do presente estudo é formada por enfermeiros do quadro de pessoal do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

O nosso grupo de participantes é assim constituída por dezasseis enfermeiros em que 8 são enfermeiros chefes e 8 são enfermeiros pertencentes às categorias de: enfermeiro (2), graduado (5) e especialista (1).

A idade não condicionou a selecção da amostra mas os participantes apresentavam-se nos seguintes grupos etário: dos 31-40 anos (43,75%), seguindo-se o grupo com 41 – 50 anos (31,25%). O grupo dos 20 – 30 anos representa 18,75% e por último o grupo dos 51 – 60 anos com 6,25%. Como se verifica grupo dos participantes com maior incidência é o que está acima dos 31 e antes dos 50 anos ou seja adultos jovens, o que nos parece relevante para este estudo dado que alguns autores nomeadamente Soares (1998) refere que a capacidade para se ser autónomo “matura durante a vida do enfermeiro, enquanto pessoa e enquanto profissional”.

Em relação ao tempo de exercício profissional também nos parece ser importante se considerarmos o que nos diz Benner (2001, p. 172) “É a sua experiência que lhe permite ultrapassar as suas incertezas (...) a experiência ...)” não faz necessariamente referência ao tempo passado a exercer uma profissão, mas sobretudo a um processo muito activo que consiste em formar modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade. A mesma autora menciona ainda que “para uma enfermeira atinja o nível de perícia é necessário trabalhar mais de seis anos neste domínio” (p. 170). Assim, constatamos que a maioria dos participantes têm entre 11 a 20 anos de serviço (49,5%), seguindo-se o grupo com 26 a 30 anos de serviço representando 25%.

Ferreira (2003, p. 25) nas conclusões do seu estudo “O olhar dos enfermeiros sobre a profissão” refere que os “enfermeiros com mais de cinco anos de experiência profissional, enfatizam mais as competências autónomas da profissão” revela ainda que estes “assumem-se como profissionais autónomos com saberes próprios, diferentes, mas complementares dos outros técnicos de saúde” e tendo em atenção os resultados desta investigação verificamos que os participantes do nosso estudo com

mais de 5 anos de serviço representam 87,5% contando os restantes 12,5% com menos de 5 anos de serviço.

2.3 – ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Na pesquisa qualitativa um dos componentes principais é a fonte dos dados, estes podem ser obtidos através de “entrevistas, observações, documentos, registos, filmes” (Strauss e Corbin, 2008, p. 24)

Uma das estratégias para a recolha de informação permitida pelo método fenomenológico é a entrevista. A entrevista constituiu a “estratégia dominante para a recolha dos dados” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134) neste sentido a nossa opção foi a entrevista semi-estruturada.

Na entrevista semi-estruturada fica-se com a “certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 135) o que se mostra relevante para a finalidade deste estudo.

Com a realização da entrevista pretendeu-se recolher a opinião, individualmente, de cada participante, através da interacção entre o investigador e o entrevistado, a realizar no próprio contexto de trabalho e na hora indicada pelo participante.

No Estudo da Representação Social da Autonomia Profissional em Enfermagem realizado por Gomes e Oliveira (2004), os resultados indicaram como um dos elementos essenciais da representação o “conhecimento científico e a construção e explicitação de um saber específico do enfermeiro constituem um dos alicerces da autonomia profissional”.

A entrevista organizou-se por quatro partes, na primeira parte da entrevista era realizado os processos de informação sobre a investigação seguindo-se o momento do consentimento e em caso afirmativo, então procedíamos à assinatura do mesmo. O segundo passo era uma colheita sumária, afim de fazer a caracterização dos participantes, seguia-se o corpo da entrevista e por ultimo encerrávamos a entrevista com o acordo da confirmação dos registos efectuados.

Do corpo da entrevista faziam parte as seguintes questões:

- Que importância atribuem os enfermeiros chefes aos valores da profissão?

- Que bases científicas identificam os enfermeiros chefes como básicas para a autonomia em enfermagem?
- Que concepção têm os enfermeiros chefes de enfermagem?
- Que concepção têm os Enfermeiros chefes de autonomia dos enfermeiros?
- Será que os enfermeiros chefes atribuem importância à autonomia dos enfermeiros?
- O que fazem os enfermeiros chefes nas suas práticas, com vista à promoção da autonomia de enfermagem?
- Que estratégias utilizam os Enfermeiros Chefes para promoverem a autonomia profissional dos enfermeiros

O tempo médio utilizado em cada uma das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos.

As questões eram colocadas de forma a seguirmos o objectivo de colher dados deixando todo o espaço para os participantes puderem expressar livremente as suas convicções e tendências sobre a temáticas, assim estas eram essencialmente orientadoras.

As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos participantes. A seguir a cada uma das entrevistas ouvimos imediatamente a gravação, para verificar se esta fazia sentido e se havia necessidade de mais uma entrevista. O verbatim foi transcrito, logo após a mesma, constituindo estas transcrições as dadas deste estudo.

A credibilidade foi assegurada através de solicitação a cada participante para “reverem e explicarem os resultados finais” como refere Zalolin citado por Streubert (in Streubert e Carpenter, 2002, p. 91) e em local de preferência de cada sujeito. Alguns dos participantes efectuaram correcções pouco significativas ao registo da sua entrevista, nomeadamente, correcção de termos e pontuação.

2.4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Na análise dos dados tivemos de compreender que a interpretação envolve a capacidade de síntese sobre os dados colectados, visualizando-os em relação aos objectivos propostos na pesquisa, sendo necessário aderir a um processo de organização sistematizado que respeitasse teoricamente a análise das informações.

Anteriormente à fase de pré-análise, realizamos a transcrição das fitas de cada sujeito participante dos dados proporcionados durante as entrevistas sob forma de registos. Os dados foram reescritos conforme o guião da entrevista ou seja, alocando os dados em conformidade com a disposição das questões do guião. Desta maneira, a partir dos dados transcritos e impressos, foi possível desenvolver a análise de conteúdo. Nesta sequência, tivemos necessidade de ouvir atentamente as gravações realizaram-se várias leituras dos registos obtidos, o é confirmado por (in Streubert e Carpenter, 2002, p. 25). “Os investigadores qualitativos necessitam “ouvir” cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados” (in Streubert e Carpenter, 2002, p. 32).

Mantivemos o compromisso e cuidado desde o início da análise de dados em tentar respeitar teoricamente todas as informações contidas nos discursos dos participantes em que passamos um “período de vivência com os dados” de modo a questionar “todas as conclusões prévias” de modo a que ficasse esclarecido as descobertas no “contexto todo” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 32), assim, foi possível identificarmos e extrairmos as declarações significativas.

Bardin (2004, p. 42) define Análise de Conteúdo como: “Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens ”.

Nesse sentido, a Análise de Conteúdo desenvolveu técnicas que procuram atingir os significados manifestos do material qualitativo, como a análise de expressão, a análise das relações, análise temática e a análise de enunciação. A técnica de análise de conteúdo utilizada para atingir o objectivo proposto por este estudo foi a análise temática, pois esta técnica é utilizada para temas que comportam um feixe de relações que podem ser representados por meio de uma palavra ou uma frase.

Outros dois componentes da pesquisa qualitativa são os procedimentos e a elaboração do relatório. Neste subcapítulo iremos abordar os procedimentos tidos para este trabalho.

No desenvolvimento dos procedimento tivemos em conta que os objectivos destes e das técnicas servem “para ajudar a dar os passos necessários para a construção da teoria – conceituar, definir categorias e desenvolver categorias em termos de propriedade e dimensões e depois relacionar categorias por meio de [...] declarações de relações ” (Strauss e Corbin, 2008, p. 24).

A ciência não existe sem os conceitos, pelo que o primeiro passo na construção é a conceitualização. “O conceito é um fenómeno rotulado”, representando de forma “abstracta um fato, um objecto ou uma acção/interacção que o pesquisador identifica”. Assim, identificamos conceitos, e dividimos os dados “em incidentes, ideias eventos e atos [sic] distintos, e depois recebem um nome que os represente” (Strauss e Corbin, 2008, p. 106).

No decorrer da análise foram surgindo vários conceitos, que no final foram agrupados, como referem Strauss e Corbin, os dados “podem ser agrupados sob um conceito mais abstracto, de ordem mais alta, baseado na sua capacidade de explicar o que está acontecendo”. O passo seguinte é agrupar conceitos em categorias (2008, p. 114).

As categorias são conceitos “derivados dos dados, que representam os fenómenos” (Strauss e Corbin, 2008, p. 114). Os fenómenos por sua vez são “ideias analíticas importantes que emergem de nossos dados” e apresentam “problemas, questões, preocupações e assuntos que são importantes para aquilo que está sendo estudado”. Após identificadas as categorias reflectimos sobre elas, surgindo assim, algumas subcategorias, o que é confirmado por Strauss e Corbin quando refere que devemos recordar as categorias “pensar sobre ela e desenvolvê-la em termos de suas propriedades e suas dimensões e diferenciá-la, dividindo-a em subcategorias, ou seja explicando quando, onde, por que, como, etc., uma categoria tende a existir” (Strauss e Corbin, 2008, p. 115)

Uma vez identificadas e analisadas as categorias começamos o desenvolvimento das propriedades e dimensões específicas. As propriedades são “características ou atributos, gerais ou específicos, de uma categoria, dimensões representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou de uma faixa” (Strauss e Corbin, 2008, p. 117).

Após várias leituras e reflexões realizamos o mapeamento dos dados que foram unidos pela sua semelhança. Esta forma de organização permitiu visualizar todas as informações colhidas, Streubert refere que a “apreensão ou captura das relações essenciais entre as declarações e a preparação de uma descrição exhaustiva do fenómeno constitui a fase final” e que é fundamental “ identificar como as declarações ou os temas centrais emergem e estão relacionados uns com os outros (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 69).

Completada a revisão dos dados revimos a literatura para” colocar os resultados dentro do que já é conhecido sobre o assunto” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 69), constituindo o conteúdo dos capítulos que se seguem.

No decorrer deste trabalho, aparecerá a abreviatura “C” que corresponde a entrevista do enfermeiro chefe e “E” que corresponde à entrevista do enfermeiro, bem como a indicação do número da entrevista a que se refere, facilitando assim a sua localização.

2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O recurso a pessoas como sujeitos de investigação científica obriga o investigador a salvaguardar direitos fundamentais, como sejam: o direito à privacidade, anonimato e confidencialidade, o direito á autodeterminação, o direito a um tratamento justo e equitativo e o direito á protecção contra qualquer dano. Assim, segundo Fortin (1999, p.128) os “direitos das pessoas que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo ...)”.

Tendo em conta que o nosso estudo envolveu pessoas, tivemos de garantir o respeito pelos seus direitos. Assim asseguram Polit e Hungler ao referirem que quando os sujeitos da investigação são pessoas, como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem, “precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos” (1995, p. 293) Esta opinião é partilhada por Streubert (2002, p. 37), quando afirma que num trabalho de investigação, as considerações éticas assentam numa consideração de crítica, ou seja, ao elaborarmos um trabalho desta natureza, é da nossa responsabilidade pessoal e profissional, assegurar que toda a manipulação dos dados colhidos, nomeadamente no que diz respeito aos direitos humanos, seja sólida do ponto de vista ético e moral.

Deste modo, achamos pertinente fazer uma revisão de alguns princípios éticos para que fossem respeitados os direitos dos participantes envolvidos no nosso trabalho.

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 295), o relatório de Belmont “articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: beneficência, respeito à dignidade humana e justiça”.

Sendo assim, foi nossa intenção disponibilizarmo-nos a esclarecer qualquer dúvida antes e após a colheita de dados, aos enfermeiros envolvidos no nosso estudo. Foi ainda assegurado, previamente, que o conteúdo da informação fornecida não será utilizado contra os mesmos, salvaguardando a isenção de exploração.

A última dimensão referida por Polit e Hungler (1995. p. 296-297) é a relação risco/benefício, na qual os investigadores devem avaliar os riscos e os benefícios que o seu estudo envolve para os participantes. Relativamente ao nosso estudo, consideramos os riscos mínimos, pelo que, à partida, não causamos qualquer dano.

O segundo princípio do relatório Belmont é o do respeito à dignidade humana. Polit e Hungler (1995, p. 297), incluem o direito à auto determinação, na qual os participantes têm o direito de decidir voluntariamente se querem ou não participar no estudo, sem o risco de serem penalizados pela não participação. Podem ainda decidir, a qualquer momento, suspender a sua participação ou pedir mais informação acerca do trabalho.

Apesar de termos feito uma selecção prévia dos enfermeiros que iriam participar no nosso estudo, estes só o fizeram voluntariamente, não sofrendo qualquer penalização se não aceitassem participar ou se desistissem. Streubert e Carpenter (2002), referem-se a este princípio como o princípio da autonomia, ou seja, a revelação completa que, de acordo com Polit e Hungler (1995), abrange o direito que a pessoa ao participar como informante deve ser voluntária. Deste princípio faz ainda parte o direito à têm de tomar decisões autorizadas acerca da sua participação no estudo.

Assim, os indivíduos devem possuir informação adequada quanto ao estudo, devem compreender as informações, ser capazes de consentir voluntariamente a participação no estudo ou de a recusar. A garantia destes direitos foi obtida através dos seguintes mecanismos:

- Consentimento escrito do Conselho de Administração do CS que autoriza a realização do estudo em contexto de trabalho, explicitando os objectivos do mesmo, bem como o tipo de estudo e os métodos de colheita envolvidos. (anexo 2)
- Consentimento informado assinado pelos participantes no estudo, incluindo a autorização para a gravação da entrevista.

O terceiro e último princípio que constitui o relatório Belmont é o da justiça que inclui o direito ao tratamento justo e à privacidade. Polit e Hungler (1995) referem-se a este princípio como sendo o direito que os participantes têm a um tratamento justo e imparcial antes, durante e após o estudo, com a manutenção das fronteiras da relação entre investigador – participante. Assumimos assim, a responsabilidade de lidar de

igual forma com todos os enfermeiros e enfermeiros chefes que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Levamos a cabo um tratamento isento de preconceitos a quem se recusasse a participar no mesmo. Foi ainda nossa intenção salvaguardar a confidencialidade dos participantes, não revelando qualquer informação fornecida pelos mesmos. A transcrição das entrevistas foi validada pelos entrevistados e foi apenas utilizada para este estudo.

3. DISCURSOS SOBRE O SER ENFERMEIRO

A actividade de enfermagem enquanto profissão tem um percurso profissional recente, só após a II Guerra Mundial é que surge a profissionalização da enfermagem. Concretizando-se nos anos 60 com o relatório de Salmon que apontava para um “modelo de gestão profissionalizado”, caracterizado pela “gestão em linha” em que a “enfermagem devia ser gerida tal como outro grupo de trabalhadores...através do esforço do grupo...e responsabilizando os enfermeiros pelo seu trabalho, perante um superior hierárquico imediato”. (Thompson, 2000, p. 53). Em 1952 é publicado o 1º número da Publicação de “Nursing Research”, em 1965 na Escócia abre o 1º Curso Universitário de enfermagem na Europa – University of Edinburg, e Virgínia Henderson publica “The Nature of Nursing”, o que nos motivou a analisar os discursos dos enfermeiros sobre valores, os conhecimentos e os conceitos sobre a enfermagem.

Depois de obter subsídios teóricos sobre a enfermagem como profissão, as suas actividades os processos de gestão e o contexto do trabalho estamos agora preparados para compreender os fundamentos para a prática dos enfermeiros em contexto dos cuidados de saúde primários, bem como analisar as diferenças entre os conceitos expressos pelos enfermeiros chefes e enfermeiros.

Neste capítulo iremos apresentar e analisar os dados obtidos, de modo a compreendermos a informação por eles revelada. Segundo Bogdan e Biklen (1995), a análise dos dados consiste num processo de busca e organização sistemática de transcrição de entrevistas, com o objectivo de aumentar a compreensão dos materiais colhidos junto dos enfermeiros e seus chefes.

O quadro teórico que desenvolvemos apontou para que questionasse-mos os enfermeiros sobre os valores que defendem para as suas práticas, os conhecimentos científicos que dominam as suas práticas e ainda a concepção de enfermagem que está subjacente às suas práticas.

Embora a evidencia dos dados apresentados no sub-capítulo sobre CSP, naturalmente nos indicasse os valores e a acepção de enfermagem consideramos que os enfermeiros poderiam ter estas orientações e não estarem apropriados desta missão.

Afim de criar corpo a partir dos discursos faz-nos sentido partilhar com Bueno (in Gardenal, 2006) a organização dos dados que emergiram dos discursos de acordo com a figura que se segue, pois este define a autonomia como um valor assumido

pelo enfermeiro consciente, para escolher a melhor forma de actuar junto ao cliente, no seu estudo sobre “grau de autonomia dos enfermeiros”.

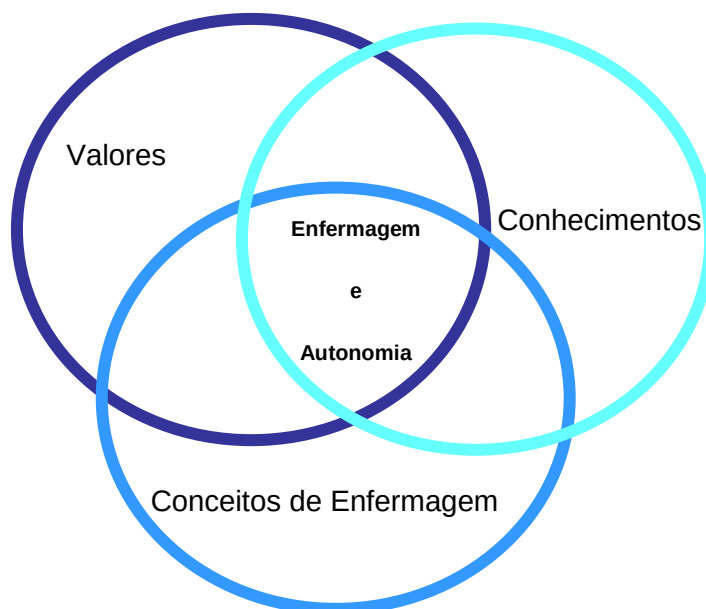


FIGURA Nº 5 – SER ENFERMEIRO COM AUTONOMIA

A análise das entrevistas efectuadas encaminhou-nos efectivamente três dimensões de acordo com o já referido e nas quais identificamos categorias e sub categorias e que constituíram o corpo dos subcapítulos. Para ilustrar cada dimensão, categoria e subcategoria, recorreremos à transcrição de unidades de registo que consideramos mais expressivas.

3.1 – CENTRANDO-SE NOS VALORES

Os participantes do estudo foram unânimes em incluir nos seus discursos a dimensão dos valores que suportam as suas práticas profissionais.

Para a análise desta dimensão recorreremos ao Código Deontológico do Enfermeiro e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril, Artigo 78º - Princípios Gerais e Artigo 81º- Dos valores humanos, que incluem as directrizes éticas e morais, nomeadamente, os valores universais que devem ser observados na prática profissional.

Em termos de correcta compreensão dos conceitos: ética, moral e deontologia, convém fazer a sua distinção, uma vez que na área da saúde convergem

frequentemente. O termo ética é mais usado como “código de comportamento e das atitudes, como se tratasse da aplicação dos valores morais, em função de parâmetros culturais”, a moral estuda os “conceitos de bem e do mal, de justiça e injustiça, de verdade e de mentira, da respectiva essência e universalidade” (Grande, 2006, p. 2) e a deontologia trata de um “conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo sócia (...) apresentando indicações práticas e precisa (...) iniciadas por o “profissional deve”. (Nunes et al, 2005, p. 15). Exemplificando podemos dizer que a “verdade (valor moral), a pertinência (valor ético) e o rigor (valor deontológico)”, são alguns dos valores que orientam o comportamento dos enfermeiros (Grande, 2006, p. 2).

Atendendo ao acima descrito, afirmamos que o código deontológico dos enfermeiros é um pilar fundamental para a prática da enfermagem, enquanto conjunto de deveres, relativos ao exercício profissional e de direitos, de forma a garantir: a dignidade profissional dos enfermeiros e o direito dos clientes a cuidados de qualidade.

Os valores de cada pessoa podem alterar com o passar do tempo, em consequência da experiência de vida e dos conhecimentos que se vão adquirindo, pelo que é necessário esclarecimento sobre eles, o que implica: “o exame destes valores”; “designação de propriedade a estes valores” e a “determinação de como eles influenciam o comportamento” de modo que o estilo de vida esteja de acordo com os valores preconizados. (Marquis e Huston, 1999, p. 80).

Curtin diz que a enfermagem “ é uma arte moral e que seu propósito é o bem-estar dos seres humanos (...)” e que “esta tem a responsabilidade de defesa dos indivíduos.” (in Marquis e Huston, 1999, p. 489). O enfermeiro chefe é também um “defensor dos seus funcionários” e (...) “devem reconhecer aquilo pelo qual (...) lutam e as metas e valores que eles consideram adequados” (Quinn & Smith in Marquis e Huston, 1999 p. 489) “ o líder/chefe deve ser capaz de orientar os subordinados na direcção da realização, ao mesmo tempo que defende seu direito à autonomia” (Marquis e Huston, 1999, p. 489).

O enfermeiro chefe deve ter um “sistema de valores coerente com a organização” e deve “reconhecer que a conservação de valores com muita ênfase pode ser desafiada por restrições sociais e económicas e que as filosofias devem ser continuamente revistas” para que seja garantido a prática de valores de forma congruente e permanente, por todos os membros da equipa (Marquis e Huston, 1999, p. 82).

Assim sendo, nos relatos analisados obtivemos dados relativos aos vários valores definidos pelo estatuto supracitado, como podemos verificar no quadro seguinte.

QUADRO Nº 8 – VALORES NA PRÁTICA PROFISSIONAL

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PARTICIPANTES
Verdade	Honestidade Direito à informação	C2 C4 C2
Altruísmo e Solidariedade	Respeito Partilha de conhecimentos Acção em função do interesse do outro	C3 C4 C6 E2 E3 E5 E7 C3 C6 E1 C3 E5 E7
Liberdade Responsável	Responsabilidade Capacidade de escolha	C5 E3 E8 E3 E8
Competência Profissional	Saber mobilizar e transferir conhecimentos	C6 E5
Igualdade	Dignidade Humana	C7 C8 E4 E5
Justiça		E4

Uma das categorias encontradas foi a que faz referência ao valor Verdade. A verdade “corresponde à realidade como ela é vivida pelo ser humano e manifesta-se, enquanto tal, na unidade do pensar, agir e ser” (Nunes et al., 2005, p. 64).

Na categoria Verdade, obtivemos referências de Honestidade e também sobre o Direito à informação, como verificamos nos seguintes segmentos de texto:

- A honestidade refere-se ao “agir com rectidão, de acordo com a verdade” é uma “característica daquele que é sincero e em quem se pode confiar”. (Dicionário de Língua Portuguesa, 2001, p. 456) esta é referida como “ *A honestidade perante os colegas, os pares, e perante os utentes também.*” C2, e “(...) *sermos honestos na nossa forma de agir, que é muito importante.*” C4

- O direito à informação constitui um dos deveres dos enfermeiros de “informar o indivíduo e família, no que respeita aos cuidados de enfermagem”; “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”; responder a “todo o pedido de informação ou explicação (...) em matéria de cuidados de enfermagem” e ainda “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso” (Nunes, 2005, p. 109), de forma esclarecida e validada sendo que um participante refere como “*Outro valor que eu penso que é importante é o direito à informação (...).*” C2

A **categoria Altruísmo e Solidariedade** por definição, “resulta da acção em função do interesse do outro” (Nunes et al., 2005, p. 65), e expressa pelo enfermeira chefe no sentido de que *“Temos que atender á forma de ser da pessoa, respeitá-la na sua intimidade “(... Sermos coerentes na nossa forma de agir com o próprio utente.” C4,* estando associado à solidariedade “enquanto comunhão de interesses e tomada de consciência desta comunhão, resulta numa interdependência mútua” (Nunes, 2005, p. 65). O enfermeiro ao ser solidário deve “respeito pelo outro, assim como a partilha de conhecimentos e saberes, a promoção de valores e a interacção na busca de melhores cuidados” (Nunes et al. , 2005, p. 65). Nesta categoria houve referência ao respeito pela pessoa, à partilha de conhecimentos como nos refere um enfermeiro *“Mas eu não sou detentora de todo o conhecimento, se pensarmos cada vez mais é necessário estabelecermos parcerias.” C2,* e à acção em função do interesse do outro *“... valores mais importantes é o respeito pelo outro. (...) Os projectos de saúde podem depender de pessoa para pessoa, e há que respeitar isso.” C3,* e ainda outros relatos tais como: *“O respeito pelo outro, se calhar por defeito de formação ...” C6;* *“... mas ajudá-lo a encontrar soluções (...) tentamos dar sempre asas ao utente para ele resolver os seus problemas.” E1.*

A **Liberdade responsável** é outra das categorias que se salienta nos discursos, encaminhando-se especificamente para a capacidade de escolha manifesta por um enfermeiro como *“... a capacidade de decisão, de discernimento, acho que são valores que devem estar no topo da nossa tomada de decisão.” E8,* e Responsabilidade como *“(...) o respeito, a confiança mútua, a responsabilidade. Penso que são fundamentalmente estes.” E3.*

O reconhecimento do princípio de autonomia confronta-se com o da autoridade responsável, baseando-se no valor da liberdade humana, definida como o conjunto de direitos e de deveres que permitem a cada homem a realização integral do respectivo projecto de vida. Por isso, condiciona o princípio de justiça, dado que cada pessoa existe no interior do grupo social onde vive.

Como constatamos, decorrem daqui dois tipos de consequências para os enfermeiros: a primeira refere-se à assunção da responsabilidade pelos cuidados prestados e a segunda refere-se aos limites que se impõem ao exercício desta liberdade.

A responsabilidade é um termo que deriva do latim *respondere*, e exprime a “capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos”. (Cabral, 2001, p. 724). O profissional responsável é aquele que consegue desenvolver as suas acções com eficácia sendo esta ideia partilhada com o

enfermeiro chefe que defende que: “(...) *acho que é a responsabilidade (...). O enfermeiro tem que saber o que faz*” C5.

Mas a este agir corresponde uma imputação, porque ser responsável é responder pelos seus actos, estes podem ter duas consequências de acordo com o código deontológico: “consequências do acto (dos quais decorre a eficácia, verificando-se até que ponto as consequências confirmam ou contradizem a intenção) e identificação do autor do acto (depois de uma cadeia de efeitos, andar para trás até localizar a primeira causa); a isto se chama imputação”. (Nunes et al., 2005, p. 78):

A responsabilidade engloba também vários conceitos legais, enunciamos os três mais importantes: responsabilidade civil – quando uma pessoa deve reparar um dano sofrido por outro; responsabilidade moral – responsabilidade não jurídica, no âmbito da consciência. Assim somos responsáveis pelas decisões (agir/não agir), pelos actos (acção/omissão) e pelas suas consequências.

A liberdade responsável é um dos valores universais a observar na relação profissional, e está consagrada no ponto 2 do Artigo 78º do Código deontológico.

Kant (in. Thompson, 2004, p. 326) diz que o conceito de liberdade “é logicamente necessário não só para fundamentar a ética como tal, mas também por ser a única base que nos permite considerar as pessoas moralmente responsáveis pelos seus actos”. No Artigo XVIII da Declaração Universal dos Direitos do Homem está mencionado que toda a pessoa tem “direito à liberdade de pensamentos, consciência e religião (...)” e no Artigo XIX lê-se que têm “direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferências, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras” (in Nunes et al., 2005, p. 27).

A liberdade responsável impõe por um lado assumir a responsabilidade dos cuidados prestados e por outro respeitar os limites impostos para a prática da liberdade. Estes limites estão consagrados no próprio Código e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, uma vez que estes documentos tiveram por base o respeito aos princípios legislados na Constituição da Republica Código Penal, Código Civil, entre outros.

Outra categoria identificada foi a da **Competência profissional**, que se caracteriza essencialmente segundo Leddy (in Nunes et al., 2005, p. 65) “como juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito (...)”

também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns”.

Saber mobilizar e transferir conhecimentos foi referido na categoria Competência profissional, “(*... que nos faça sentir que fomos suficientemente pertinentes e suficientemente eficazes na nossa resposta.*” E5, o que se revela de grande importância, dado que, o enfermeiro no seu exercício profissional tem uma função primordial, a função da educação e Benner (2005, p. 92) diz que “não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de enfermagem”.

Mas, a “pessoa que recebe cuidados é agente da sua própria saúde e, com tal representa um elemento determinante para a qualidade da prática de cuidados” (Hesben, 2001, p. 75), pelo que o enfermeiro deve possuir um “quadro de competências que permitam o caminhar com a pessoa, cabendo a esta, (...), escolher com mais pormenor (...) a etapa a percorrer” (Hesben, 2001, p. 28), onde um enfermeiro chefe refere como “*Outro valor que para mim também é importante, claro que o conhecimento é muito importante, mas eu acho que a pessoa se orienta, uma vez que a nossa base de enfermagem é cada vez mais a interacção com o outro (...) se tiver muitos conhecimentos mas ser não tiver esta capacidade de interagir com o outro (...) os meus conhecimentos não valem nada*” C2.

É muito importante saber mobilizar e transferir conhecimentos, o enfermeiro no seu exercício profissional, tem uma função primordial, a função da educação e Benner (2005, p. 92) diz que “não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de enfermagem”, mas a “pessoa que recebe cuidados é agente da sua própria saúde e, com tal representa um elemento determinante para a qualidade da prática de cuidados” (Hesben, 2001, p. 75).

Todo o enfermeiro tem o dever de co-responsabilizar-se e trabalhar em articulação e complementaridade “integrando a equipa de saúde, em qualquer serviço que trabalhe, colaborando com responsabilidade que lhe é própria...promovendo a qualidade dos serviços” (Nunes et al., 2005, p. 151), pretendendo-se que a equipa funcione com o objectivo de proteger e promover o bem comum.

A saúde é umas áreas multidisciplinares aonde o exercício de cada profissional não pode ser negligenciado, e aonde os enfermeiros têm uma actuação de

“complementaridade relativamente aos demais profissionais mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. (Decreto-Lei nº 161/96, artigo 8º, alínea 3).

Na categoria **Igualdade**, encontramos referência a Dignidade Humana “*Efectivamente qualquer enfermeiro tem que atender àqueles valores como o respeito pelo outro, á dignidade do outro (...) atendendo á sua cultura, religião. (...) é fundamental que na sua prática quotidiana atendem a determinados valores como: dignidade (...) individualidade ...)*” E4, e ainda “*(... temos que respeitar as ideias, a dignidade da pessoa...)*” E5 e reforçado com o discurso “*(... preocupamo-nos com o respeito pela pessoa humana (...). Os valores que eu tento incutir é o respeito pela individualidade (...)*” C8.

Efectivamente, face ao valor universal da igualdade, o enfermeiro “assume o dever de cuidar, sem discriminar por motivos económicos, sociais, políticos, étnicos, ideológicos ou religiosos” (Nunes et al., 2005, p. 90) e decorre deste o dever de “Cuidar da pessoa sem distinção” como está referido na alínea a), artigo 81º do Código Deontológico dos Enfermeiros (DL nº 104/98).

Nas suas intervenções os enfermeiros têm o dever de defender o respeito pelo carácter único e a dignidade de cada pessoa.

Finalmente, a categoria **Justiça** foi revelada “*(... atendem a determinados valores como: dignidade, solidariedade, respeito, individualidade, igualdade e justiça)*” E4.

A justiça aparece como o “dar a cada um o que lhe é devido” ou “de acordo com as suas necessidades”, assim pode-se dizer que se refere à “distribuição de recursos” (Nunes et al., 2005, 65), ou seja a definição de justiça tem a ver com a equidade.

Dos discursos podemos verificar que houve expressão de todos os valores profissionais, contudo os valores humanos não tiveram a mesma expressão. A categoria verdade foi só referenciada pelos enfermeiros chefes, enquanto que a categoria justiça emergiu apenas dos discursos dos enfermeiros. Todas as restantes categorias estavam presentes nos discursos de ambos os grupos. De salientar, que não houve coincidência dos mesmos valores nos discursos dos enfermeiros e enfermeiros chefes pertencentes à mesma equipa.

3.2- O CONHECIMENTO CIENTÍFICO PARA A AUTONOMIA PROFISSIONAL

A construção do saber em enfermagem tem tido por base os conceitos e teorias de outras disciplinas, principalmente as relacionadas com as áreas das ciências médicas, sociais e educação sentido partilhado pelos informantes deste estudo. No entanto, os enfermeiros têm construído a sua própria disciplina de enfermagem, e para Fortin (2000, p. 61) esta representa “um campo distinto de conhecimentos que evoluem para uma forma única de entender os fenómenos do cuidar” e esta integra também os “fundamentos da profissão e a ciência enfermagem”.

Fortin (2000, p. 61) refere ainda que a ciência enfermagem constitui o “corpus de conhecimento específicos, obtidos com o contributo da investigação e com o objectivo de orientar a prática dos cuidados de enfermagem”, e que os fundamentos da profissão incluem o “conhecimento com vista à orientação dos valores da profissão, à natureza da pratica profissional e às posições filosóficas que influenciam esta prática”.

Neste contexto uma das funções do enfermeiro chefe é efectuar o diagnóstico das necessidades de formação da sua equipa, e como alude Laselva et al (2003, p.152) “o mérito do gestor consiste em identificar e entender as habilidades, conhecimentos e competências que as pessoas e as equipas possuem, desenvolvendo a cultura do conhecimento em sua instituição”.

Também Silva e al (2003, p. 8) afirmam que a “enfermagem como ciência em desenvolvimento, necessita identificar seus conhecimentos e técnicas científicas próprias” afirmando ainda que “O conhecimento científico respalda a ação prática. Suas bases de sustentação são indicadoras do desenvolvimento de uma profissão, além de constituírem marco importante na evolução da prática profissional.”

Da dimensão conhecimentos científicos emergiram duas categorias: a categoria conhecimentos específica e a categoria conhecimentos de áreas afins, como se verifica no quadro que se segue.

QUADRO Nº 9 – CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PARTICIPANTES
Conhecimentos Específicos	Teoria e técnica profissional Comunicação Investigação Formação Profissional Formação do Curso Saúde Mental	C1 C2 C3 C5 E5 C1 C1 C5 C7 E1 E4 C2 C5 C8 E8 E7 E6 E8
Conhecimentos de Áreas Afins	Psicologia Sociologia Estatística Informática Gestão Ética/Moral Farmacologia Medicina Economia Bioquímica Biologia	C1 C3 C4 C6 C7 E2 E3 E4E6 C1 C3 C6 C7 E2 E4 C1 C2 C2 C6 C4 E4 C4 C6 E4 C4 C6 C7 C6 C6 C6 E2

A disciplina de enfermagem tem vindo a ser compreendida como uma disciplina profissional, encontrando os seus fundamentos em duas dimensões essenciais: o “conhecimento de enfermagem” e a “prática de enfermagem” (Kérouac et al, 1996, p. 143).

O conhecimento é essencial para o “desenvolvimento, a avaliação e a expansão do conhecimento em enfermagem, é fundamental para a excelência da enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades” (Conselho Directivo Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 35); e é indispensável para o reconhecimento profissional, então ela é a chave para a autonomia da enfermagem e dos enfermeiros, dado que a autonomia envolve principalmente “o domínio do conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e seleccionar informações, a criatividade e a iniciativa” (Soares, 1998).

Na Categoria **Conhecimentos Específicos** emergiram várias áreas que estão subjacentes à formação dos enfermeiros, nomeadamente: Teoria e técnica profissional; Comunicação; Investigação; Formação Profissional; Formação do Curso e Saúde Mental, que passamos a descrever:

Enfermeiros Chefes	Enfermeiros Chefes e Enfermeiros	Enfermeiros
Comunicação	Teoria e técnica profissional Investigação Formação profissional	Formação do curso Saúde mental

FIGURA Nº 6 – CONHECIMENTO ESPECÍFICO

Na subcategoria Teoria e Prática Profissional salientamos que o conhecimento científico implica uma autonomia de acção, na medida em que propicia a separação de uma prática tradicional assente no empirismo e na repetição de procedimentos sem um suporte teórico adequado e actualizado aos desafios e problemas enfrentados no dia a dia com o cliente/família, com a equipa de saúde e ainda com a instituição.

Fortin (2000, p. 61) refere que a ciência enfermagem constitui o “corpus de conhecimento específicos, obtidos com o contributo da investigação e com o objectivo de orientar a prática dos cuidados de enfermagem”, e que os fundamentos da profissão incluem o “conhecimento com vista à orientação dos valores da profissão, à natureza da prática profissional e às posições filosóficas que influenciam esta prática”.

Em relação à teoria Benner (2001, p. 30) diz que “é um excelente instrumento para explicar e predizer (...). Estabelecendo ligações entre causa e efeito dos acontecimentos” e assim temos o “saber”. (...) é igualmente possível desenvolver (...) um «saber fazer» que possa contrabalançar, desafiar e alargar a teoria em vigor.” E continua afirmando que o desenvolvimento do conhecimento “consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos (...) sobre a teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido (...) aquando da prática desta disciplina.”

Nesta perspectiva a maioria dos enfermeiros chefes manifestaram o interesse da teoria e da prática no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, em contrapartida nenhum enfermeiro da prática fez referência a este facto, sendo de salientar os discursos: “(...) tudo o que diz respeito à prestação directa ...” C2; “Tem que conhecer qual o seu papel e todas as técnicas ...” C3; “(...) o próprio saber de enfermagem é o essencial ...” C1; “(...) eles pedem tudo o que diz respeito à prestação directa e é bom que seja assim porque eles estão na prestação directa

devem actualizar conhecimentos nesta área ...)” C2; *“Tem que conhecer qual o seu papel e todas as técnicas ...)*” C3; *“(… tem que adquirir conhecimentos científicos e técnicos sempre actualizados.”* C5; *“(… ter um bom suporte técnico...)*” C8.

Bork (cit in Kuhn, 2003, p. 7) diz que a ciência “é a reunião de factos, teorias e métodos, desenvolvidos em um processo gradativo, e adicionados, isoladamente ou em combinação, ao crescente conhecimento científico”. Estes factos, teorias, modelos e método científico são imprescindíveis para o fundamento da prática porque estruturam um conhecimento caracterizado pela apropriação conceptual da realidade, e facilitam a sua compreensão e explicação, assim como a sua comunicação verbal. A teoria e a prática de enfermagem devem desenvolver-se de forma dialéctica, a experiência prática é também fundamental para a aprendizagem.

Outra subcategoria que surgiu foi a da Investigação. A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, tem o dever de produzir e de actualizar continuamente o seu corpo de conhecimentos, e isto só é conseguido através da Investigação.

A investigação em enfermagem é bastante recente. Alguns autores referem que surgiu na época de Nightingale, mas é nos anos 50 e nos estados Unidos da América, que são realizados os primeiros estudos. No Canadá (Quebec) e na Europa (especialmente nos países nórdicos), a investigação teve início nos anos 60. Foi a partir dos anos 70 que o objecto de estudo começou a estar centrado nos problemas clínicos.

De facto, o aumento de enfermeiros com conhecimentos em investigação foi e é, um factor essencial para se conseguir um desenvolvimento contínuo e credível da enfermagem como profissão talvez por isso enfermeiros chefes referem *“(… investigação da prática ...)*” C1 a *“ A investigação é essencial ...)*” C5 e *“Todos os trabalhos que sejam efectuados a nível da investigação e que sejam dirigidos para a saúde, para a promoção da saúde da pessoa, devem ser tidos em conta”* C7. Por sua vez os enfermeiros dão importância a *“(… trabalhos de investigação.”* E1 e *“... conhecimentos da área da investigação ...)*” E4.

A subcategoria Formação Profissional foi referida pelos dois grupos de enfermeiros participantes. As necessidades em formação estão directamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e de habilidades indispensáveis às exigências crescentes dos serviços e das necessidades da população reiterado pelo enfermeiro chefe *“(… tem que haver uma actualização constante da própria enfermagem.”* C5. Neste sentido, o formação contínua opinião partilha pelos participantes *“(… na área da formação contínua, da formação em serviço ...)*” C2.

A formação em serviço “visa a satisfação das necessidades individuais de cada profissional da equipa”, é uma “actividade de formação desenvolvida em resposta a situações/problemas identificados no seio de uma profissão, visando a aquisição de conhecimentos teóricos, capacidades práticas e atitudes exigidas para o desempenho das mesmas.” (Frederico e Leitão, 1999, p. 139).

Também o Decreto-Lei nº 437/91 de 08 de Novembro privilegia a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos, prevendo também mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação, pelo que se percebe que seja considerada como factor facilitador da autonomia profissional, o que é reconhecido pelos participantes como se verifica no exemplo que transcrevemos da unidade de registo “(...) *a formação contínua que os enfermeiros têm acesso (...), deve ser aproveitada ao máximo dentro das áreas que realmente estão mais de acordo com o nosso desempenho com as funções que nós estamos a desempenhar no momento e o enfermeiro tem é que ter a capacidade para conseguir colher os conhecimentos e depois poder adaptá-los na sua vida profissional*” E8.

A seguir descrevemos os achados encontrados que deram origem à subcategoria Formação Inicial do Curso. A Formação em Enfermagem percorreu um longo caminho desde que as escolas de enfermagem nasceram sob a tutela dos hospitais, cujos directores eram médicos, até aos desafios actuais que o Processo de Bolonha traz actualmente ao nosso país.

Segundo Negrão (2004, p. 38) a Autonomia em Enfermagem implica um poder para dar resposta ao cuidar das pessoas, agindo de acordo com o seu julgamento profissional e aceitando a responsabilidade por essas decisões, tendo subjacente a ideia de que a escola possui um papel fundamental na formação desta autonomia, uma vez que é o primeiro socializador na profissão, desde que promova: um curriculum centrado no aluno, a alternância na formação, o envolvimento dos estudantes na tomada de decisão, o desenvolvimento de competências transversais (capacidade de análise, tomada de decisão, questionamento, espírito crítico, capacidade de se indignar, capacidade de se exprimir, capacidade de argumentar) e momentos de formação conjunta com outros profissionais da equipa de saúde.

Para Watson (2005, p. 183) a formação deve ser sempre no sentido da emancipação. Neste sentido, dois participantes (enfermeiros da prática) consideraram que a formação dada no curso de enfermagem era suficiente para serem autónomos no seu exercício profissional, como a seguir se exemplifica: “(...) *os enfermeiros têm na sua*

formação os conhecimentos suficientes para serem autónomos...) E5; *(... as aprendizagens durante o curso de enfermagem ...)* E7.

A subcategoria Comunicação foi mencionada apenas por enfermeiros chefes *(... na comunicação ...)* C1 e *(... comunicação ...)* C2. A comunicação é indispensável para funcionamento e desenvolvimento de qualquer serviço e de qualquer instituição. A comunicação está presente em todos os momentos e em todas as actividades pelo que é imprescindível ao relacionamento humano, pois “fomenta a cooperação e a compreensão entre as pessoas, elementos essenciais à socialização” (Frederico e Leitão, 1999, p. 32).

Por último, a subcategoria Saúde Mental, esta foi identificada através nas entrevistas dos enfermeiros. O enfermeiro tem o dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade aonde está inserido” e de “participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” (Nunes et al., 2005, p. 83), pelo que o grupo de profissionais devem considerar nas suas práticas os factores sociais, económicos, ambientais e psicológicos. Neste mundo global cada vez mais nos é exigido competências para actuar com uma sociedade multicultural, e são os estudos nesta temática que nos poderão orientar para uma actuação transcultural.

A saúde mental foi outra subcategoria que surgiu como sendo fundamental para os enfermeiros conhecimentos nesta área, como se demonstra *(... a saúde mental é fundamental (...) o enfermeiro ter na sua frente um utente e conseguir detectar, perceber que em termos de saúde mental aquele utente precisa de ajuda e conseguir encaminhá-lo na altura certa, eu acho que é importantíssimo ...)* E8.

Se a dimensão do cuidar emerge na formação inicial, então há que aprofundar uma dinâmica formativa integrada com a profissão, em que sejam promovidos espaços reflexivos sobre a qualidade dos serviços de saúde a partir da leitura que fazem da realidade. Assumir como objecto de estudo as respostas humanas aos processos de saúde e de vida, compreendendo as transições que advêm ao longo do ciclo vital do indivíduo, da família ou da comunidade, de modo a promover a organização disciplinar do saber, fundamental para que o domínio da enfermagem passe a definir o seu espaço de autonomia, e reconheçam a importância da mesma, a nível individual e consequentemente colectiva.

Na categoria **Conhecimentos de Áreas Afins** surgiram onze áreas científicas que segundo os participantes contribuem para o favorecimento da sua autonomia, as quais estão agrupadas na figura que se segue e que passamos a descrever.

Enfermeiros Chefes	Enfermeiros Chefes e Enfermeiros	Enfermeiros
Estatística Informática Gestão Medicina Economia Bioquímica	Psicologia Sociologia Ética/Moral Farmacologia Biologia	

FIGURA Nº 7 – CONHECIMENTO DE ÁREAS AFINS

Se as ciências sociais, têm por objectivo “o estudo dos fenómenos ligados à vida dos homens em sociedade” (...) as relações que os homens formam entre si e das que estabelecem com as coisas” (...) e das “representações que estes formam entre si próprios e do mundo em que vivem. Interessam-se especificamente pelos modos de actuar que andam associados à vida em grupo” Barata (1974, p. 7), importância sentida pelos participantes “(... *então se eu estou numa comunidade tenho que ter umas noções de sociologia ...*)” C6 e “(... *de psicologia, de sociologia ...*)” C3.

E se, a enfermagem como disciplina tem como metaparadigma os conceitos: “Pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “cuidados” (identificados por Flaskerud e Halloran em 1980 e por Fawcett em 1984, in Pereira, 2005, p. 21), aceites por diversos investigadores e teóricos e assumidos pela Ordem dos Enfermeiros, como elementos que constituem o enunciado conceptual dos Padrões de Qualidade. O objectivo dos cuidados enfermagem é o de manter a saúde em todas as dimensões (física, mental e social), assim a enfermagem “assume uma natureza multifocal, centrando-se na pessoa enquanto indivíduo e socialmente enquadrado, enquanto corpo anatómico e funcional, enquanto experiência existencial e consequência sócio-cultural” (Gameiro, 2003, p. 10-11).

Então constatamos que a enfermagem para cuidar do indivíduo como um ser holístico tem vindo a apropriar-se de conhecimentos de outras disciplinas, e Amendoeira (2006, p. 23) afirma que “não há cuidados de enfermagem sem relação com a pessoa ou com a família”, assim, “os cuidados de enfermagem, prestados a cada pessoa de modo personalizado e em contextos definidos a partir das dimensões científico/técnico/relacional/cultural, faz emergir a diversidade e qualidade da fonte de saberes em enfermagem”. O saber em enfermagem inscreve-se em simultâneo no

âmbito das ciências biomédicas e das ciências humanas e sociais. Os enfermeiros chefes e pelos enfermeiros participantes enumeradas um conjunto de disciplinas que se encontram agrupadas na figura seguinte.

Os nossos participantes aproximam-se do que nos diz Benner (2001, p. 177) “O alargamento da prática de enfermagem, a importância da tomada de decisão e os riscos inerentes a uma má avaliação indicam que uma boa formação em biologia, em ciências psicossociais e em ciências de enfermagem é indispensável para obter profissionais de alto nível capazes de analisar as situações mais complexas” e os participantes deste estudo mostraram estar conscientes e enumeram sete subcategorias nestas áreas, nomeadamente:

- *“Sociologia” – “(... estou a pensar na sociologia ...)” C1; “(... a sociologia e a psicologia são fundamentais. E também a medicina” C7;*
- *“Ética/moral” – “A nível da psicologia, da ética e da própria moral” C4;*
- *“Farmacologia” – “muitas outras ciências como a farmacologia e a medicina” C4;*
- *“Medicina” – “(... nomeadamente, psicologia e alguns da medicina” C8;*
- *“Bioquímica” – “conhecimentos da medicina, da farmacologia da bioquímica, da biologia” C6, “conhecimentos da medicina, da farmacologia da bioquímica, da biologia” C6;*
- *“Biologia” – “(... tudo o que tem a ver com a parte da psicologia, da sociologia, da biologia, acho que é ao conjunto destas disciplinas que a enfermagem vai buscar um pouco do seu conhecimento” E2;*
- *“Psicologia” – “(... eu preciso da psicologia ...)” C6, “A área da psicologia é a que mais necessitamos. A psicologia é muito importante porque tratamos com pessoas. Pessoas estas que têm valores, tradições e com uma cultura. Cada pessoa é uma pessoa e nós temos agir para ela.” E3 e “(... é a psicologia ...)” E6.*

Principalmente, nos últimos 10 anos os contextos da enfermagem têm sido marcados por sucessivas abordagens e perspectivas de reconfiguração do sistema de saúde português: sustentabilidade financeira do SNS, introdução de novas regras de gestão das organizações públicas, regras que distinguem cada vez mais as funções pagador/prestador, criaram-se as primeiras Unidades Locais de Saúde, introduziram-se regras de gestão privada em hospitais públicos, acelerou-se o processo de

acreditação dos hospitais, tentou-se transformar os CS em CS de 3ª Geração, com autonomia administrativa e financeira e alteração da orgânica interna. Pelo que se entende que os enfermeiros tenham referido os conhecimentos em gestão e em economia como necessários à sua autonomia: “(... dizem respeito á gestão.” C2; “(... nós precisamos imenso de gestão, de economia” C6.

Nesta realidade o desenvolvimento da enfermagem é fundamental e inquestionável e os profissionais de enfermagem têm de intervir “em aspectos que outrora eram domínio exclusivo de outros profissionais” (Figueiredo, 2004, p. 114) corroborando com o autor os enfermeiros chefes referiram novas áreas como a estatística “*estou a pensar na própria estatística*” C1 e a informática “(*... Informatização ...*)” C2. Esta tem de ser a opção estratégica do futuro, onde a importância das respostas multidisciplinares assumirão força, pela utilidade hoje reconhecida à partilha dos saberes como mais-valia evidente para os enfermeiros chefes, participantes deste estudo, em que identificaram mais duas áreas de conhecimento necessárias para fundamentar as suas decisões enquanto gestores.

Como verificamos foram várias as áreas de conhecimento que emergiram dos discursos dos participantes. Nos conhecimentos específicos os dois grupos de participantes mencionaram como importantes para a autonomia a investigação, formação profissional e a teoria e a técnica, mas os enfermeiros também consideram os conhecimentos adquiridos através do curso de enfermagem e a saúde mental, foi ainda referido pelos enfermeiros chefes a comunicação. Nos conhecimentos de áreas afins constatamos que os dois grupos de participantes aludiram a Psicologia, Sociologia, Ética/Moral, Farmacologia e a Biologia, áreas mais relacionadas com a prática dos cuidados de enfermagem, mas os enfermeiros chefes referiram também áreas direccionadas para a gestão, nomeadamente Estatística, Informática, Gestão e Economia, e ainda a Medicina e a Bioquímica.

3.3 – REPENSANDO A CONCEPÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A AUTONOMIA

A enfermagem tem registado uma evolução muito significativa, quer ao nível da formação de base, quer na complexificação e dignificação do seu exercício profissional. Vários são os autores que conceituaram enfermagem. A American Nurses Association (ANA) em 1995, definiu a enfermagem como “Enfermagem é o diagnóstico e tratamento das respostas humanas à saúde e à doença” (Denser, 2003, p. 91).

Martha Rogers (in Waldow, 1999, p. 74) afirma que “a enfermagem é o estudo do cuidado na experiência de saúde humana”.

Ao abordar o conceito de cuidado é necessário reflectir sobre a condição humana, para a área da saúde este é um tema primordial, “considerando que se lida com os fenómenos existenciais com a saúde e a doença, desenvolvem-se acções de cuidado ao Ser ao longo das etapas evolutivas, em momentos existenciais críticos, como nascimento, a doença e a morte” (Motta, 2004, p. 758).

É imprescindível resgatar o sentido do cuidado, um cuidado pensado, “sentido e exercido de forma contextualizada, que integra o singular, o particular e o estrutural, sedimentados na valorização das condições objectivas e subjectivas de quem é cuidado e de quem cuida” (Coelho e Fonseca, 2005, p. 215).

O cuidado profissional de enfermagem desenvolve-se através de comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas e processos que promovam ou recuperam a saúde e assistem no processo de morte. O objectivo inerente do cuidado de enfermagem é o conforto, essencial na assistência de enfermagem e complementar ao componente terapêutico (Arruda e Marcelino, in Bork, 2003, p. 9).

Watson é uma autora que prioriza o cuidado inclusivamente revolucionando algumas ideias mais tradicionalistas com uma orientação fenomenológico-existencial e espiritual. Para esta autora a enfermagem é caracterizada como a “ciência do cuidado que orienta a sua prática na abordagem humanista, tomando o cuidado como objecto desta prática” (in Barcelos e Neide, 2003, p. 236). Por seu turno, Arruda e Marcelino (2003, p. 9) afirmam que o cuidado de enfermagem desenvolve-se “através de comportamentos cognitivos e culturalmente apreendidos, técnicas e processos que promovam ou recuperam a saúde e assistem no processo de morte”. Os mesmos autores dizem ainda que o “objectivo inerente do cuidado de enfermagem é o conforto, essencial na assistência de enfermagem e complementar ao componente terapêutico”.

Nesta linha de pensamento enquadra-se Erdmann et al (2004, p. 467) ao reconhecer que o cuidado “está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes organizacional, institucional e natural ...”.

Waldow (in Coelho, 2005, p. 215) esclarece que o “cuidar pode ser definido como comportamentos e acções que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana, no processo de viver e morrer”, afirmando

que o “cuidado é resultante do processo de cuidar”. Também Amendoeira (2000) e Mota (2004) afirmavam que o cuidado de enfermagem é desenvolvido através de processos de cuidar.

Nesta dimensão surgiram 4 categorias, então, para os nossos participantes enfermagem é: Cuidar; uma Profissão; Colaborar e Ciência e Arte, como demonstra o quadro a seguir

QUADRO Nº 10 – CONCEPÇÃO DE ENFERMAGEM

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PARTICIPANTES
Cuidar	Relação de Ajuda Promoção Auto Cuidado Cuidados Holísticos Cuidados Seguros Cuidados ao Longo do Ciclo Vital	C3 E2 E7 C1 C2 C6 E6 C1 C4 C5 E1 E3 E4 E7 C7 E4
Profissão	Autónoma Visibilidade	C2 C3 C6 C8 E8
Colaborar		C2
Ciência/Arte		C4 C5 C6 C7 E5

O Cuidar há muito deixou de ser uma actividade exclusiva da família ou associada a algum papel exercido por um indivíduo. O cuidado está presente na organização da vida, coexistindo na natureza, nos seus diversos domínios, permitindo a sobrevivência das espécies. Coelho (2005, p. 215) certifica que “o cuidado existe desde que há vida humana e, (...), é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, não esteve associado a nenhum ofício ou profissão a sua história se constrói sob duas orientação que coexistem, complementarmente e se *geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte*” e os participantes afirmam “(... o cuidar estava sempre subjacente.” E2.

É, por este motivo, que se criou a partir daí contextos específicos destinados à valorização do cuidado através de procedimentos “técnicos” concretos. Os participantes dão visibilidade ao cuidar referindo “... *prestamos cuidados de enfermagem (...) A mulher sempre foi cuidadora.*” C3. Contudo, como salienta Perdigão (2003) que todo o ser humano tem a sua própria capacidade de cuidar.

O conceito de cuidado é transversal em muitas ciências humanas e sociais e, também o é, na Enfermagem. Já em 1965, a America Nurses Association publicou o First Paper on Education for Nursing onde reconheceu que “os componentes essenciais da prática profissional de enfermagem incluem o cuidado, a cura e a coordenação” (Ellis e Hartley, 1998, p. 16). Na enfermagem diversos são os debates sobre o cuidar e o cuidado e são muitos os autores que incluem este conceito nos seus trabalhos como são exemplo Wolf e tal (1984); Parse (1987); Watson (1988), Leininger (1991); Roach (1993), Newman (1994); Waldow (1995); Amendoeira (2000), entre tantos outros.

Nesta categoria surgiu a subcategoria Relação de Ajuda, esta decorre do próprio conceito de enfermagem, sendo uma das características do cuidado. Diversos autores já se pronunciaram sobre este conceito e sua importância, sendo exemplo Hesbeen (1997, p. 67) que se referiu aos cuidados de enfermagem com uma “atenção particular prestada (...) por um enfermeiro a uma pessoa e 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”. Esta relação de ajuda centra-se principalmente na ajuda em resolver problemas “... *para uma resolução dos problemas do utente/cliente, cidadão etc.*” C2

Hesbeen diz ainda que os cuidados de enfermagem assentam numa “acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências.” (1997, p. 67). Benner menciona que a função de ajuda tem entre outras competências as seguintes: “criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura”; “Estabelecer e manter um ambiente com um fim terapêutico” (2005, p. 68). O estabelecer uma boa relação foi identificado na entrevista “... *o estabelecimento de uma boa relação com o utente (...). A maioria [...] procura-nos para resolver um problema (...)*” E7.

De acordo com o estipulado no REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 5º, ponto 2) Os cuidados de enfermagem caracterizam-se por “Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” – “(*... capaz de ajudar o ser humano ...*)” C6 . Verificamos assim, que os enfermeiros participantes neste estudo também identificaram esta característica dos cuidados, subjacente à própria definição de enfermagem.

Também Jesus no estudo que realizou apurou que “Dos componentes do modelo de decisão proposto, salientam-se (...) três outros contínuos: “conhecer o utente, resolver problemas e avaliar” (2006, p. 288), e que o conhecer o utente “constitui um dos aspectos centrais do processo de prestação de cuidados, do qual depende grande parte da sua individualidade, qualidade, segurança e efectividade.” (p. 289), o que

coincide com o verbalizado pelos participantes deste estudo, nomeadamente “... *cuidar da pessoa de forma correcta, transmitindo alguma segurança ...*” E7.

Na relação do cuidado são identificadas como características importantes a confiança, a intimidade e a responsabilidade. A confiança e a intimidade são consideradas como essenciais numa relação profissional de cuidado. Os enfermeiros tentam criar uma relação de confiança e de proximidade.

A relação profissional de cuidado coloca responsabilidade na pessoa que o providencia. Esta pessoa é directamente responsável pelas acções que procuram o bem-estar da pessoa alvo dos cuidados. Para além disso, são igualmente importantes os conhecimentos que balizam a prática do enfermeiro.

Os códigos de ética profissional proporcionam um enquadramento aos enfermeiros, com vista a facilitar o processo de tomada de decisão e a assegurar um alto padrão de conduta.

Outra subcategoria que emergiu foi a Promoção do Auto cuidado. Para além do descrito anteriormente. O REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 5º, ponto4) determina que os cuidados de enfermagem devem-se distinguir de acordo com o “grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:

- “a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;*
- b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;*
- c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;*
- d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;*
- e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.”*

Como exemplo das características do cuidado que acabamos de citar consideramos as seguintes transcrições das entrevistas referentes à dimensão enfermagem: “(... *com participação da pessoa a quem se prestam os cuidados ...*)” C1; “(... *tem como objectivo ajudar o outro naquilo em que ele não é capaz de fazer ou substituindo-lhe quando ele não o faz*”.C1.

Esta relação inicia-se quando uma pessoa identifica uma necessidade no outro e é motivada para a acção. No caso específico dos enfermeiros, essa relação torna-se uma relação profissional quando o outro necessita de assistência devido a doença, crise ou incapacidade para o auto cuidado.

Na subcategoria Cuidados Holísticos é característica dos cuidados de enfermagem “Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (Decreto-lei nº 161/96, ponto 1, artigo 5º), como foi identificado nas unidades de registo: *“Temos que cuidar da pessoa (...) inserida numa família e numa comunidade.”* C5; *“olhar para ela num todo, na família, olhando aquela família e aquela pessoa.”* E3.

Assim, quando se requer um modelo holístico de cuidar para a enfermagem, postula-se que esta é uma ciência humana e que o seu alvo de cuidados são seres humanos unitários. A concepção de ser humano unitário, então, exige que o cliente seja encarado como um todo que continuamente interage em mundos dinâmicos, temporais, históricos e culturais.

Também Imogene M. King em 1981 (in Ellis et al., 1998, p. 16) refere que o “foco da enfermagem é o cuidado dos seres humanos resultante na saúde individual e dos grupos que são vistos como sistemas abertos em constante interacção com o meio ambiente”. Assim, a holística tem subjacente o modelo de cuidar e “valoriza a relação interpessoal, o respeito pelos valores, cultura do utente e promoção do auto cuidado” (Lisete Ribeiro in Abreu, 2001, p. 43) partilhada por alguns dos participantes: *“(... cuidar do indivíduo em todas as suas facetas, bio, psico, sócio e cultural, atendendo-o de uma forma holística, vendo o indivíduo num todo.”* C4; *“(...ver a pessoa como um ser bio, psíco, sócio...)”* E1; *“(... vê o utente no seu todo, num forma mais holística, nas suas diferentes vertentes ...)”* E4.

Emergiu dos discursos dos participantes a referência aos Cuidados ao longo do ciclo vital, *“(... visa cuidar do ser humano ao longo do ciclo vital.”* C7, constituindo outra Subcategoria. Os Cuidados de Saúde Primários representam o contexto por excelência, em que os cuidados de enfermagem abrangem as pessoas desde a sua concepção até à sua morte, acompanhando o seu continuum de vida e como nos expressa um enfermeiros *“Cuidados globais ao indivíduo são ou doente ao longo do seu ciclo vital”* E4.

No Centro de Saúde de Ponta Delgada os enfermeiros têm como objectivo institucional, já referido anteriormente, o promover a vigilância do estado de saúde, prevenção, diagnóstico e o tratamento da doença e reabilitação do indivíduo, da

família e da comunidade, devendo assumir-se como primordial, na sua acção, as actividades que visem a informação e a educação em saúde.

Constitui uma preocupação dos enfermeiros o “*ir ao encontro das necessidades do outro*”, como exemplifica a unidade de registo “(...) *ir ao encontro das necessidades do outro e (...) respeitar o plano que esta pessoa tem para a sua vida...*” E6, assim, na procura de responder a estas necessidades as suas práticas podem ser exercidas em qualquer contexto da comunidade: na própria Unidade de Saúde, nas escolas, nas empresas, em instituições, nos domicílios dos clientes/famílias, entre outros.

Brilowskig e Wendler (2004, p. 645) referem que cuidado tem consequências positivas, tanto para os cuidadores, como para quem são cuidados. Para estes últimos a consequência normalmente é o aumento da saúde e a adesão ao tratamento. Waldow (1999, p. 95) baseando-se num estudo de Sherwood, menciona como consequência para quem é cuidado: o conforto físico, a gratidão, a satisfação, o caminho para a recuperação, ou seja, o cuidado leva ao alívio do sofrimento humano, e à manutenção da dignidade. O autor (1999, p. 144) atrás citado, salienta que o cuidado auxilia o processo de cura e acelera-o de forma a ser o menos traumático possível, o cuidado promove crescimento quer seja para a vida, quer seja para a incapacidade ou para a morte.

Brilowskig e Wendler (2004, p. 646) também mencionam que o cuidado produz um sentido de esperança, poder, segurança, aumento de auto-estima, promove a orientação para a realidade, crescimento pessoal e diminuição do medo e ansiedade nos clientes. No que diz respeito ao cuidador, os autores anteriormente citados (p. 646) mencionam que a experiência do cuidado, melhora a habilidade para tolerar a incerteza, bem como o sentido de escolha e de empowerment.

O cuidado renova energias, alimenta a paixão e a satisfação pessoal e profissional do enfermeiro, fomentando o crescimento e a sensação de dever cumprido. O cuidado proporciona ao enfermeiro uma posição de força na sociedade, uma vez que o cuidado é um produto desejado para o sistema social e de saúde. Promovendo a sua autonomia profissional.

Na identificação sobre a concepção de enfermagem emergem discursos como: “*a enfermagem é uma profissão ...*”) C6 e E4; o que nos leva a criar a categoria **Profissão**.

Neste sentido, Amendoeira (2005, p. 9) refere que “estamos perante uma profissão, e fundamento esta posição a partir da dimensão de trabalho técnico-intelectual que os

enfermeiros mobilizam no quotidiano do cuidado, fazendo-o a partir de uma formação superior, enquadrada jurídica, ética e cientificamente e regulada pelo próprio grupo profissional”.

Amendoeira diz ainda que é necessário promover “o debate interdisciplinar e interprofissional que valorize a centralidade da pessoa doente ou saudável como parceiro de cuidados envolvendo-o cada vez mais nesta discussão alargada (profissionalidade)” (2000, p. 12), como é percebido pelos enfermeiros participantes deste estudo na expressão dos discursos: *“é uma profissão em que há várias vertentes [...] ou seja para mim a enfermagem é uma área da saúde em que o utente está no centro”* C2; *“A enfermagem é uma profissão que vai de encontro ao outro.”* E6.

Como foi anteriormente referido a enfermagem ao longo do seu percurso histórico foi praticada por missionárias, principalmente no século XVI ao início do século XIX. Mas, com a evolução do conhecimento, nomeadamente, com o desenvolvimento da investigação em enfermagem, estabeleceu-se uma base científica para a prática dos cuidados, promotora da autonomia da profissão e dos profissionais, como é verbalizado na entrevista *“(... enfermagem para mim é uma profissão (...)) com cada vez mais conhecimentos científicos, porque há 20 anos atrás a enfermeira era como uma missionária hoje em dia não, há mais autonomia.”* E2.

Nesta categoria emergiu a subcategoria Autónoma, que vem na sequência do acima descrito e que vem mostrar que os enfermeiros reconhecem que têm uma actividade específica, denominadas actividades independentes *“... tem uma área muito específica que é nossa (...) não é querer ser um medicozinho, não é querendo fazer parte deles. Aliás eu vim para os Cuidados de Saúde Primários por causa disto, porque chegou a uma altura da minha vida que eu me deparei que estava a ser um medicozinho”* C8. Os participantes deste estudo manifestaram já não estarem apenas dependentes do cumprimento de prescrições sendo de salientar discursos como: *“(... enfermeiro não é só (...))para ver tensões ou para ser criado do médico.”* E1; *“(... já não está dependente só de uma prescrição...)”* C3.

O exercício profissional do enfermeiro desenvolve também actividades interdependentes, em articulação e complementaridade e com idêntico nível de dignidade e autonomia.

Emergiu ainda, a Subcategoria Visibilidade, em que *“... nós somos uma profissão que temos uma visibilidade, privilegiada, temos um contacto privilegiado com a comunidade (...) papel da saúde na nossa mão, nós somos a visibilidade, a cara e esta imagem, bem, é precisamente esta imagem que está a mudar, antes a saúde,*

não era a saúde era a doença, era o médico, hoje em dia é a saúde e é o enfermeiro. Nós somos todos responsáveis por esta mudança mas muito ainda há a fazer” E8, diz que são os enfermeiros que são responsáveis por dar a conhecer o que fazem.

São vários os autores que fazem menção à necessidade de uma maior visibilidade à enfermagem e aos cuidados de enfermagem, e citamos como exemplo Buresh e Gordon que no seu trabalho “Do Silêncio à Voz” *referem que* “De acordo com os nossos resultados todos tinham mais voz que as enfermeiras. (...) “os médicos eram, de longe, o grupo profissional mais frequentemente falado (...). As enfermeiras situavam-se no fim da lista, com apenas 10 (1,1%) das citações” (2004, p. 22).

Colaborar significa “trabalhar em colaboração com outrem”, “cooperar” e “participar” (Dicionário Ilustrado de Língua Portuguesa, 2001, p. 204), efectivamente os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários colaboram com os utentes/famílias, assim como colaboram com os outros membros da equipa intraprofissional e multiprofissional, os enfermeiros chefes apelam a esta área de intervenção “... *colaborar com o utente no seu projecto de vida.*” C2 e “... *para uma resolução dos problemas do utente/cliente, cidadão etc.*” C2, o que nos leva a criar uma nova categoria – **Colaborar**.

No seu exercício profissional o desempenho dos enfermeiros realiza-se para e pela pessoa, ajudam, substituem, complementam, orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação, de aquisição e mudança de comportamentos, contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades de cada pessoa e de cada família, pelo que cada pessoa é um projecto de vida, como se verifica nos extractos dos discursos que se seguem.

Colaboram “(*... com outros profissionais.*” C2, pois o seu exercício profissional insere-se num contexto multiprofissional, co-responsabilizando-se pelos cuidados que prestam, denominando-se actividades interdependentes, já anteriormente definidas.

Continuando a análise das concepções de enfermagem emerge o discurso “(*... uma ciência e uma arte.*” C7 o que nos desperta para uma nova categoria **Ciência**.

Esta concepção de enfermagem implica que se considere a sua natureza e seus fundamentos, para a clarificação da sua identidade e para a tomada de decisões estratégicas sobre os respectivos conteúdos e sobre os processos de desenvolvimento adequado à excelência da prática dos cuidados.

Kuhn (in Bork, 2003. p. 7) diz que a ciência “é a reunião de factos, teorias e métodos, desenvolvidos em um processo gradativo, e adicionados, isoladamente ou em

combinação, ao crescente conhecimento científico”. Assim os nossos participantes referem que a enfermagem “(*... está enquadrada ou em ligação com as várias ciências.*” C5 deve “(*... garantir o seu nível de conhecimentos elevado.*” C5 e “(*... evoluiu como as outras ciências ...*)” C6.

Estes factos, teorias, modelos e método científico são imprescindíveis para o fundamento da prática porque estruturam um conhecimento caracterizado pela apropriação conceptual da realidade, e facilitam a sua compreensão e explicação, assim como a sua comunicação verbal. A teoria e a prática de enfermagem devem desenvolver-se de forma dialéctica, a experiência prática é também fundamental para a aprendizagem.

Por sua vez, a ciência em enfermagem deve decorrer de uma prática em que “têm primazia as ideias e os conhecimentos analíticos, os valores e métodos racionais. Numa lógica de interacção teórico-prática, a racionalidade científica prolonga-se na racionalidade técnica e a racionalidade abre novos horizontes à racionalidade científica” (Gameiro, 2003, p. 7).

É, fundamental para a prática dos cuidados de enfermagem outros tipos de conhecimento e Carper (Gameiro, 2003, p. 9) propôs: o “saber artístico”: “o conhecimento estético” (expressivo), o “conhecimento pessoal” (tácito) e o “conhecimento ético” (moral). Se a enfermagem for mais científica do que artística, corre o risco de perder a essência do cuidado. (Riet e Ruty, in Gameiro, 2003, p. 9).

Nesta perspectiva, os cuidados visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Intervir significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1996, p. 34).

Assegurar o equilíbrio é difícil pois as competências técnicas são mais valorizadas actualmente, mas há que reabilitar a componente artística, porque “a tentativa de traduzir em exclusivo o saber de enfermagem no discurso científico tem-se revelado redutor da substância e da visibilidade do da enfermagem no âmbito das profissões da saúde” (Gameiro, 2003, p. 10).

A enfermeira ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter relacional entre a enfermeira e o cliente ganha assim o seu verdadeiro significado. Há que ter uma visão integradora entre a visão técnica e a humanista, onde não prevaleça a perspectiva paradigmática, mas sim o conhecimento e as competências dos

profissionais, para a construção de respostas às necessidades singulares e únicas, que os cidadãos apresentam, em cada contexto.

Para Jean Watson a enfermagem é caracterizada como uma ciência do cuidado que orienta sua prática na abordagem humanista, tomando o cuidado como objecto desta prática. (in Barcelos e Neide, 2003, p. 236). Também referido pelos participantes “(*... ciência do cuidar.*” C4; “(*... é uma arte, também é uma ciência (...)*)*implica uma determinada responsabilização, por todas as actividades que os enfermeiros põem em prática, com consciência e (...) tem que ser também respeitada como tal*” E5.

Face às mudanças e imposições da sociedade e dos contextos da saúde, nomeadamente, as alterações organizativas dos serviços, as mudanças nos padrões saúde-doença, a evolução tecnológica, e as próprias transformações que a enfermagem tem sofrido, exigiram que os enfermeiros repensassem o seu desenvolvimento profissional, integrando novos conceitos e assumindo um código ético Deontológico.

Cada enfermeiro percepção o mundo à sua volta de maneira distinta, assim a concepção que cada um tem de uma disciplina ou de uma profissão pode ser diferente, pelo que neste capítulo procuramos a expressão das componentes conceptuais essenciais a uma disciplina profissional, designadamente, a definição do seu próprio conceito, os valores e os conhecimentos científicos defendidos pelos seus membros e orientam o seu exercício.

Foi fundamental a publicação do Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril, que regulamenta o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu preâmbulo está descrito que os “enfermeiros constituem, actualmente uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde”, constituindo um “corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualidade e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”.

Como refere Nunes et al (2005, p. 62) os valores são “critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas e expressam-se nas razões que justificam ou motivam as nossas acções, tornando-as preferíveis a outras”. A mesma autora diz ainda que “são conceitos que traduzem as nossas preferências” e que o termo valor “costuma ser aplicado apenas com sentido positivo, mas o valor é tudo aquilo sobre o que recai o acto de estima (positiva ou negativa)”.

Na escolha uma profissão, concordamos com Marquis e Huston quando dizem que “exige uma decisão muito pessoal de envolver-se em um sistema de papéis que está

socialmente definido (...), envolve uma promessa pública e pessoal de servir a outras pessoas com especialização que a profissão é capaz de proporcionar e que a sociedade legitimamente espera que ela proporcione” (1999, p. 490). Os nossos participantes são membros efectivos desta profissão, e revelaram ter integrado as tendências actuais de enfermagem.

Na análise dos discursos sobre a concepção de enfermagem emergiram as categorias cuidar, profissão, e ciência e arte, na figura seguinte estão representados os achados encontrados nos dois grupos de participantes.

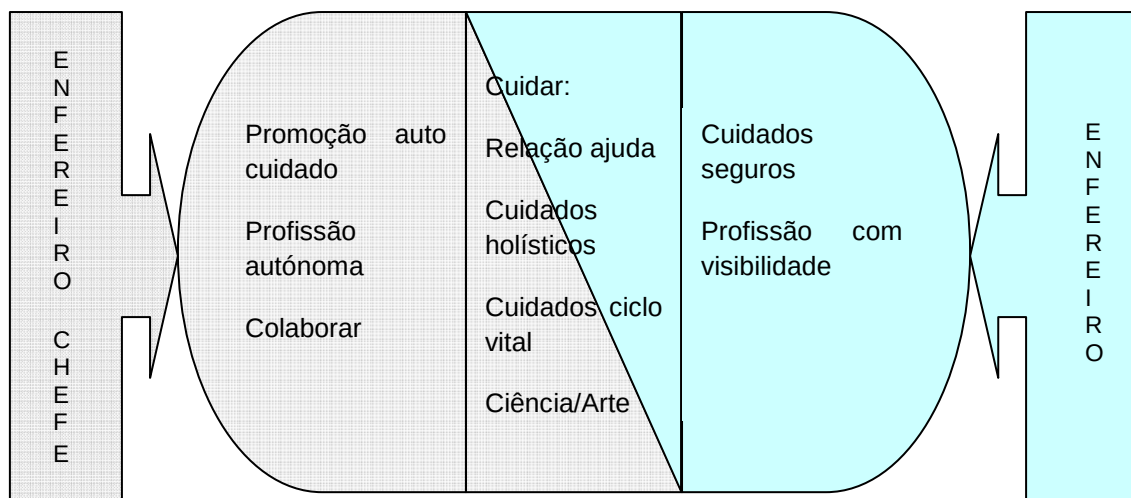


FIGURA Nº 8 – CONCEPÇÃO DE ENFERMAGEM

Ambos os grupos consideraram a enfermagem como ciência/arte e cuidar, nesta última categoria emergiu a relação de ajuda, os cuidados holísticos e cuidados ao longo do ciclo vital. Os enfermeiros chefes referiram-se à enfermagem como profissão autónoma, enquanto que os enfermeiros mencionaram que a enfermagem é uma profissão com visibilidade. Os enfermeiros chefes valorizaram ainda a promoção do auto cuidado, e o colaborar. Dos discursos dos enfermeiros emergiu mais uma subcategoria, cuidados seguros.

4. EXPRESSÃO DA AUTONOMIA

As mudanças na enfermagem têm sido enormes, em que se passou de uma formação incipiente e com pouco valor social para uma profissão autónoma legalmente reconhecida, afirmando-se socialmente perante as outras profissões da saúde e dos cidadãos. Vários autores, nos últimos anos, têm vindo a mostrar nos seus estudos essa evolução na enfermagem, como sejam: CARAPINHEIRO (1996); BENTO (1997); COSTA (1998); BASTOS (1998); AMENDOEIRA (1999); LOPES, Manuel (1999); ABREU (2001) LOPES, Noémia (2001); FIGUEIREDO (2004).

Na construção do saber em enfermagem tem-se apropriado de conceitos e teorias já existentes em outras disciplinas, particularmente as das áreas das ciências médicas, sociais e educação. Mas, a enfermagem têm fundamentado a sua própria disciplina, nos saberes que definem e guiam a sua prática, resultando numa riqueza de saberes, que possibilitam conceptualizar saberes (abstractos) a partir de saberes construídos no decurso da vida pessoal e profissional. São estes saberes que baseiam o desempenho dos enfermeiros.

Cada enfermeiro tem um desempenho profissional pessoal, ou seja, incorpora os saberes tácitos da experiência no trabalho quotidiano. Abreu afirma que “É imprescindível, para a mobilização dos diversos saberes da prática, o domínio dos saberes processuais e informais, legitimar os últimos nos contextos de trabalho e integrá-los na constelação de saberes em uso” (2001, p.304).

Adam refere que a “concepção que temos de uma determinada disciplina pode variar de pessoa para pessoa” (1994, p. 27) o mesmo acontece em relação a outros conceito em qualquer domínio.

Assim sendo, o enfermeiro chefe tem uma função fundamental na sua equipa de conciliar junto de cada enfermeiro, os conhecimentos e experiências pessoais e individuais com os profissionais, aonde se incluem os institucionais e os da própria profissão e grupo profissional aonde se insere.

Pelo que, neste capítulo tentamos compreender que conceito e que práticas profissionais têm os enfermeiros chefes e os enfermeiros que facilitem a autonomia, de que modo se influenciam mutuamente e conhecer que estratégias utilizam os enfermeiros chefes que contribuem para a autonomia profissional dos enfermeiros e quais as que são reconhecidas pelos enfermeiros.

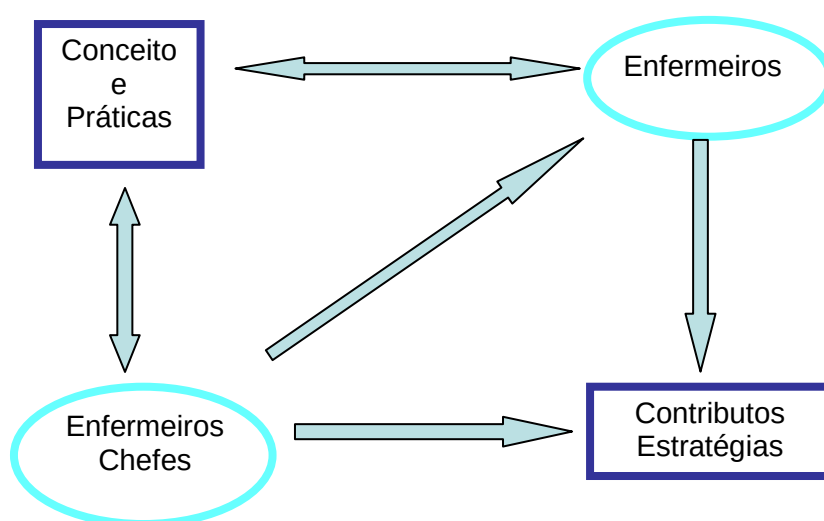


FIGURA Nº 9 – AO ENCONTRO DA AUTONOMIA

A sociedade aonde hoje nos inserimos é caracterizada pela obrigação de abdicar da rigidez das ideias, atitudes e tipos de comportamentos fundamentados num sistema de valores tradicionais, pois estamos a viver num mundo cada vez mais globalizado, o que exige como condição básica para cada um de nós ser autónomo, capacidade esta essencial para conviver com os riscos, as incertezas e os conflitos desta sociedade.

A autonomia tornou-se condição de sobrevivência. Somente um indivíduo autónomo terá sucesso, pois é capaz de interrogar, de reflectir e de deliberar com liberdade e responsabilidade. Assim é fundamental que os enfermeiros reconheçam a importância da mesma, desenvolvendo a autonomia individual para que, consequentemente, garantir a autonomia colectiva.

4.1 - CONCEPÇÃO PARA AUTONOMIA

O enfermeiro já não é um dos profissionais na área da saúde que age só por indicação de outro. E mesmo na interdependência ele assume sempre a responsabilidade das suas acções, dos seus cuidados e das decisões que toma, Negrão (2004, p. 38) afirma a autonomia em enfermagem implica um poder para dar resposta ao cuidar das pessoas, agindo de acordo com o seu julgamento profissional e aceitando a responsabilidade por essas decisões. É marcando esta atitude que delimita o seu

campo de intervenção e a sua própria autonomia, esta autonomia tem de reflectir-se sempre em qualquer processo de tomada de decisão.

A autonomia desenvolve-se, aperfeiçoa-se e até pode ser treinada, tendo em conta as capacidades individuais de cada um, e a orientação e acompanhamento pelos pares, nomeadamente, o que está mais próximo, o enfermeiro chefe, que no âmbito das suas funções é o responsável pela gestão dos recursos humanos, aonde se inclui o desenvolvimento dos mesmos, em todas as áreas.

A capacidade para se ser autónomo, tem por base alguns pré requisitos individuais, como sejam a capacidade para decidir, o domínio dos conhecimentos, a criatividade, iniciativa, entre outros, pelo que, estes pré requisitos transformam-se em necessidades que precisam ser satisfeitas para se ser autónomo. A esse propósito, Basto refere que “Os comportamentos profissionais das enfermeiras tenderão a mudar mais depressa se as intervenções com essa finalidade tiverem em conta o sentido que é dado aos cuidados prestados” (1998, p.101).

Basto (1998, pp. 106-107) salienta ainda que os factores que interferem na mudança de comportamentos profissionais das enfermeiras, relacionam-se com: as características da pessoa (antecedentes familiares, assertividade, auto-imagem, estatuto pessoal, responsabilidade e autonomia), o trabalho desenvolvido (*locus* de controlo, experiência profissional, preferência de papel, atitudes, sentimentos de dependência e falta de controlo sobre a prática e satisfação no trabalho) e por ultimo, formação profissional e específica.

Nesta perspectiva, nossos participantes reconheceram como necessidades para a autonomia, a necessidade material e a necessidade emocional. Por outro lado, não se é um profissional autónomo só por ter capacidades de o ser, é necessário ser-se efectivamente, e neste caso os enfermeiros participantes identificaram três tipos de autonomia, que se complementam e que vem ao encontro do que foi encontrado na nossa pesquisa teórica, a autonomia de exercício, a autonomia prescritiva e a autonomia atitudinal.

QUADRO Nº 11 – CONCEPÇÃO PARA AUTONOMIA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PARTICIPANTES
Necessidade Material	Capacidade de Tomar Decisões Saber Usar Metodologia Científica Obter conhecimento	C1 C7 C1 C5 C6 C7 C1 C3 E4
Necessidade Emocional	Auto-estima/Auto-conceito Representação Enfermeiro Responsabilidade	C1 E7 C3 C5 E3 E6 E8
Autonomia Exercício	Cumprir Instrumentos Legais Usar metodologia Científica Ter Conhecimentos Gerir Tempo	C1 C2 C4 C5 E4 E5 C3 C6 C7 C8 E2 C4 C5 C2
Autonomia Prescritiva	Respeito Profissional	C4
Autonomia Atitudinal	Saber Afirmar-se	C4 C3 C6 E1 E7

Necessidade material para a autonomia

A necessidade material envolve essencialmente, (como já referimos anteriormente) a capacidade para tomar decisões, para processar e seleccionar informações, a capacidade de dominar os conhecimentos, fundamental par o “saber agir”.

Nesta categoria surgiu-nos a subcategoria Metodologia Científica, que para a sua utilização é necessário que o enfermeiro tenha principalmente a capacidade para planear, executar, avaliar e monitorizar, como comprovam os excertos das entrevistas dos participantes deste estudo “(*... a autonomia está relacionada com a capacidade das pessoas planearem, avaliarem, executarem, avaliarem e monitorizarem ...*)” C1, “*Para dar resposta à adaptação do indivíduo eu teria que ser autónoma no meu planeamento, na minha execução das intervenções que eu considero que sejam necessárias ...*” C6, (*... temos que ter capacidade para diagnosticar, para definir qual é o cuidado que aquela pessoa necessita.*” C7 e “*... ser autónomo, criar os seus projectos.*” C5.

Outra subcategoria que apareceu foi a que se refere aos **Conhecimentos**. Para o “conhecimento é a informação mais valiosa (...) é valiosa precisamente porque alguém deu à informação um contexto, um significado, uma interpretação (...)”. O

conhecimento pode então ser considerado como a informação processada pelos indivíduos. O valor agregado à informação depende dos conhecimentos anteriores desses indivíduos. Assim sendo, adquirimos conhecimento por meio do uso da informação nas nossas acções. Desta forma, o conhecimento não pode ser desvinculado do indivíduo; ele está estritamente relacionado com a percepção do mesmo, que codifica, decodifica, distorce e usa a informação de acordo com suas características pessoais, ou seja, de acordo com seus modelos mentais, pelo que um dos participantes desta estudo nos refere que *“O enfermeiro autónomo tem que ter conhecimentos, adquiridos na escola mas depois com uma boa integração poderemos ter a certeza que esses conhecimentos estão consolidados”* C7.

Ao se considerar a inter-relação entre os três elementos e efectuar a análise tendo como foco o presente estudo, podemos inferir que os dados por si só não significam conhecimento útil para a tomada de decisão, constituindo-se apenas o início do processo, o que é confirmado por um dos participantes *“o enfermeiro pode ser autónomo aquando a sua prestação de cuidados, porque o enfermeiro ele tem capacidade de decidir sustentado nos conhecimentos, que, práticos e teóricos que subsidiam o seu saber “* C1. O grande desafio dos tomadores de decisão é o de transformar dados em informação e informação em conhecimento, minimizando as interferências individuais nesse processo de transformação.

No “Estudo da representação Social da Autonomia Profissional em Enfermagem” realizado por Gomes e Oliveira (2004), os resultados indicaram como um dos elementos essências da representação o “conhecimento”. Os sujeitos citam a palavra conhecimento como “consequência de um comportamento que consideram relevante para o aperfeiçoamento profissional, o desenvolvimento da profissão e para a conquista do espaço profissional”. Referem ainda que desta forma “o conhecimento científico e a construção e explicitação de um saber específico do enfermeiro constituem um dos alicerces da autonomia profissional”, o que também é mencionado pelos enfermeiros participantes neste estudo *“...o que faz o enfermeiro ser cada vez mais autónomo são os conhecimentos. Quanto mais conhecimento a pessoa tiver, quanto mais formação, maior será a sua capacidade de autonomia, criatividade e de iniciativa”* E4.

Gomes e Oliveira (2004), revelam ainda que a “ compreensão da autonomia a partir da constituição de um saber específico da profissão tem dois significados: a tentativa de delimitação de um núcleo essencial da profissão e a constituição, delimitação e especificação de um espaço próprio de poder”.

Num outro estudo sobre “A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar” (Gardenal, 2006) a palavra “conhecimento” é novamente mencionada e refere especificamente que “adquirimos poder com o conhecimento e aplicabilidade de referenciais teóricos específicos da enfermagem à medida que construímos esse saber”, também é verificado nos discursos dos nossos participantes como ilustra o seguinte extracto da entrevista “*A afirmação de uma pessoa autónoma é através dos seus conhecimentos.*” C4.

Na realidade, quando a actuação profissional do enfermeiro tem por base o conhecimento científico possibilita o respeito e a confiança entre a equipa, facilitando o trabalho interdisciplinar com autonomia.

Ainda nesta categoria emergiu a Subcategoria **Tomada de decisão**, que se refere à capacidade para tomar decisões e tem por base a individualidade de cada profissional, tendo em conta a “importância dos valores, a experiência e vida, preferências e forma de pensar” (Marquis e Huston, 1999, p. 66) e esta capacidade é reconhecida por um dos enfermeiros chefes participantes “... *precisamos de ter capacidade de tomar decisões, porque eu acho, que a autonomia, está muito relacionada com a capacidade que cada um tem, em tomar decisões, perante uma determinada situação.*” E continua afirmando que “*o enfermeiro pode ser autónomo aquando a sua prestação de cuidados, porque o enfermeiro ele tem capacidade de decidir sustentado nos conhecimentos, que, práticos e teóricos que subsidiam o seu saber*” C1.

Marquis e Huston mencionam que “a resolução de problemas, a tomada de decisão, e o pensamento crítico são habilidades aprendidas e que se desenvolvem com a prática” (1999, p. 66), pelo que se compreende que a formação tenha contribuído para a evolução deste conceito, principalmente a formação académica que tem incluído no seu curricula escolar o desenvolvimento do raciocínio crítico, “(... há outros enfermeiros que já evoluíram mais, se calhar devido à formação. Há outros enfermeiros menos autónomos, que podem não ser só os mais antigos, mas nota-se mais nestes” C3.

Como se constata os enfermeiros participantes relacionam a capacidade de tomar decisões com a autonomia.

Necessidade Emocional para autonomia

O exercício profissional de enfermagem exige competência técnica para a correcta execução de procedimentos técnicos, sendo de primordial importância a maneira como aqueles são realizados, aí residindo a verdadeira essência do cuidar. Por outras palavras, a competência emocional, o saber lidar com as suas emoções, consigo mesmo e no cuidado com o outro, são ferramentas essenciais para a construção da sua autonomia.

Nesta categoria surgiu a referência à Auto-estima/Auto conceito de si. O auto conceito caracteriza-se pelo eu físico e pelo eu pessoal. Segundo Person e Vaughan o eu físico “ocupa-se de como as pessoas se vêem a si mesmas em relação aos sentimentos, sensações, aparências e imagem corporal”. O memo autor refere que o eu pessoal “ocupa-se com a consistência de normas de comportamentos pessoais, e de ideais e problemas de ordem moral e ética”. Quando existem problemas neste campo podem surgir “sentimentos de ansiedade, impotência ou culpa podem revelar-nos para dificuldades neste campo” (1992, p. 95-96), como se verifica na unidade de registo seguinte “*e tem que ter uma auto estima e um auto conceito sobre si bom, e não se conseguir reconhecer como uma pessoa capaz, ele vai ser sempre uma pessoa hesitante ...*)” C1.

Waldow alude que “A consciencialização do valor cuidado e a sua expressão (...) levam ao fortalecimento do poder. Conhecer é poder; fazer o que se sabe e lutar para assegurar aquilo que é considerado significativo fortalece a auto-estima, conduzindo a um clima de harmonia.” (1999, p. 162).

A **Representação de Enfermeiro** é relacionada com a autonomia pelos participantes “*Há muitos enfermeiros que estão muito voltados para o modelo biomédico e acho que estes são os menos autónomos, (...) estão mais preocupados em cumprir as prescrições (...) penso que isso pode ser insegurança, que não é falta de responsabilidade, eu acho que tem a ver com as representações de que é de ser enfermeiro. E continua dizendo que a “A representação que o enfermeiro tem do que é ser enfermeiro, depende do próprio serviço, da sociedade, dos próprio utentes, tudo influencia, mas eu acho que no próprio serviço uns estão mais voltados para a autonomia e outros menos e isso tem muito a ver com a representação que cada um tem da profissão”* C3.

À semelhança dos participantes também Abreu (2001, p. 103) menciona que actualmente, a “configuração identitária inclui alguns dilemas. (...) produto da fase de transição que a profissão atravessa” e afirma ainda que os enfermeiros “Começaram a pôr em causa a grande dependência face à medicina, sem se libertarem no entanto do conflito afastamento/aproximação”.

A representação de enfermeiro refere-se à forma como o sujeito se compreende a si próprio e está dependente dos contextos aonde se envolve. Estes “contextos de significação vão permitir atribuir um significado a um acontecimento e desenvolver acções apropriadas. A representação sustenta o saber-agir”. (Abreu, 2001, p. 107. Uma imagem positiva de si constitui segundo Abrams e Hogg “um pré-requisito para a construção de práticas profissionais adaptadas aos problemas a resolver ou aos projectos a realizar” (in Abreu, 2001, p. 108).

Autonomia de Exercício

O Cumprir Instrumentos legais surgiu nos discursos dos participantes com referências ao cumprimento das competências legalmente definidas por categoria, para o exercício da profissão, do REPE e do Código Deontológico, como instrumentos necessários ao agir autónomo e consequentemente à tomada de decisão “(*... a tomada de decisão tem a ver com as competências que estão definidas para aquela pessoa enquanto enfermeiro numa determinada categoria.*” C1, “*É poder colocar em prática actividades que no nosso entender seja (...) necessário para o doente e que esteja dentro da alçada da enfermagem, portanto que esteja dentro, das nossas competências.*” E5 e ainda “*A autonomia é o agir de uma forma consciente e tendo em conta todos aqueles princípios que regem a profissão, o próprio REPE, o Código Deontológico que o enfermeiro tem que atender ...)*” C4.

Também foi referido pelos participantes que a autonomia passa pela valorização das Actividades independentes “*... a nossa autonomia e a nossa valorização passa muito pela valorização das actividades que são verdadeiramente autónomas ...)*” E4 e “*A autonomia em enfermagem é a actividade própria do enfermeiro ...)*” C5.

Sobre este assunto, Figueiredo menciona nas conclusões do seu estudo “Á conquista de uma identidade” que “o que é verdadeiramente autónomo em enfermagem não tem visibilidade ou peso social passível de submergir” (2004, p. 110), mas, diz ainda que

“mais do que valorizar os enfermeiros, importa valorizar a prática dos cuidados, dando visibilidade aos mesmos” (ib. p. 86)

Nesta categoria emergiu igualmente dos discursos dos enfermeiros a subcategoria Actividades interdependente. O artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, referente ao Código Deontológico, no seu enunciado indica que o enfermeiro como “membro de uma equipa assume o dever de (...) actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (alínea a) e de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (alínea b).

Pelo descrito verificamos que se distingue o trabalho de equipa, da equipa multidisciplinar, em que todos os profissionais devem agir em articulação e complementaridade e respeito pela especificidade de cada uma das profissões e pelas competências de cada profissional.

Nas actividades interdependentes já, definidas anteriormente, o enfermeiro assume a responsabilidade da sua implementação, ou seja, os cuidados mesmo que prescritos por outros implica que sejam prestados de forma livre e responsável pelo enfermeiro. E como esclarece Nunes (2005, p. 24) “decorrem daqui duas ordens diferentes de consequências para o enfermeiro por um lado, a assunção da responsabilidade pelos cuidados prestados e, por outro, os limites que se impõem ao exercício desta liberdade”.

Assim, o enfermeiro é um profissional autónomo mesmo nas suas actividades interdependentes, o que nos parece que não está bem claro para o participante C5, quando diz que *“pode haver autonomia”*, e pelo facto de ser um enfermeiro chefe deveria devidamente elucidado *“(… nas actividades interdependentes (…) pode haver autonomia, por exemplo, numa prescrição médica, o enfermeiro pode ser autónomo, pode ser autónomo porque pode avaliar o que está a fazer, tem que saber das consequências”* C5.

Neste outro exemplo de unidade de registo, também de um enfermeiro chefe, verificamos que os enfermeiros podem decidir nas actividades independentes o que sugere que nas interdependentes não podem decidir *“(… há as funções autónomas e as interdependentes. Nas autónomas podemos decidir naquilo (…) que é da nossa competência …)”* C2.

O enfermeiro autónomo no seu exercício sabe o **Usar Metodologia Científica** e, de acordo com o REPE (Decreto-lei nº 161/96, artigo 5º, ponto 3), inclui:

- “A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade” o que é assumido por um dos enfermeiros chefes participantes *“Ele é capaz de levantar problemas, necessidades, etc.”* C3;
 - “A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta” e a “formulação do diagnóstico de enfermagem”, assim confirma um dos participantes *“... o enfermeiro decide, o enfermeiro é capaz de fazer diagnósticos, tanto com o utente como com a comunidade, numa escola.* C3;
- “A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem”, em que os participantes relacionam desta metodologia na prática dos cuidados com a autonomia *“... é autónomo na sua profissão desde que traça um plano para determinada situação ou para determinado utente desde o planeamento até à sua execução ...)”* E2.

O processo de enfermagem surgiu na década de 50, como um processo com base no método científico de “observar, medir, juntar dados e analisar os achados”, constitui-se como um “método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisão clínica, resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados”, é constituído por cinco fases: avaliação; identificação dos problemas; “planeamento, implementação e avaliação final” (Doenges e Moorhouse, 1994, p. 2).

O plano de cuidados é a “manifestação escrita do segundo e terceiro passo do processo de enfermagem, que identifica os problemas/necessidades do doente, os objectivos/resultados esperados e as intervenções para tratar os problemas/necessidades” (Doenges e Moorhouse, 1994, p. 65).

Efectivamente o processo de enfermagem resulta num “sistema viável de cuidados de enfermagem que é reconhecido e aceite como corpo de conhecimentos de enfermagem e pode ser partilhado com os outros profissionais de saúde” (Doenges, e Moorhouse, 1994, p. 5), para além disso promove também o envolvimento activo do próprio cliente, reforçando a sua satisfação e permite ao profissional ter um maior controlo sobre a sua prática, contribuindo para uma maior satisfação profissional.

- “A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários” efectivamente, o enfermeiro *“(... tem a capacidade de fazer uma intervenção de forma global, prestando cuidados ao utente/família, tanto na saúde como na doença, durante todo o ciclo vital”*, como menciona C7.

– “A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções” a avaliação dos cuidados foi também referenciada como se pode constatar nos extractos nos discursos “*um enfermeiro autónomo é aquele que é capaz de detectar um problema e ele próprio fazer a avaliação*” C6 e “(… ser capaz de olhar para aquele utente que está á minha frente e ser capaz de avaliar todos os aspectos dele …)” C8.

Nesta perspectiva, acreditamos que a enfermagem enquanto dos cuidados de saúde na sociedade poderá funcionar como força de mudança social obtendo a sua máxima eficácia quando capacita o indivíduo, família e comunidade sobre qual é o seu papel e como os pode ajudar a orientar e educar no sentido de atingirem maior controlo sobre as suas próprias vidas. Assim, e tendo em conta que o objectivo da profissão de enfermagem, é contribuir para a melhoria da saúde da sociedade onde trabalha, é fundamental que a forma como o enfermeiro o faz, seja clara e precisa. Adam (1994, p. 2), salienta que a enfermeira ao fixar os limites das suas funções mais não faz do que “sublinhar a independência ou autonomia dos outros”.

Colliére por outro lado refere que

“(…) nenhuma profissão tem razão de existir se não pode justificar a prestação de um serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade para o prestar. Como tal os enfermeiros dos nossos dias tem que demonstrar que os cuidados de enfermagem são a expressão e cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço este que não é coberto por outros grupos profissionais. Existem distinções entre as intervenções da enfermagem e as de outros profissionais de saúde. Enquanto que para a enfermagem a preocupação é o cuidado à pessoa, que inclui a educação para a saúde e a prevenção das doenças, a medicina visa o diagnóstico e o tratamento das doenças.” (1998, p. 284)

Os participantes referem que ser autónomo é assumir a **Responsabilidade** pelos seus actos “*A autonomia é dentro daquilo que é as minhas funções (...) responsabilizar-me por aquilo que eu faço.*” E6. O reconhecimento do princípio de autonomia confronta-se com o da autoridade responsável.

Sucedem daqui duas consequências para os enfermeiros: a primeira refere-se à assunção da responsabilidade pelos cuidados prestados e a segunda refere-se aos limites que se impõem ao exercício desta liberdade. Como constatamos, na unidade de registo que se segue os enfermeiros assumem esta responsabilidade “*O enfermeiro*

autónomo é aquele que é capaz de agir na sua actividade com os seus conhecimentos científicos e técnicos e ser autónomo e responsável em cada acto que faz” C5.

Para que um cliente confie que num profissional “precisa de acreditar que aquele indivíduo tem conhecimentos suficientes para o ajudar e que esta pessoa agirá no sentido dos seus melhores interesses” (Nunes et al, 2005, p. 146), o que é reconhecido por E8 “*está presente os conhecimentos do enfermeiro, a capacidade de tomada de decisão naquela hora, as responsabilidades da sua tomada de decisão*”.

O enfermeiro “não é mais o profissional que age sob a responsabilidade de outrem” (Nunes et al, 2005, p. 146) e nem mesmo a dependência hierárquica ou funcional limita a sua própria responsabilidade, “*agirmos de uma forma independente, livre, com liberdade, mas de uma forma assumida e consciente, indo de encontro às necessidades do utente, com responsabilidade. É isso, liberdade e independência*” E3, por isso “cabe ao enfermeiro garantir que os seus actos visem sempre o interesse do doente, no respeito pela deontologia e no quadro legal em vigor” (Nunes et al, 2005, p. 146).

Um dos enfermeiros chefes participantes neste estudo relaciona o ser autónomo com o saber **Gerir o Tempo** “*um enfermeiro autónomo, é aquele que consegue no seu dia de trabalho gerir o seu tempo, fazendo aquilo que é preciso e aquilo que está no plano escrito ou mental.*” C2, efectivamente parece-nos importante porque para aproveitar ao máximo o tempo de que dispõe, “importa, que tenha sempre presentes duas dimensões: a eficiência – fazer a tarefa de maneira certa – e a eficácia – fazer a tarefa certa. Sendo ambas importantes, importa, contudo, não perder de vista o objectivo último, que é o de alcançar resultados, isto é, ser eficaz!” (Abreu e Moreira, 2002, p. 15).

Mas para que cada enfermeiro seja capaz de gerir o seu tempo é necessário que ele conheça as metas e os planos que terá de realizar. As metas “dão estrutura ao que deve ser realizado hoje, amanhã e no futuro” e os planos devem ser “mais claros, mais realísticos e alcançáveis” (Marquis e Huston, 1999, p. 118), para que o enfermeiro controle as suas acções e o seu tempo.

Autonomia Atitudinal

Esta categoria diz respeito ao controlo das actividades da profissão sem influência de forças exteriores, como já referimos. Verificamos que alguns participantes consideram

que a enfermagem tem uma Autonomia Relativa “A autonomia em enfermagem é relativa, porque eu acho que nós continuamos um pouco colados á medicina, nós temos culpa, porque nós, habituamo-nos assim.” E7 e dizem ainda que “Nós temos autonomia, mas se calhar ainda não é aquela que desejaríamos ter. (...) Mas ainda falta se calhar, alguma autonomia. “ E1. O que vem de encontro aos achados por Gomes e Oliveira (2005, 151) no seu estudo, em que emergiram as palavras “limitada”, “pouca” e “utopia”, revelando a “forma como a autonomia profissional é aprendida pelos sujeitos na interioridade do cotidiano [sic] profissional”.

Consideram também que no desempenho de actividades interdependentes, não são autónomos “Há coisas que são prescritas e ele tem que cumprir a prescrição. Nas actividades interdependentes ele não é tão autónomo, para mim não é.” C3. Contrariamente ao que seria de esperar que são mais valorizadas pelos enfermeiros as actividades interdependentes “Os enfermeiros reclamam autonomia mas eu acho que eles não querem ser autónomos, porque se a gente for reparar os enfermeiros valorizam muito mais as intervenções interdependentes, por isso eu acho que eles não podem ser autónomos” C6.

Efectivamente, a orientação para o tratar, que assenta no modelo biomédico (Person e Vaughan, 1992, Collière, 1989), em que este modelo conduz à realização de tarefas, seguundo a orientação médica, centrado numa visão tecnicista da saúde e no tratamento da doença, em detrimento do cuidado ao indivíduo enquanto ser psicossocial, com cultura e espiritualidade, inserido numa família e numa comunidade, como refere Collière (1989, 125) “ a doença que conduz a acção de enfermagem e dá um sentido às tarefas a realizar”. Esta prática dos enfermeiros só reforça a imagem de “auxiliar do médico” e não contribui para a apropriação, por cada enfermeiro, da autonomia já legalmente conquistada.

Consideram ainda que durante a formação básica não são valorizadas as actividades independentes “como já vem da escola, os enfermeiros quando chegam aqui aos cuidados de saúde primários não estão habituados a valorizar as sua intervenções autónomas e portanto não valorizam mesmo.” C6, o que vem confirmar os dados encontrados no trabalho de Gomes e Oliveira (2005, p. 149) aonde os autores nos revelam que no percurso de autonomização podem ser referenciadas algum as dificuldades, nomeadamente, a formação profissional, dizendo que esta não é “fomentadora de uma prática autónoma [sic] e a ausência de uma especificidade do papel próprio como geradora de limitações ao exercício de uma prática autónoma.”

A Formação em Enfermagem percorreu um longo caminho desde que as escolas de enfermagem nasceram sob a tutela dos hospitais, cujos directores eram médicos, até aos desafios actuais que o Processo de Bolonha traz actualmente ao nosso país.

O curriculum centrado no aluno pretende realçar a necessidade de uma pedagogia activa e participativa por parte do estudante. A educação liberal, no sentido de envolvimento dos estudantes na tomada de decisão em vários momentos do desenvolvimento curricular é defendida por diversos autores, particularmente, Schmalenberg (1993) e Grinnel (1999), Watson (1988), Wade (2004), a competência é um percurso necessário à autonomia.

Categoria Autonomia Prescritiva

A autonomia prescritiva refere-se ao respeito pelo outro, como já foi mencionado anteriormente. Foram vários os participantes que aludiram o respeito pelos outros profissionais, e nesta categoria surgiu a subcategoria respeito profissional “... ter o respeito de todo o conjunto de profissionais” E2.

O Código Deontológico dos Enfermeiros consagra o artigo 91º – “Dos deveres para com outras profissões”. Nunes et al dizem que “Os deveres e as responsabilidades dos profissionais centram-se na garantia dos direitos da pessoa assistida, com respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional, numa assumpção partilhada de responsabilidades e riscos” (2005, p. 155) e os participantes mencionam que “(... não infrinja ou não comprometa actividades de mais nenhum outro profissional de saúde.” E5 e, igualmente, “(*... de saber também trabalhar com os outros, e então aí tenho que respeitar também o trabalho dos outros*)” E6.

Hesbeen explica que o respeito, “mostra a vontade de considerar todos (...). É uma palavra bem difícil de viver no dia a dia, tal modo estão presentes e enraizados culturalmente, os preconceitos e os juízos de valor”, e que o respeito “constrói-se nas situações que encontramos e nos comportamentos que dela decorrem” (2000, p. 69).

Nesta categoria emergiu também o **Saber afirmar-se**. O enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar, deve ser capaz de reconhecer o papel de cada membro dessa equipa, “*O saber afirmar-se perante os outros, de uma forma reflectida e sabermos aquilo que é do nosso âmbito e o que é do âmbito do outro.*” C4. Bem como, exercer uma autoridade com responsabilidade (accountability) que está directamente vinculada ao profissional e aos seus resultados, tendo em conta a sua própria autonomia,

autoridade e controlo sobre a actividade que desenvolve. Para isso é necessário que cada enfermeiro reconheça o valor ético e os princípios de conduta que orientam as relações interpessoais, devendo cada um estar preparado para dar prioridade à sua carreira, às mudanças no trabalho e ao seu crescimento pessoal, tornando-se eficiente e eficaz no desempenho das suas acções, sendo para isso importante que as pessoas certas estejam no local certo.

Para que os enfermeiros tenham maior participação nas tomadas de decisão, promovendo uma maior autonomia à sua equipa, legitimando a sua autoridade no processo de decisão sobre a sua prática e respondendo directamente pelos os resultados que dela advêm, Bork (2003, p. 5), aponta sete princípios fundamentais neste processo: “parceria”, “accountability”, “equidade”, “propriedade”, “eficiência”, “eficácia” e “efectividade”, “aprendizagem continua” e “a pessoa certa no lugar certo”.

Os achados encontrados nos discursos dos participantes deste estudo revelam que para se ser autónomo existem necessidades individuais a serem desenvolvidas, assim, dos relatos dos enfermeiros chefes emergiram a necessidade material (capacidade de tomar decisões, saber usar metodologia científica, capacidade para obter conhecimento) e necessidade emocional (auto-estima/auto-conceito e representação de enfermeiro) enquanto que, dos relatos dos enfermeiros apenas emergiram duas subcategorias uma em cada necessidade: capacidade para obter conhecimento e auto-estima/auto-conceito. Emergiram também mais três categorias relacionadas com a autonomia, dos discursos dos dois grupos de enfermeiros surgiram referências à autonomia atitudinal e à autonomia de exercício (responsabilidade, cumprir instrumentos legais, usar metodologia científica, ter conhecimento e gerir o tempo), mas, dos discursos dos enfermeiros chefes emergiram também referências à autonomia prescritiva (respeito profissional e saber afirmar-se).

4.2 - IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA PARA OS ENFERMEIROS

Os enfermeiros conseguiram o reconhecimento da enfermagem como profissão autónoma, mas que importância é atribuída à autonomia profissional? Em que aspectos se verifica que a autonomia é fundamental? Será que os enfermeiros reconhecem que é importante?

Ao encontro destas respostas obtivemos três categorias em que os enfermeiros referem que a autonomia contribuiu para o reconhecimento da enfermagem como

profissão, para a autonomia individual e para a autonomia profissional, Por outro lado, obtivemos respostas, que constituíram mais duas categorias, em que os enfermeiros aludem que ainda nos encontramos numa fase de transição e ainda que há uma desvalorização da autonomia.

QUADRO Nº 12 – IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ENTREVISTA
Enfermagem Profissão	Lugar no Mundo das profissões Identidade da Enfermagem Defesa do Exercício	C1 C6 C7 C2 C7 C2 C3
Autonomia Individual		C1 E3
Autonomia profissional	Qualidade Cuidados Responsabilidade	C4 E4
Fase de Transição		C5 E2
Desvalorização da Autonomia	Desrespeito Profissional Existência de Barreiras	E5 E6 E8

Enfermagem como profissão

Os participantes referem nesta categoria que a enfermagem ocupou um Lugar no mundo das profissões, pela conquista da sua autonomia e pela caracterização dos cuidados de enfermagem e das intervenções dos enfermeiros “... *permite uma acção própria e tem a ver com aquilo que é a nossa profissão. (...) penso que autonomia é importante para os enfermeiros porque é uma forma também de demarcarem, no mundo das profissões, o seu lugar, como profissionais de enfermagem*” C1.

No CS o desempenho dos enfermeiros é fundamentalmente desenvolvido através das actividades independentes com a comunidade, pelo que um dos participantes diz que “... *eu acho muito importante nós termos autonomia, porque eu só consigo prestar cuidados numa comunidade, se eu tiver alguma autonomia, se não, eu não consigo (...)*” C6.

Estes dados são convergentes com os encontrados por Abreu no seu estudo sobre “Identidade, Formação e Trabalho” refere que “O trabalho com a comunidade é a razão de ser da enfermagem (...). É opinião unânime dos enfermeiros e dos utentes que a relação existente entre ambos é de abertura e cooperação” (2005, p. 216).

A enfermagem a partir de meados do século passado tem vindo a tornar-se numa profissão imprescindível ao funcionamento das instituições e fundamental para a prestação de cuidados de saúde o que é reconhecido “... nossa profissão tem crescido, tem tido evolução, tem-se modificado e afirmado” C7.

Foi confirmado pelo Estado Português que “os enfermeiros, no estágio actual de desenvolvimento da enfermagem e com a plena consciência do relevante papel que desempenham no sistema de saúde, constituem um corpo institucional idóneo para assumir a devolução dos poderes dos poderes que ao estado competem no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional” (DL nº 104/98, p. 1739).

Outra subcategoria que emergiu foi a **Identidade da Enfermagem** “(*... quando eu comecei a trabalhar (...) a nossa autonomia não era metade do que é neste momento (...). A enfermagem tem vindo (...) a percorrer um caminho (...) mas as coisas neste momento estão mais definidas*)” C2.

A este respeito Julie Taylor (in Abreu, 2005, p. 32) «sublinha que a enfermagem se encontra num processo de mudança radical, o que faz emergir a necessidade de dar visibilidade a uma “nova enfermagem”» o que novamente sobressai nos discursos dos nossos participantes “(*... nossa profissão tem crescido, tem tido evolução, tem-se modificado e afirmado. (...) acho que cada vez mais as pessoas vêem que nós temos capacidade de prestar cuidados autónomos e sentem confiança no nosso trabalho.*)” C7. Efectivamente, o discurso do participante C7 vem de encontro ao de Constança Barbosa que sublinha “o pressuposto de que os cuidados de enfermagem têm a sua máxima justificação social às necessidades e expectativas daqueles que deles beneficiem”.

Abreu menciona ainda que “Alteram-se rapidamente as definições sobre a própria enfermagem, reforça-se a componente multicultural, a formação evolui paralelo com o estatuto socioprofissional” (2005, p. 32).

Os enfermeiros participantes reconhecem que a Ordem tem como propósito a Defesa do Exercício Profissional e que contribui para a autonomia: “(*... temos também uma Ordem que nos defende ...*)” C2 e “(*... se nós agora temos uma ordem, nós já somos autónomos. Eu acho que desde a ordem, a criação do estatuto, nós passamos a ser mais*)” C3.

A partir da publicação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (DL nº104/98, de 21 de Abril) os enfermeiros constituem uma associação pública, a Ordem dos Enfermeiros,

que tem como “desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem (...) bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão (...) (artigo 3º, ponto 1). No ponto 2 do mesmo artigo, estão enumeradas as atribuições da Ordem, e na alínea a), está descrito como atribuição da Ordem “Zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro (...)”. Os enfermeiros participantes reconhecem que a ordem os defende e que contribuiu para a autonomia”.

Prover Autonomia Profissional do Enfermeiro

A autonomia profissional reporta-se (como já foi supracitado) à liberdade para tomar decisões e à crença de que é livre para as tomar.

A autonomia em enfermagem segundo os nossos participantes conduziu à melhoria da Qualidade dos Cuidados, através do incentivo à prática de actividades independentes e ao uso de metodologia científica “É muito importante, por isto é que a gente se preocupa (...) incentivar os enfermeiros a fazerem projectos (...) baseados em metodologia científica (...) para melhorar ou ter uma actuação diferente sobre aquela situação.”

Mezomo afirma que a qualidade “precisa ser produzida no dia-a-dia da organização e, por isso deve ser planejada e gerenciada de forma estratégica”. (2001, p.121). É essencial implementar estratégias de qualidade, porque esta produz ganhos significativos.

São várias as vantagens que a qualidade proporciona e passamos a transcrever aquelas que concorrem para reforçar a autonomia profissional: “melhoria do moral das pessoas”; “clima organizacional (positivo)”; “aumento da eficiência e da eficácia”; “aumento da responsabilidade pessoal”; “redução da necessidade de controlo”; “aumento da credibilidade e confiabilidade” e “melhor serviço à sociedade” (Mezomo, 2001, p.121).

Outro factor que sobressaiu nas entrevistas foi assunção de que a autonomia responsabiliza, surgindo a subcategoria **Responsabilidade**, em que um enfermeiro, em relação à importância dada à autonomia pelos enfermeiros chefes afirma que *“atribui bastante, porque a partir do momento em que faz um plano de trabalho, que responsabiliza aquele enfermeiro por aquela área, a partir do momento em que se diz: tu és responsável por esta área e nesta área é-te exigido que faças isto e aquilo dentro*

das tuas competências, eu acho que está sempre a fomentar a autonomia. (...) A autonomia responsabiliza” E4.

A esse respeito Mezomo (2001, p. 84) menciona que a “administração e as chefias devem estimular as pessoas a ter elevada performance e a aprender a exercer seu trabalho de forma cada dia melhor”, o que segundo o extracto desta entrevista é reconhecido pelos enfermeiros como incremento à autonomia.

Autonomia Individual

O enfermeiro chefe na sua função de gestor deve ter a “capacidade de motivar os subordinados (...) com o aumento de responsabilidades e a designação de tarefas que eles são capazes de executar” (Marquis e Huston, 1999, p. 317). O que naturalmente, conduz ao sucesso da estratégia da motivação que “é medido pela produtividade aumentada e pelos benefícios à organização, além do crescimento individual, o que motiva o indivíduo a novamente realizar alguma tarefa” (ib. p. 317), confirmando-se esta afirmação de Marquis e Huston no extracto do discurso seguinte “(*... aumenta a sua confiança (...) seu auto conceito e a sua auto estima, é mais feliz (...) se sente no seu desempenho mais realizado*)” C1.

Marquis e Huston referem ainda que “ O administrador que adopta um estilo humanista, todavia, é capaz de criar um ambiente em que pode ser maximizado o desenvolvimento do potencial humano” (1999, p. 318), contribuindo para a autonomia dos próprios enfermeiros, da sua equipa, o que é corroborado por um enfermeiro participante que revela que “A autonomia é também os nossos chefes e os nossos colegas confiarem em nós, (...) há certas acções minhas que a chefe me dá autonomia para eu realmente ir em frente, e dá-me confiança.” E3.

A liberdade responsável impõe por um lado assumir a responsabilidade dos cuidados prestados e por outro respeitar os limites impostos para a prática da liberdade, o que é reconhecido no discurso de um enfermeiro “(*... respeitarem o nosso trabalho (...) temos que respeitar o nosso trabalho para que os outros o respeitem.*)” E3. Estes limites estão consagrados no próprio Código e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, uma vez que estes documentos tiveram por base o respeito aos princípios legislados na Constituição da Republica Código Penal, Código Civil, entre outros.

Fase de Transição

A publicação do REPE foi há 12 anos e há 10 anos a criação da Ordem dos Enfermeiros, assim como do Código Deontológico, este tempo não foi ainda suficiente para que os enfermeiros interiorizassem o novo quadro conceptual “Era um assunto que não se ouvia falar.” C5, *“Apesar de se atribuir importância á autonomia, ainda não interiorizamos conceitos (...) neste momento estamos numa fase de transição e ainda não sabemos muito bem o que é a autonomia de enfermagem e dos enfermeiros”* E2.

Figueiredo, a este respeito diz que a enfermagem “passou pela crise da adolescência na eterna procura de uma identidade que encontrou, mas que nem sempre teima a agarrar”, refere ainda que a enfermagem hoje é “uma mulher madura” que sabe “o que quer, quer mostrar quem é, a si e aos outros, e demonstrar também que os seus cuidados são imprescindíveis à vida” (2004, p. 35).

Também Gomes e oliveira na conclusão do seu estudo revelam que a autonomia profissional *“tende a ser representada como algo ainda não completamente estabelecida”* e continuam mostrando que é “representada, essencialmente como um processo, como algo que está sendo construído, apesar das contradições vivenciadas na cotidianidade da profissão” (2005, p. 151), demonstrando que os participantes do nosso estudo estão a vivenciar o que outros enfermeiros de outro país já viveram.

Desvalorização da Autonomia

Surgiu dos discursos dos enfermeiros participantes a subcategoria Desrespeito Profissional, em que verbalizaram não verem defendido a sua autonomia profissional por parte dos enfermeiros chefes *“sinceramente não tenho conhecimento, de nenhum enfermeiro chefe que tenha defendido a autonomia dos enfermeiros (...) quando esta é posta em causa, quando algum enfermeiro exerce alguma actividade que é chamada autónoma e realmente se há outro profissional que se sente intimidado com esta actividade é mais fácil o enfermeiro ser chamado a atenção (...) não tomar esta atitude do que ser defendido ou ser defendida a autonomia da enfermagem e o direito que o enfermeiro tem de prestar este cuidado e o direito que o doente tem de receber este cuidado do enfermeiro.”* E5.

Nunes na palestra que proferiu no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, a 10 de Maio de 2006, intitulada “Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão” referiu que “haverá contextos e áreas de actuação em que parece poder ser mais evidente o exercício da autonomia responsável” e de entre eles enumerou a gestão, dizendo que “A principal responsabilidade do enfermeiro chefe é responder pela qualidade dos cuidados de enfermagem no seu serviço. E promover o desenvolvimento de competências dos profissionais, orientar o seu desempenho, são meios para esta finalidade”, afirmando que “ Daí, que autonomia e a responsabilidade se configurem como fundantes da centralidade dos cuidados, em qualquer área de actuação do enfermeiro”.

A dignidade profissional “deve ser defendida intransigentemente, pelo que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelas decisões que toma... de forma a defender os direitos dos doentes e os próprios”. (Grande, 2006, p. 17) O mesmo autor refere ainda que o “direito ao respeito dos valores morais e éticos que referenciam a conduta de cada um, estabelece, em paralelo, o direito à liberdade profissional responsável; no respeito pela eficácia das atitudes em benefício das pessoas e das comunidades (2006, p. 16).

Os enfermeiros participantes referem ainda a **Existência de Barreiras** por parte do próprio enfermeiro chefe “*Se calhar não com o título de autónomo, não se fala (...) não é muito fácil, porque a gente às vezes vê-se limitadas com determinados barreiras, mas é assim com todas as profissões e em todos os serviços.*” E6, e que “*Em muitas situações o facto de um enfermeiro ser um profissional autónomo pode ser considerado pelo enfermeiro chefe um entrave. Eles não entendem que um enfermeiro ao ser enfermeiro autónomo não está a tirar o protagonismo do chefe, mas pelo contrário um chefe deveria estar orgulhoso de ter na sua equipa muitos enfermeiros autónomos e o seu protagonismo até aumentaria, não é?*” E7.

Em relação à importância da autonomia profissional os dois grupos de enfermeiros apenas foram consensuais ao revelarem nas suas entrevistas que ainda nos encontramos numa fase de transição. Os enfermeiros chefes valorizaram a autonomia, nos seus discursos emergindo relatos de que a autonomia permitiu: a enfermagem profissão (um lugar no mundo das profissões, uma identidade da enfermagem e a defesa do exercício); a autonomia individual e a autonomia profissional (a qualidade dos cuidados e responsabilidade). Dos discursos do grupo de enfermeiros emergiu também a categoria autonomia profissional surgindo referências à responsabilidade no

entanto emergiu uma nova categoria em que referem que existe uma desvalorização da autonomia por desrespeito profissional e existência de barreiras.

4.3 – DAS PRÁTICAS À AUTONOMIA

O conhecimento adquirido através das práticas de enfermagem enriquece o saber individual de cada enfermeiro, mas reveste-se de uma enorme importância para o desenvolvimento da própria profissão, chegando ao conhecimento do grupo profissional, principalmente, através da investigação.

De facto, Benner revela que por “não termos relatado o que fazemos e observamos no terreno, tem privado a teoria das ciências da enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica”, afirmando ainda que “Práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria” (Benner, 2005, p. 29).

O tempo de experiência profissional favorece o conhecimento prático, Benner identifica seis domínios para este conhecimento: “a *hierarquização das diferenças qualitativas*”; “os *significados comuns*”; *as suposições, as expectativas e os comportamentos tipo*”; “os *casos padrão e os conhecimentos pessoais*”; “as *máximas*” e as “*práticas não planeadas*” (2005, p. 31).

Pela importância do descrito quisemos conhecer que práticas eram utilizadas pelos enfermeiros participantes neste estudo que fossem reconhecidas como promotoras da autonomia profissional dos enfermeiros. Assim, emergiram dos discursos as seguintes práticas que promovem a autonomia: planeamento; promoção actividades independentes; integração dos enfermeiros; metodologia de trabalho; reuniões; registos de enfermagem e delegação, constituindo as categorias.

QUADRO Nº 13 – PRÁTICAS À AUTONOMIA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ENTREVISTA
Planeamento	Plano Actividades Fixação Objectivos Integração Preferências Normas e Protocolos	C1 C1 C7 C5
Promoção Actividades Independentes	Saúde Escolar/Educação para a Saúde Projectos de Intervenção Vacinação Triagem	C3 C3, E6 C3 C5
Integração Enfermeiros		C2
Metodologia Trabalho	Trabalho Equipa Método Funcional	E1 E2, E6
Reuniões		E3
Registos de Enfermagem		C4
Delegação		C8

Prática do Planeamento para a Autonomia

Dos discursos dos participantes emergiu a categoria planeamento. O planeamento “é básico e deve ser meticoloso, abrangente e adequado às características da organização” (Mezomo, 2001, p.101).

O planeamento de um serviço exige conhecimento das metas organizacionais, do serviço ou Unidade de Saúde aonde se trabalha, das técnicas e práticas necessárias e adequadas aos cuidados e ainda “intuição, juntamente com uma forte consciência das mudanças e tendências actuais que afectam a área de cuidados de saúde” (Tappen, 2005 p. 250). Tappen afirma que “Um bom planeamento é inútil sem um plano adequado”, e que “ São necessários vários tipos de planeamento. Primeiro, é importante o empenhamento na gestão de pessoal. Segundo, é importante planear o trabalho a ser feito pelo grupo, E, em terceiro lugar, é importante planear a orientação futura da Unidade ou departamento” (2005, p. 250).

Ao planear o trabalho o enfermeiro chefe deve ter em conta vários factores, nomeadamente: “as prioridades, atribuição de recursos escassos, timing e sequência

do trabalho, prazos, (...) as capacidades do staff” e ainda as “características do trabalho”. O enfermeiro chefe deve também informar os enfermeiros da sua equipa sobre o “que se espera deles, e como levarem a cabo o trabalho que lhes foi atribuído”, concedendo “oportunidades para o crescimento e desenvolvimento” da sua equipa, mas também “suscita desafios” e “confirma que o ambiente da Unidade é conducente à implementação de novas ideias” (Tappen, 2005, p. 263) .

O planeamento do trabalho refere-se ao “planear o modo mais eficiente de realizar o trabalho” e à explicitação das seguintes condições “prioridades, atribuição de recursos escassos, momento de intervenção e sequencia, prazos, metas organizacionais, mescla de capacidades do staff, e as características do trabalho” (Tappen, 2005, p. 251).

Nesta categoria emergiram dos discursos dos participantes deste estudo as seguintes subcategorias da área do planeamento: Plano Actividades; Fixação Objectivos; Integração Preferências e Normas e Protocolos.

O **Plano de Actividades** surge nesta categoria por ser um instrumento privilegiado de gestão, que permite identificar os objectivos, as estratégias e as actividades a prosseguir anualmente, assim como proceder a um balanço das actividades efectivamente concretizadas como nos revela um dos enfermeiros chefes “(*... termos de plano de actividades, anualmente nós temos que fazer o nosso plano (...) tinha estabelecido o que é que se deveria conseguir nas diferentes áreas, o que é que se poderia melhorar*)” C1.

A fase de elaboração do plano constitui um momento de reflexão e diálogo entre os responsáveis dos serviços, e demais profissionais, proporcionando uma clara identificação dos objectivos, estratégias e actividades a promover pelos serviços e um maior do empenhamento de todos contribuindo para um aumento dos níveis de eficácia e eficiência dos serviços e dos cuidados a prestados á população.

Cada enfermeiro Chefe elabora o plano de actividades do seu serviço de acordo com a Resolução n.º 100/2003, de 31 de Julho, respeitando a estrutura apresentada, assim como os capítulos que deve conter nomeadamente: nota introdutória, objectivos e estratégias e actividades previstas e recursos.

A **Fixação de Objectivos** surgiu como prática que contribui para a autonomia, sendo referenciado por um dos enfermeiros chefes “(*... tenho tentado fazer na gestão diária (...) estabelecer objectivos para pouco espaço de tempo*)” C1. A administração por objectivos é um “*instrumento excelente na determinação do processo individual dos*

funcionários (...) actuando de forma a promover o crescimento individual e a excelência profissional" (Marquis e Huston, 1999, p.419).

Beach (in Marquis e Huston, 1999, p.419) diz ainda que a gestão por objectivos *"foi desenvolvida para avaliar o desempenho de ocupantes de administração e profissionais autónomos"*.

Nesta categoria identificamos também a subcategoria **Normas e Protocolos**. "As normas são conhecimentos válidos e metodologias estabelecidas sobre actividades, são um conjunto de regras que regem o desempenho". É constituída com base nos "conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas e na capacidade de as aplicar no exercício da profissão; representa o nível desejado de excelência, servindo de termo de comparação" (Frederico e Leitão, 1999, p. 148).

As normas são normalmente de origem externa ao serviço e "têm carácter de Lei. Orientam para o cumprimento de padrões recomendados por centros de referência nacional e/ou internacional" (Minatel, 2003, p.25) por exemplo orientações do Ministério da Saúde, Plano Nacional de Vacinação, programas de saúde, entre outros, que são cumpridos pelos serviços de saúde, nomeadamente, no Centro de saúde de Ponta Delgada.

Segundo Jesus (2006, p. 293) "Os protocolos e normas de procedimentos deverão ser utilizados apenas como referenciais de prestação de cuidados, no âmbito da formação dos enfermeiros, ou quando estes se encontrem em integração nas unidades, ou ainda para o registo de intervenções" e a sua elaboração para a prática em enfermagem é uma actividade autónoma dos enfermeiros "(... a elaboração de normas e protocolos, em que o enfermeiro pode fazer muito bem, sem interferir com a actividade médica."C5

Jesus refere ainda que "Não devem, assim ser tidos como modo normal e permanente de actuação", e este pressuposto deve ser tido em conta "independentemente do nível de conhecimento, de experiência e de habilidades individuais dos enfermeiros, bem como do contexto, da natureza, da complexidade ou do nível de estruturação dos problemas com que estes se deparam nos seus quotidianos profissionais" (2006, p. 293)

Nesta categoria emergiu ainda a subcategoria **Integrar as Preferências** na organização do trabalho, como refere C7 *"É importante trabalhar na área de que se gosta, porque aí é que eles vão continuar a desenvolver-se se estiverem motivados vão dar o seu melhor."* C7. O que, de acordo com o referido por Marquis e Huston

(1999, p. 315) o “integrar as necessidades e desejos dos funcionários com interesses e propósito da organização”, assim como, o propiciar “experiências que desafiem (...) o funcionário, e que permitam oportunidade para crescimento”, são estratégias que podem ser utilizadas pelo chefe para a criação de uma atmosfera motivadora, salientamos.

Integração do Enfermeiro

O processo de integração dos enfermeiros tem início desde a sua admissão no serviço e deve ser “encarada como um processo de mudança em direcção à valorização pessoal e profissional. (...) O sucesso da integração passa pela existência de um programa bem definido e estruturado” (Frederico E Leitão, 1999, p. 130).

Do processo de integração devem fazer parte os aspectos referentes à “transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspectos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades” (Chiavenato, 1987, p. 199) o que é comprovado por um dos enfermeiros chefes participantes *“Uma área fundamental é a integração do enfermeiro. (...) há um período para ver como é que as coisas são feitas e para que ele possa dar a sua opinião sobre aquilo que é feito (...) Depois a parte seguinte é eles ficarem com tutorados por alguém”* C2.

Assim, Frederico e Leitão afirmam que “Uma integração bem planeada beneficiará não só a organização e o novo elemento mas também e consequentemente os utentes, uma vez que permitirá uma adaptação rápida, segura e mais eficiente” (1999, p. 131).

Promoção de Actividades Independentes

Das actividades independentes dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários é a Saúde Escolar e Educação para a Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), nas metas que estabeleceu para a saúde a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis em ambiente escolar foi privilegiada, e cabe aos serviços de saúde um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.

Programa Nacional de Saúde Escolar (2006, p. 7) determina que “trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa” e tem por finalidade “contribuir para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados”.

No Centro de Saúde de Ponta Delgada os enfermeiros são dos profissionais de saúde aqueles que têm desenvolvido vários subprogramas do Programa Nacional de Saúde Escolar, assim como Educação para a Saúde a grupos. Cada equipa de enfermagem tem total autonomia no planeamento, como nos revela um enfermeiro chefe das actividades para cada ano – Plano de Actividades – tem total autonomia para as desenvolver “(*... actividades que tenho promovido com a saúde escolar e a educação para a saúde (...)*)” C3.

Em Cuidados de Saúde Primários a educação para a saúde está implícita em todas as actividades, quer sejam elas orientadas a indivíduos, a grupos ou a colectividades, sendo normalmente efectuadas a grupos de risco, em saúde escolar e em comemoração de Dias Mundiais.

Desde a implementação do Plano Nacional de Vacinação, em 1965, que se tem verificado uma notável redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas. Para que este êxito continue “é necessário manter as elevadas coberturas vacinais atingidas para todas as vacinas do Programa” (2005, p. 7) e para isso o “rigor e empenho dos profissionais de saúde no cumprimento do PNV é indispensável para manter a confiança dos cidadãos na vacinação, com os resultantes ganhos de saúde” (2005, p.699).

Também a **Vacinação** constitui uma actividade independente da enfermagem. No Centro de Saúde aonde se desenvolveu este estudo, são os enfermeiros os profissionais de saúde que mais têm contribuído para divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação, convocação e controlo de cada pessoa da área de abrangência de cada Unidade de Saúde. É ao enfermeiro chefe que compete fazer cumprir o programa desde o planeamento das actividades a desenvolver, execução e avaliação, sendo esta uma actividade independente referida por um participante com esta categoria profissional como se pode comprovar no excerto da sua entrevista “(*... cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, para conseguir que*

as pessoas adiram á vacinação são os enfermeiros que implementam as estratégias necessárias.” C3

Nesta categoria apareceu também a menção à **Triagem** com actividade independente, considerando que esta actividade é efectuada por iniciativa dos enfermeiros e que tem por objectivo prestar cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades de cada cliente, estabelecendo uma prioridade para seu atendimento pelo médico, tendo por base os diagnósticos de enfermagem, como explica C5 “(*... actividades dos enfermeiros, nomeadamente a triagem, o enfermeiro primeiro faz uma avaliação da situação e já faz os procedimentos que achar serem os necessários, ...*)”.

Os **Projectos de intervenção** surgiram também nesta categoria por serem actividades independentes dos enfermeiros no Centro de Saúde de Ponta Delgada “(*... temos projectos, cada enfermeiro trabalhando no seu projecto, ele é autónomo ...*)” C3,

Os projectos visam dar respostas às necessidades da população da área programática de cada equipa de enfermagem, são coordenados pelos enfermeiros chefes “*E pelas chefes (...) houve esta promoção de tentar ir mais além (...) que se desenvolvam novos projectos, não só por ser uma metodologia de trabalho, mas por abranger aquelas áreas que são nossas.*” E6, Estes projectos são implementados com conhecimento e autorização das hierarquias de enfermagem e do próprio Conselho de Administração do Centro de Saúde.

Metodologia de Trabalho

O Trabalho em Equipa foi referenciado como factor que influencia a autonomia “*temos um óptimo trabalho em equipa, e isso também influencia muito a autonomia*” E1.

Efectivamente todo o enfermeiro tem o dever de co-responsabilizar-se e trabalhar em articulação e complementaridade “integrando a equipa de saúde, em qualquer serviço que trabalhe, colaborando com responsabilidade que lhe é própria...promovendo a qualidade dos serviços” (Nunes et al, 2005, p. 151), pretendendo-se que a equipa funcione com o objectivo de proteger e promover o bem comum.

A saúde é umas áreas multidisciplinares aonde o exercício de cada profissional não pode ser negligenciado, e aonde os enfermeiros têm uma actuação de “complementaridade relativamente aos demais profissionais mas dotada de idêntico

nível de dignidade e autonomia de exercício profissional". (Decreto-Lei nº 161/96, artigo 8º, alínea 3).

Um desafio que temos de vencer é sermos capazes de construir um percurso de reconhecimento da nossa imprescindibilidade e insubstituibilidade, esta deve ser uma linha de opção estratégica. Duas premissas: "a cooperação e a complementaridade são comportamentos humanos; o conceito de homem isolado é meramente abstracto e profundamente redutor". (Grande, 2006, p. 5)

Nesta categoria emergiu ainda a subcategoria **Método Funcional**. Realmente, na organização dos cuidados, há que seleccionar o método de trabalho. De entre os métodos existentes, no Centro de Saúde aonde se desenvolveu este estudo, os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho tendo, normalmente, por base o método funcional. Este modelo " *se baseia essencialmente na distribuição de tarefas específicas a cada enfermeiro*". (Frederico e Leitão, 1999, p. 160), como se constata no extracto de uma das entrevistas dos enfermeiros "*porque nós a nível desta equipa temos tarefas definidas, pode também facilitar na medida em que o enfermeiro sabe que actividades tem determinadas para aquele dia, ...*)" E2.

A sua utilização deve-se ao melhor aproveitamento dos recursos humanos, porque este implica menos recursos, consegue-se maior produtividade e eficácia. (Frederico e Leitão, 1999, p. 161). Outras vantagens, são mencionadas por Tapen: este método quando efectuado numa "base de regularidade, cada pessoa torna-se mais especializada e pode terminá-las em menos tempo", "é fácil definir (...) as tarefas e (...) confirmar se foram completadas", "surge pouca sobreposição ou confusão sobre quem é esperado fazer um determinado trabalho" (2005, p. 274), pelo que se compreende que E2 refira que este método facilita o trabalho.

O plano de trabalho é elaborado pela enfermeira chefe, e estão determinadas pelos dias da semana e pelos períodos de trabalho as áreas que cada enfermeiro fica responsável, para aquele dia/semana/mês "*distribuição de tarefas pela equipa, nós temos no dia a dia isto e aquilo para fazer*" E6

O método funcional apresenta algumas desvantagens, nomeadamente: "extrema fragmentação" dos cuidados; "o trabalho torna-se repetitivo e enfadonho (...) impede-os de vivenciarem a satisfação de ver uma coisa completamente feita, do princípio ao fim"; "ninguém está a par de tudo o que está a acontecer"; a "responsabilidade está (...) repartida por todos os prestadores de cuidados" e o "cuidado holístico é virtualmente impossível" (Tapen, 2005, p. 275) o que pode ser minimizado se a equipa discutir o plano de cuidados e planear os cuidados que cada enfermeiro desenvolverá,

é fundamental para a continuidade dos cuidados os registos de enfermagem e uma boa comunicação inter equipa, como nos é referido nos discursos dos enfermeiros *“As tarefas pré definidas pela chefia podem não condicionar de todo, porque a equipa tem de discutir os assuntos.”* E2.

Este método segundo Frederico e Leitão (1999, p. 160) “não está adequado às exigências actuais da enfermagem no que respeita a sua autonomia” visto a responsabilidade não poder ser imputada.

Registos de Enfermagem

Os registos de enfermagem são mencionados pelos participantes deste estudo como importantes para a autonomia profissional, como se verifica no extracto de texto *“Através dos registos de enfermagem, que são muito importantes para a continuidade dos cuidados (...) perante as outras classes profissionais, nós também nos afirmarmos.”* C4

Hesbeen (2000, p. 141) refere-se aos registos de enfermagem como sendo “Interessantes porque são a prova de uma actividade reflexiva e de um desejo de organização e de profissionalismo.” E, enumera alguns princípios de orientação para os registos, em que estes devem, nomeadamente, “respeitar a natureza dos cuidados”, “a escolha de um registo é uma escolha que vai orientar a prática”, “ser considerado uma ajuda”, (pela garantia da “continuidade dos cuidados e da informação ou para formalizar esta última, do ponto de vista jurídico”), “ser elaborado por quem vai utilizá-lo”, “o processo de cuidados não pode ser um instrumento de registo” e ainda atender ao “pluriprofissionalismo” (2000, p. 141-143).

Em relação ao princípio “pluriprofissionalismo”, Hesbeen menciona que os registos “respeitam de perto e de longe, a todos os prestadores de cuidados”, afirmando ainda que na elaboração de um modelo de registo “todos os parceiros da equipa de cuidados sejam implicados para que cada um se sinta a participar, para que o registo corresponda às suas expectativas e, conseqüentemente para que vá utilizá-lo correctamente”, o que poderá ser pertinente para aumentar a utilização dos registos de enfermagem por outros profissionais da equipa.

Reconhecendo a importância dos registos de enfermagem a Ordem dos Enfermeiros associou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiros, no desenvolvimento e aperfeiçoamento da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Esta

classificação surgiu do “reconhecimento da necessidade de descrever os fenómenos dos clientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de enfermagem e os respectivos resultados para os clientes” (Internacional Council of Nurses, 2005, p.7). O Internacional Council of Nurses identificou as vantagens que esta classificação proporciona, e passamos a descrevê-las porque dentro em breve estará implementada na Região Açores e todos os enfermeiros do quadro do CS já fizeram formação e reconhecem a sua importância.

*“- Estabelece uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre enfermeiros e entre os enfermeiros e os outros;
- Representa os conceitos usados nas práticas locais, atravessando idiomas e áreas de especificidade;
- Descreve os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades), a nível mundial;
- Permite comparações de dados de enfermagem através da relação com os dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem e da saúde;
- Fornece dados sobre a prática de enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde; e
- Projecta tendências sobre as necessidades dos clientes, prestação de cuidados de enfermagem, utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem”.* (2005, p. 8)

É hoje consensual que os registos contribuem para a visibilidade dos cuidados de enfermagem, mas é também reconhecida a sua importância para a gestão, a investigação, a formação, as decisões clínicas, e para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que se verifica que são imprescindíveis para o conhecimento do que fazem e como fazem os enfermeiros em relação aos cuidados que prestam, logo são fundamentais para o reconhecimento do seu trabalho e consequentemente da sua autonomia.

Reuniões de trabalho

A comunicação é actualmente uma das ferramentas na gestão de recursos humanos. É fundamental para todos os profissionais a existência de uma comunicação efectiva em toda os e entre todos os estádios da escala.

A comunicação pode passar por diversas formas: reuniões regulares, encontros informais para debater problemas concretos, planos de acção, projectos ou resultados,

como refere E3 *“Há reuniões que são importantes porque podemos falar de tudo o que se está a passar nas diversas áreas”* E3.

Assim, uma boa política de comunicação interna, que proporcione a informação necessária sobre os objectivos do serviço/instituição, as estratégias a utilizar e os projectos presentes e futuros, contribuirá para melhorar a actuação individual e colectiva. Cada vez mais, para que as pessoas se sintam motivadas têm que sentir que fazem parte da organização. Para isso, é essencial que haja uma comunicação intra equipa, seja ela informacional ou motivacional, por exemplo que facilite o feedback do trabalho realizado ou ouvindo as opiniões e sugestões das pessoas.

Delegação

A delegação faz parte da fase de direcção do processo de administração, e pode ser definida como “o cumprimento de tarefas por intermédio de outras pessoas ou como o direccionamento do desempenho de um mais indivíduos para atingir metas organizacionais.” (Marquis e Huston, 1999, p. 125). Esta constitui-se como uma necessidade para o enfermeiro chefe, emergindo nos discursos dos enfermeiros chefes participantes neste estudo, como prática que promove a autonomia profissional. Estes referem que não devem centralizar e que devem delegar com responsabilidade *“(... acredito na delegação de responsabilidades eu acho que o enfermeiro chefe não deve centralizar, deve centralizar uma parte, em que é ele o responsável, ...)”* C8

O que é referido pelos enfermeiros participantes vem ao encontro da definição de delegação da Associação dos Enfermeiros Americanos (in Tappen, 2005, p. 299) “a transferência da responsabilidade da execução de uma actividade, de um indivíduo para outro, mantendo a responsabilização pelos resultados.” O enfermeiro chefe ao delegar uma actividade não deixa de ser o responsável e o “responsabilizado pelos resultados” (Tappen, 2005, p. 299).

A delegação proporciona *“aprendizado ou oportunidade de “crescimento”* para que os subordinados” (Marquis e Huston, 1999, p. 116), permitindo assim, o seu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a sua autonomia profissional, auto-estima e maior satisfação no trabalho.

A utilização da delegação pode assumir-se, também, como uma estratégia para o “fortalecimento dos subordinados” pois este é “um elemento marcante de uma

liderança transformadora”. (Marquis e Huston, 1999, p. 116). Marquis e Huston referem ainda que fortalecer significa “*capacitar, desenvolver ou permitir*” (1999, p. 184). Hawks (in Marquis e Huston, 1999, p. 184) define o fortalecimento como um processo interactivo que desenvolve, constrói e aumenta o poder pela cooperação, do partilhamento e do trabalho conjunto.

Em relação às práticas de gestão houve discordância dos discursos entre os dois grupos de participantes. Os enfermeiros chefes valorizaram o planeamento (plano de actividades, fixação de objectivos, integração de preferências e normas e protocolos), a promoção de actividades independentes (saúde escolar/educação para a saúde, vacinação e triagem), a integração de enfermeiros, os registos de enfermagem e a delegação. Dos discursos dos enfermeiros emergiram como práticas promotoras de autonomia: a metodologia de trabalho (trabalho em equipa e o método funcional) as reuniões a promoção de actividades independentes, no que se refere aos projectos de intervenção.

4.4 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PROMOTORAS DE AUTONOMIA PROFISSIONAL

O ambiente de trabalho nas instituições de saúde está em constantes transformações exigindo a criação de novas estratégias de desenvolvimento e a necessidade constante com de aprender e de crescer profissionalmente. Os profissionais devem estar preparados para competir, para vencer, conforme ocorram as mudanças nas necessidades organizacionais.

As estratégias podem-se estabelecer ao nível da organização ou ao nível de actividade específicas desenvolvidas no seu seio. Todas as organizações têm subjacente ao seu comportamento estratégias que podem ser implícitas ou explícitas.

O raciocínio estratégico designa visão a longo prazo, ou seja fazer a integração do hoje no futuro. Por sua vez, o planeamento estratégico percebe que o futuro pode ser desenhado à imagem ambicionada pela organização.

Chiavenato refere que o processo decisório, envolve uma elevada complexidade e compreende seis elementos: “o tomador de decisão; os objectivos; as preferências; a estratégia; a situação; e os resultados”. Pelo que se pode dizer que o “tomador de decisão está inserido em uma situação, dentro de um contexto, pretende alcançar

objectivos, possui preferências pessoais, segue estratégias e cursos de acção para obtenção dos resultados” (1999, p. 213).

As estratégias e a forma como as são implementadas em cada instituição/serviço não têm de ser idênticas, elas devem resultar da conjugação de factores externos e de condições internas que caracterizam cada situação em particular. Assim, em cada equipa de enfermagem, cada enfermeiro chefe deve decidir traçar as estratégias mais adequadas à sua realidade e estas podem ser diferentes de equipa para equipa.

QUADRO Nº 13 – ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PROMOTORAS DE AUTONOMIA PROFISSIONAL

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ENTREVISTA
Reflexão Profissional	Plano de Trabalho Normas e Protocolos Gestão do Tempo	C2 C3 C4 C8
Projectos de Intervenção		C2 C3 C7
Formação		C2 C4 C7
Planeamento		E6
		C5 C8
		E6
Delegação		C3 E4
Plano de Cuidados		C7
Trabalho Multiprofissional		C3
Avaliação de Desempenho		C4
Integração de Enfermeiros		C4 C8 E4
Visibilidade Cuidados de Enfermagem		C4

Reflexão Profissional

De acordo com os Padrões de Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001) “a qualidade exige reflexão sobre a prática para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados, efectivamente, a reflexão sobre as práticas é uma estratégia reconhecida pelos enfermeiros chefes participantes como importante para a autonomia “Discutir muito, ter muita abertura, (...) e as pessoas poderem falar livremente, podem falar das suas dúvidas, e dizerem não concordo com isso, não está

muito correcto (...) é dotar o próprio enfermeiro de estratégias, para ele depois saber lidar com as situações de forma mais autónoma. (...) Reforço a importância de reflectir sobre as práticas (...) e podermos agir com mais segurança” C4.

Chiavenato complementa que “todas as pessoas de uma organização, independentemente da área, cargo ou nível hierárquico, estão continuamente tomando decisões”. Assim sendo, “a organização é um complexo sistema de decisões” (1999, p. 212), e para que as decisões a tomar sejam as mais adequadas um dos enfermeiros chefes participantes refere que “a estratégia essencial aquela que eu uso como mais habitual é a análise daquilo que se faz, em tudo, em tudo que se faz. Outras vezes é no próprio momento, (...) questiono, como é que se devia fazer?” C2.

Concordamos com Amendoeira quando nos diz que a reflexão sobre as práticas é “estruturante para a formação, a partir do processo de cuidados, tende a criar conhecimento em conjunto, com resultado da interacção dinâmica entre as bases de conhecimento dos autores envolvidos” (2006, p.12), o que é demonstrado pelos enfermeiros chefes quando utilizam as reuniões como estratégia para a reflexão conjunta da equipa e mencionam que “*nós discutimos estes casos de difícil resolução, temos reuniões mensais que também servem para nós discutirmos as nossas necessidades ou as do utente*” C3.

O descrito anteriormente vem ao encontro de uma das sugestões apresentadas no estudo sobre “Decisão Clínica de Enfermagem” (Jesus, 2006, p. 293) em que sugere que os enfermeiros promovam “o estudo e a discussão em grupo”, “temos a nossas reuniões, fazemos uma por mês, aonde discutimos vários assuntos e também é dado espaço aos colegas para fazerem feed-back (...) há uma reunião semanal, informal.” C2 e “as reuniões quase bissemanais e extraordinárias” C8, estas devem ter também como objectivo a discussão “de casos clínicos de utentes ou grupos, que contemplem a análise dos processos de raciocínio (analíticos e intuitivos) e de decisão diagnóstica e interventiva como elementos de um único processo contínuo, bem como incluam a avaliação dos resultados obtidos (...)” (Jesus, 2006, p. 293).

Projectos de Intervenção

A valorização individual do enfermeiro, da sua autonomia e das suas capacidades como profissional, responsabiliza-o para uma nova intervenção, de acordo com as exigências sociais de criatividade e de inovação, os intentos de intervir no futuro e de o

conter dentro de limites previsíveis tendo apostado na metodologia de projecto nas mais diversas áreas de actividade.

Também na saúde, em geral, e na enfermagem, em particular, a metodologia de projectos tem vindo a assumir um peso cada vez maior na concepção, planificação e realização de diversas actividades em distintos níveis, como organizações, serviços e equipas dotadas de significativas margens de autonomia, assumir uma postura criativa e interventora, traduzida na definição e implementação de actividades que sejam localmente significativas. Barbier refere que “a *démarche* de projecto está bastante divulgada e é até utilizada como *instrumento* de formação e de desenvolvimento (...)”. Também se aplica a muitas situações de resolução de problemas, de tomada de decisões, de descoberta de ideias novas, ou de elaboração de soluções novas” (1993, p. 139).

Enquanto que a metodologia de trabalho tem por base a organização do trabalho da equipa e tem por base “os objectivos da organização e unidade de cuidados; o número e tipo de utentes, o seu grau de dependência; os recursos humanos e materiais disponíveis e as características das instalações” (Frederico e Leitão, 1999, p. 160), metodologia de projecto tem por objectivo dar uma resposta específica a uma necessidade ou problema identificado, seguindo o desenvolvimento de quatro etapas principais, segundo Barbier: “Operações de determinação dos objectivos da acção”; “Operações de planificação da acção”; “Operações de avaliação da acção” e “Operações da avaliação do *transfert* do produto da acção” (1993, p. 81).

Esta metodologia de trabalho reconhece quais os enfermeiros que pertencem à equipa de projecto, como seus autores, e como profissionais, assumem-se como agentes de inovação e mudança, contribuindo para a sua valorização pessoal e profissional e consequentemente promove a sua autonomia.

Na realidade, no contexto da saúde, assistimos a uma quantidade e variedade significativa de iniciativas, actividades e programas de acção que se apresentam sob a designação de projectos. Estes inúmeros e diversificados projectos de intervenção em saúde manifestam um dinamismo assinalável nas instituições, no entanto tem de coexistir a coerência organizacional e o sentido estratégico como referências básicas a cuidados de saúde prestados por equipas mais autónoma, participativas e localmente integradas.

Hoje não podemos ser dependentes de programas e planos rígidos e cronologicamente orientados, visto que o quadro global de mudanças na administração dos sistemas de saúde, a globalização, as alterações sócio

demográficas, a configuração da saúde-doença, a imprevisibilidade dos riscos, entre muitos outros factores.

A implementação do processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros de acordo com a Carreira de Enfermagem (Decreto Lei nº 427/91, de 08 de Novembro), nomeadamente, o Despacho 2/93, inicia-se com uma entrevista de orientação inicial, e um dos pontos importantes nesta fase é o de “Motivar o avaliado para a elaboração do seu projecto profissional” (artigo 10º). Estes projectos profissionais são projectos de intervenção e têm por principal finalidade responder a necessidades dos indivíduos/famílias e comunidade.

Os projectos são individuais, mas a definição e selecção de cada projecto implica sempre uma actuação conjunta e concertada, o que pressupõe o conhecimento das propostas, a sua discussão, negociação e compromisso, assim como a adesão e o envolvimento dos vários intervenientes, é discutido com o enfermeiro chefe e após concordância é integrado no plano de actividades de cada enfermeiro de modo a que este tenha tempo suficiente para o seu desenvolvimento, o que nos revela os enfermeiros chefes participante que a *“nível dos projectos o enfermeiro é que escolhe o seu projecto e atribuo mais tempo para a realização destas actividades.”* C3.

Os enfermeiros chefes são um dos avaliadores directos dos enfermeiros da sua equipa e consideram que estes projectos podem ser utilizados como estratégia para a autonomia profissional, como se comprova no extracto da entrevista *“projectos também, acabam por ser uma estratégia, mas pronto, porque nos projectos profissionais há objectivos planeados e há datas programadas para se fazer isto tudo.”* C2.

Para a elaboração do projecto profissional o enfermeiro tem de conhecer a filosofia, objectivos e métodos de trabalho da instituição e do serviço, assim como, as suas funções e ainda, comunidade aonde está inserido para que possa fundamentá-lo organizá-lo, tendo em conta a definição do problema, a determinação dos objectivos, a determinação das necessidades, restrições e viabilidades; o levantamento e selecção das alternativas, a organização do projecto; a Implementação do projecto, os resultados e avaliação do projecto, como é referido pelos enfermeiros chefes participantes *“existem enfermeiros que trabalham por projecto e todos têm manifestado que gostam de trabalhar por projecto, porque é uma forma de nós termos objectivos e (...) concretizá-los. (...) para o enfermeiro chefe também é mais fácil avaliar e portanto é um instrumento muito importante na gestão”* C7.

Efectivamente, o desenvolvimento dos projectos profissionais pelos enfermeiros de uma equipa, também trazem benefícios para as chefias uma vez que reduzem a subjectividade, melhoram o desempenho, melhoram a comunicação e promovem o desenvolvimento dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem. Mas, requerem uma gestão participada, não se limitando, por isso, a um simples processo formal de aprovação. A dimensão estratégica do projecto é a de apresentar de modo preciso o sentido da acção a desenvolver, as metas a atingir, para que no dia-a-dia, seja um documento orientador da acção e de vinculação das práticas a assunção de uma estratégia autónoma dos enfermeiros, o que é confirmado por Abreu (2001, p. 212) *"O centro de saúde representa, actualmente, o local com maiores potencialidades de formação dos profissionais dos cuidados de saúde primários de saúde, visto ser o espaço onde estes podem realizar o seu projecto profissional com maior autonomia."*

Formação

As necessidades em formação estão directamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e de habilidades indispensáveis às exigências crescentes dos serviços, provocadas pelas mudanças sociopolíticas. Os enfermeiros estão conscientes da importância da formação para o seu desenvolvimento e para o desenvolvimento da própria profissão, Carvalho menciona que a formação em enfermagem "deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica" (2003, p. 3).

A formação, segundo Carvalho, tem por objectivo "adquirir capacidades e competências que os ajudem no desempenho do papel autónomo" (2003, p. 6). A autora refere também que a finalidade da formação, no contexto actual "diz respeito ao desenvolvimento das pessoas e não apenas à aquisição de conhecimentos ou de técnicas" e ainda para a "valorização de saberes de outra natureza, relacionados, nomeadamente com a autonomia, a adaptabilidade, o *aprender a aprender*" (2003, p. 11).

A formação ocupa um estatuto de relevo, porque facilita a visibilidade dos saberes práticos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão. E, pelos testemunhos dos participantes verificamos que efectivamente consideram que a

formação contribui para a autonomia profissional *“a formação é importante, as acções de formação que os enfermeiros frequentam (...) que este traga conteúdo destas formações para a equipa e isto é dotar a equipa de conhecimento. (...) se o enfermeiro tem maior conhecimento é evidente que proporciona uma maior autonomia”* C4.

O processo educativo de cada pessoa desenvolve-se seguindo essencialmente dois tipos de formação, a formação académica e a profissional. A formação académica refere-se a todo o percurso escolar. A formação profissional inclui: a autoformação, a formação em serviço e a formação contínua.

A auto-formação permite ao profissional ser um agente activo e responsável pela sua formação, através da qual ele adquire *“autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão”* (Carvalho, 2003. p. XVII).

A formação em serviço visa a satisfação das necessidades individuais de cada profissional da equipa e constitui-se como *“um processo de desenvolvimento de pessoas que garante motivação para a mudança de comportamentos rumo à excelência pessoal e profissional, auxiliando as pessoas a aprender e crescer rapidamente, produzindo resultados profissionais mais satisfatórios”* (MEZOMO, 2001, p. 19). O descrito é confirmado pelo participante C2 *“a formação, contínua, em serviço, que é muito importante porque foi de acordo com as necessidades da equipa, é uma forma de aumentar a sua bagagem teórica e também prática”*.

A formação contínua emergiu também dos discursos dos enfermeiros chefes, e esta tem por finalidade o aprender ao longo da vida e é considerada por Dias e Brito como um *“conjunto de acções educativas, colectivas ou individuais, facilitadoras ou aconselhadas aos trabalhadores no decurso da sua carreira profissional”* (in Frederico e Leitão, 1999, p. 135), tem por objectivo *“promover a actualização e a valorização pessoal e profissional dos funcionários, em consonância com as políticas subjacentes aos programas de desenvolvimento, inovação e mudança”* (in Frederico e Leitão, 1999, p. 137), deve permitir que o enfermeiro adquira o máximo do seu desenvolvimento pessoal, profissional e cultural.

Neste sentido, o Decreto-Lei nº 437/91 de 08 de Novembro privilegia a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos, prevendo também mecanismos que favoreçam e permitam concretizar a formação contínua.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 88º, referente à excelência do exercício, na alínea c) prescreve que o enfermeiro tem o dever de *“manter a*

actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Nunes et al refere ainda que “O dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios” (2005, p. 137).

A enfermagem exige dos seus profissionais, para além de conhecimentos actualizados, habilidades afectivas, cognitivas e motoras. A aquisição de habilidades é conseguida através da prática e do treino. O treino consiste num “método organizado de se garantir que as pessoas possuam conhecimentos e habilidades (...) para executar os deveres inerentes a seu trabalho” (Marquis e Huston, 1999, p. 287).

É uma das funções do enfermeiros chefe o reconhecimento de necessidades de formação dos enfermeiros da sua equipa e propor a forma mais adequada para a conseguir, assim como motivar cada um ou o grupo para a mesma, o que é reconhecido pelos enfermeiros chefes participantes “o chefe também tem que ir verificando se há necessidade de formação. A formação contínua é essencial para que o enfermeiro seja autónomo” C7. porque contribui “para modificar o comportamento do funcionário e melhorar a competência, o que constitui uma meta de todo o desenvolvimento dos funcionários” (Marquis e Huston, 1999, p. 287).

A formação profissional é, em suma, uma “actividade de formação desenvolvida em resposta a situações/problemas identificados no seio de uma profissão, visando a aquisição de conhecimentos teóricos, capacidades práticas e atitudes exigidas para o exercício das mesmas” (Frederico e Leitão, 1999, p. 139), pelo que se percebe que seja considerada como factor facilitador da autonomia profissional.

Planeamento estratégico

O planeamento já mencionado como prática promotora para a autonomia profissional, é novamente referenciado pelos enfermeiros chefes, como estratégia conducente à autonomia dos enfermeiros. Nesta categoria consideramos o planeamento estratégico que emergiu dos discursos dos enfermeiros chefes “*Uma das estratégias de gestão é planear, o planeamento*” C3.

O planeamento estratégico é atribuído a planos de longa duração (5 a 15 anos) mas ao “nível da unidade, qualquer planeamento com o mínimo de 6 meses de

antecedência pode ser considerado um planeamento de longo prazo” (Marquis e Huston, 1999, p. 72).

O planeamento estratégico é um processo administrativo que engloba a missão, objectivos e metas, assim como os constituintes e o desenvolvimento das estratégias para atingir as metas. O planear é “uma função exigida a todos os enfermeiros de maneira que as necessidades e objectivos possam ser satisfeitos”, e em especial ao enfermeiro chefe (Marquis e Huston, 1999, p. 88).

Da etapa final do planeamento faz parte “escrever claramente as metas e objectivos identificados, comunicando as mudanças aos subordinados e periodicamente avaliando e revisando metas e objectivos quando necessário”. Assim podem surgir três tipos de planos: “políticas”, “procedimentos” e “normas e regulamentos”. As “políticas” referem-se a “declarações ou instrumentos que dirigem uma organização na sua tomada de decisões”. Os “procedimentos” definem uma “sequência de acções necessárias”. E as “normas” descrevem “ações [sic] específicas ou não-ação” e os “regulamentos” mencionam as “situações que permitem apenas uma escolha de ação” (Marquis e Huston, 1999, p. 89).

Os enfermeiros chefes participantes enumeraram as **Normas e os Protocolos** como estratégias promotoras de autonomia profissional, como se pode constatar nos dois extractos das entrevistas que se seguem: “*A elaboração de norma e de protocolos de actuação para os enfermeiros*” C5 e “*È importante estabelecer protocolos, para que toda a gente saiba que deve fazer daquela maneira, quando é substituído*” C8.

Neste sentido Mezono (2001, p. 93) refere que “Ninguém nasce sabendo. As pessoas não sabem como agir para garantir excelência” e continua afirmando que “as pessoas sejam treinadas” e uma das condições que devem ser tidas em conta que o “treinamento deve enroscar a prática e abordar toda a rotina de trabalho, que deve ser escrita com a especificação de todas as etapas”, pelo que recomenda (entre outras estratégias) que se devem “Elaborar (apresentar) normas, rotinas, procedimentos, sistemas de avaliação e recomendações práticas”.

O autor supra citado menciona que estas práticas “fortalecem, ganham confiança, melhoram sua auto-imagem, (...) têm orgulho do que fazem, garantem melhor imagem para a organização, colaboram com o ambiente de trabalho tornando-o local de eleição para todos e sentem-se realizadas” (2001, p. 93), pelo descrito verificamos que esta é uma estratégia que pode promover a autonomia, principalmente dos enfermeiros iniciados.

Outra subcategoria que emergiu nos discursos dos nossos participante foi a utilização do **Plano de trabalho** como estratégia que promove a autonomia dos enfermeiros “quando é estabelecido um plano de trabalho para o desenvolvimento das actividades, e para desenvolver estas actividades, claro que está a ser promovido “ E6.

O plano de trabalho é uma das actividades de administração e para a sua realização há que ter em conta os meios humanos, os meios materiais, e os objectivos a serem atingidos. No Centro de Saúde de Ponta Delgada os enfermeiros chefes elaboram os planos de cuidados tendo também em consideração a experiência profissional de cada enfermeiro da sua equipa, as suas preferências e a organização do serviço, resultando num quadro de distribuição de pessoal pelas actividades a desenvolver em cada área (saúde infantil, saúde escolar, saúde materna, planeamento familiar, grupos de risco, cuidados domiciliários, entre outros) pelos períodos de trabalho, por dia/semana /mês. Com esta organização do trabalho, os enfermeiros manifestam que a sua autonomia está a ser fomentada, como verificamos no extracto da entrevista supra citada.

O Plano de Cuidados, surge também como estratégia de autonomia, efectivamente, o processo de enfermagem surgiu nos anos 50, e ainda hoje é utilizado em muitas instituições e serviços, como um processo de resolução de problemas/necessidades das pessoas, quer em contexto hospitalar, quer em contexto de Cuidados de Saúde Primários. É constituído por cinco passos, nomeadamente: avaliação de enfermagem, identificação de problemas, planeamento, implementação e avaliação final. Vários autores introduziram alterações a este processo, tendo este evoluído e chegado aos dias de hoje.

Para prestar cuidados de enfermagem de qualidade é necessário existir planeamento. O planeamento é uma das fases do processo de enfermagem, que se traduz na elaboração escrita do plano de cuidados e envolve: a identificação de problemas/necessidades do cliente/família, o estabelecimento de objectivos, a definição de prioridades, a identificação de resultados desejados e determinação de intervenções. Constitui assim, um roteiro das prescrições de enfermagem como forma de sistematizar os cuidados, garantindo a organização do trabalho de acordo com um método científico.

A utilização do plano de cuidados facilita: a continuidade de cuidados, a comunicação, como nos refere um dos enfermeiros chefes participantes “*O plano de cuidados que o enfermeiro faz, os registos de enfermagem, o feedback dos utentes e todo o diálogo que se estabelece*” C7. Efectivamente, o plano de cuidados não promove só a comunicação com os utentes, mas com toda a equipa de cuidados, principalmente

com os outros profissionais, permitindo a partilha de informações, de acções desenvolvidas e a desenvolver e resultados obtidos com as mesmas, proporcionando cuidados holísticos, dando deste forma visibilidade ao trabalho dos enfermeiros e às suas actividades autónomas.

O plano de cuidados contribui ainda para a determinação das necessidades em pessoal, o ensino, a investigação, assim como “consubstancia o plano de cuidados para as entidades participantes, acreditação e necessidades legais” (Doenges e Moorhouse, 1994, p. 82).

Para estabelecer um plano de cuidados o enfermeiro tem de dominar um corpo de conhecimentos científicos, os padrões de enfermagem e as próprias políticas da instituição e como dizem Doenges e Moorhouse “a enfermeira é responsável por estar actualizada” as “intervenções têm de ser deliberadas e oportunas e incluem actividades de enfermagem independentes (...) bem como todas as actividades em colaboração necessárias” (1994, p. 74).

A implementação do plano de cuidados de enfermagem é uma das actividades dos enfermeiros, e como tal, constitui um instrumento de trabalho que, ao ser implementado pode constituir-se como mais uma estratégia para garantir a autonomia profissional do enfermeiro no desempenho.

Nesta categoria emergiu também a subcategoria **Gestão do Tempo**, na realidade, a falta de tempo na nossa vida profissional é, cada vez mais, um problema. Cada vez mais sentimos que os níveis de pressão com que somos confrontados no exercício das nossas actividades profissionais são hoje consideravelmente maiores, sendo-nos requerido que façamos cada vez mais e melhor e, se possível, em menos tempo. Particularmente para quem chefia e de quem a instituição espera que atinja resultados, através de uma rentabilização máxima dos recursos básicos que tem à sua disposição, as pessoas e o tempo, com padrões de exigência cada vez mais elevados.

Numa Unidade de Saúde é o enfermeiro chefe que tem por função gerir o tempo da sua equipa e de cada elemento através da elaboração dos planos de distribuição das actividades, de acordo com as necessidades em cuidados e com as competências dos enfermeiros e da elaboração dos horários e planos de férias.

A gestão do tempo faz parte do processo de planeamento integra o planeamento de curto prazo, este pode ser feito anual, mensal, semanal, ou por hora. Administrar o tempo é “fazer óptimo uso do tempo disponível” (Marquis e Huston, 1999, p. 109), para isso, é necessário ao enfermeiro chefe “requerer análise das características do

trabalho e dos hábitos de trabalho individual dos membros da equipe e intervenção onde o uso do tempo não for produtivo” (Tapenn cit Marquis e Huston, 1999, p. 109). O que é reconhecido participante E6 como incentivo e como estratégia que depende do chefe “se o chefe dá tempo e disponibilidade para ele desenvolver estas actividades, não deixa de ser um incentivo, uma estratégia para que consiga realmente esses objectivos” E6.

Há três etapas cíclicas a considerar na gestão do tempo, nomeadamente: “alocar tempo ao planeamento e estabelecer prioridades”; “completar a tarefa de mais alta prioridade (...) e terminar uma tarefa antes de iniciar outra” e por último “repriorizar baseado nas tarefas remanescentes e em nova informação que possa ter recebido” Marquis e Huston, 1999, p. 110).

Efectivamente, com a gestão do tempo conseguimos (Abreu e Moreira, 2002, p. 28): “mais tempo disponível”; “melhores desempenhos profissionais (o seu próprio e o da sua equipa)”; “melhores comunicação e relação interpessoal com o seu grupo de trabalho”; “maior responsabilização dos seus colaboradores”; “maior motivação de todos (mais justiça e estabilidade)”; “melhor capacidade de previsão / planeamento”; “em suma, mais eficácia e maior satisfação da sua equipa de trabalho e, consequentemente, de si próprio”.

Assim verificamos que a gestão do tempo constitui-se com uma estratégia fundamental para sedimentar autonomia profissional dos enfermeiros.

Delegação Estratégia de Autonomia

Como já foi referido anteriormente, a delegação é um elemento do processo da administração. Uma das funções do enfermeiro chefe é obter resultados mediante dois recursos básicos – as pessoas e o tempo. O aproveitamento das potencialidades de todos os membros da equipa é uma exigência que o gestor tem de confirmar. Para isso, o enfermeiro chefe deve reservar uma parte do seu tempo para planear, organizar e avaliar o desempenho dos enfermeiros, tendo em conta os objectivos previamente fixados.

Nos termos do artigo 10º do REPE (Decreto-Lei nº 161/96), os enfermeiros podem delegar tarefas mas apenas a “pessoal deles funcionalmente dependentes, quando este tenha preparação necessária para as executar (...)”. Poder-se-á dizer que se delega quando deliberadamente se confere autoridade a outro, para executar uma

tarefa que até então era desempenhada pela chefia. Assim, é “inerente a esta delegação a assunção da responsabilidade pelos actos praticados” (Nunes et al, 2005, p. 138), o que está de acordo com o referido por um enfermeiro chefe participante neste estudo “(*... por exemplo, pôr alguém responsável, este responsável têm de estar motivado, por exemplo pela saúde escolar (...) e é também responsável pelo planeamento de actividades naquela área*)” C3.

No entanto os enfermeiros chefes são sempre, em última instância, responsáveis por tudo o que se passa na sua unidade de saúde e delegar não significa alheamento ou demissão. Segundo Abreu e Moreira a delegação tem diversas vantagens, nomeadamente:

- *permite-lhe concentrar-se em aspectos do trabalho que requerem a sua experiência e as suas aptidões específicas, ou seja, deixa-lhe tempo e espaço para se dedicar às acções de carácter mais estratégico que só a si competem, enquanto responsável;*
- *possibilita-lhe fazer antecipações, mediante um planeamento atempado;*
- *melhora o espírito de equipa, gerando nos colaboradores maior espírito de cooperação;*
- *prepara os “delegados” para maiores responsabilidades, evitando a admissão de novos colaboradores, por via da familiaridade resultante da prática experimentada;*
- *confere-lhe a possibilidade de observar, de forma sistemática, o nível de desenvolvimento dos seus colaboradores, e, conseqüentemente, contribuir para o progresso que se venha a verificar”* (2002, p. 19).

No Centro de Saúde de Ponta Delgada o serviço de enfermagem está organizado em áreas programáticas, constituídas por um grupo de Unidade de Saúde, em zonas geográficas próximas. Em cada área programática, uma das Unidades de Saúde é designada por unidade sede, aonde está o posto de trabalho da enfermeira chefe, a partir da qual gere todas as outras, em termos de recursos humanos de enfermagem, materiais e cuidados de enfermagem.

A enfermeira chefe, no âmbito das suas funções de gestão dos recursos humanos, mobiliza os enfermeiros para as outras Unidade de Saúde da sua área, ficando estes com algumas funções delegadas, nomeadamente, na gestão de alguns aspectos dos recursos materiais e dos cuidados directos à população, e isto é referido pelos enfermeiros como factor promotor de autonomia “*Quando o enfermeiro chefe coloca um enfermeiro noutra unidade de saúde da sua área, responsável pela prestação directa dos cuidados, da gestão, da formação de alunos, é também uma forma de fomentar a autonomia*” E4.

A atribuição de autoridade/responsabilidade/confiança confere ao delegado poder, direito de tomar decisões e a agir pelo que se pode concluir que esta é mais uma estratégia que efectivamente pode contribuir para a promoção da autonomia profissional dos enfermeiros.

Trabalho multidisciplinar estratégia de autonomia

Em Cuidados de Saúde Primários a diversidade e a complexidades das situações a resolver é tarefa impossível para um único grupo profissional, efectivamente, os profissionais devem reconhecer e responder adequadamente a necessidades de todos os tipos, o que requer amplos recursos assistenciais, só possível através de um trabalho em equipa multidisciplinar. Portanto, tem de existir um conjunto articulado e contínuo das acções preventivas e curativas, individuais e colectivas, obrigando para cada caso a articulação dos saberes e responsabilidades específicos de cada profissional que garantam uma assistência mais integral e adequada. O que é reconhecido pelos enfermeiros participantes deste estudo *“O enfermeiro promove muito o trabalho em equipa, quando surge a necessidade de intervenção de outro técnico, o enfermeiro entra em contacto com o outro técnico.”* C3.

O trabalho em equipa surge assim como uma estratégia importante para promover: a qualidade dos serviços; o estabelecimento de prioridades; a redução da duplicação dos serviços; a intervenções criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação e a redução da rotatividade dos elementos da equipa, contribuindo para um processo de especialização e partilha do saber, para o reconhecimento e visibilidade de cada profissão, aumentando a sua auto-estima, autonomia e satisfação no trabalho, tendo por base um sentido único prestar cuidados de qualidade à pessoa/família/comunidade. O que vem contribuir para diminuir a visão reducionista e fragmentada do ser humano.

O trabalho em equipa multidisciplinar significa a actuação conjunta de várias categorias profissionais, com seus saberes e responsabilidades específicos. Martin Zurro e tal (1991, p. 29) referem-se à equipa *“...como um grupo de indivíduos com contributos distintos, com uma metodologia compartilhada, frente a um objecto comum...”*

A multidisciplinaridade provoca uma flexibilidade nos limites das competências e exige um esforço contínuo de cada grupo profissional no sentido de permitir a complementaridade a partir do seu núcleo de competência.

Alves (2008) no seu trabalho sobre “Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho” refere que as reuniões das equipas multiprofissionais constituem-se como momentos de extrema importância porque: *“são um espaço comum de partilha, debate e reflexão dos vários profissionais acerca das experiências em contexto de trabalho”*; “promovem aprendizagens (...) debate e consequente reflexão individual e conjunta do grupo com tomadas de decisão”, contribui para uma “melhor prática para dar resposta às necessidades deste utente” e incentiva “à pesquisa, leituras e participação em reuniões clínicas.”

Estas reuniões, segundo Alves (2008) “podem ser potencialmente formativas pois incentivam os indivíduos à sua autoformação através da apropriação de um conjunto de influências e experiências porque passou, reflectindo acerca destas e fazendo um trabalho sobre si de autoconstrução como profissional e pessoa”, capacitando-o para um agir autónomo e responsável.

Avaliação do Desempenho como estratégia de autonomia

A presente avaliação do desempenho dos enfermeiros está publicada no Decreto-Lei nº 437/91, de 08 de Novembro e no Despacho nº 2/93, de 30 de Março e consiste na avaliação contínua do desempenho do enfermeiros resultando deste processo uma menção qualitativa, de satisfaz ou de não satisfaz.

A avaliação do desempenho tem por objectivos: “Contribuir para a que o enfermeiro melhore o seu desempenho, através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades”; “Contribuir para a valorização do enfermeiro, tanto pessoal como profissional, de modo a possibilitar a sua progressão e promoção na carreira”; “Detectar factores que influenciem o rendimento profissional do enfermeiro” e ainda “Detectar necessidades de formação” (Decreto-Lei nº 437/91, de 08 de Novembro, artigo 43º, ponto 2) pelo que concordamos com Frederico e Leitão quando afirmam que a avaliação do desempenho veio possibilitar “a melhoria da qualidade do trabalho que desenvolvemos e a promoção da imagem da profissão, contribuindo para a sua autonomia”. (1999, p. 146).

A avaliação do desempenho é um “processo estratégico que pode ser usado como instrumento de gestão, nesta função tem como objectivo melhorar os resultados da organização, melhorando o desempenho individual” (Frederico e Leitão, 1999, p. 145), e os enfermeiros chefes participantes referem que *“A avaliação do desempenho é muito importante, não só para reforçar os aspectos positivos, mas também para melhorar outros aspectos que possam estar a falhar”* C4.

Este processo de avaliação está implementado no Centro de Saúde Ponta Delgada, conforme o legislado e todos os enfermeiros são avaliados. O sistema de orientação é composto por uma avaliação contínua, mas existem duas fases distintas a entrevista de orientação inicial e as entrevista periódicas de orientação, que se revestem de uma importância acrescida, porque permitem a reflexão das práticas e projectar o trabalho futuro. Assim, a entrevista de orientação inicial tem como objectivos: “Integrar o enfermeiro avaliado na filosofia e métodos de trabalho (...)”; “Ajudar a interpretação das normas de actuação profissional e dos critérios de avaliação do desempenho (...)”; “Definir os papéis e as acções a desenvolver (...)” e também “Motivar o enfermeiro para elaborar o seu projecto profissional e o plano de acção anual (...)” (Despacho nº 2/93, de 30 de Março, artigo10º), o que é fundamental para a integração do enfermeiro no desempenho das suas funções e no sentir-se profissional daquela instituição, daquele serviço e daquela equipa.

No processo de avaliação do desempenho “é necessária convergência entre os objectivos institucionais e os objectivos individuais, ou seja, o projecto de cada indivíduo deverá ser consonante com o projecto da organização, para que haja crescimento e desenvolvimento recíproco” (Frederico e Leitão, 1999, p. 145).

A elaboração de um projecto profissional individual faz parte do processo da avaliação do desempenho e pretende-se que o enfermeiro planeie, execute e avalie os objectivos a que se propôs, de acordo com as suas funções, interesses e necessidades.

É, ainda de referir que a entrevista periódica de avaliação tem igualmente objectivos muito importantes a cumprir, nomeadamente: “Ajudar o enfermeiro avaliado a seleccionar estratégias e meios à optimização das suas capacidades”; “Promover o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação” e “Promover a autonomia do desempenho profissional e participação no trabalho em equipa” (Despacho nº 2/93, de 30 de Março, artigo11º).

Pelo descrito, verificamos que o processo de avaliação de desempenho pode ser efectivamente uma estratégia para a promoção da autonomia profissional dos enfermeiros.

Integração Profissional como estratégia de autonomia

As enfermeiras que “entram em cada novo serviço com o estatuto de iniciadas; têm dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem na realidade” (Benner, 2005, p.45), pelo que se torna fundamental a existência de um período de integração. Para os enfermeiros chefes a integração foi também mencionada como uma das estratégias de gestão que pode contribuir para a autonomia profissional dos enfermeiros *“É importante haver uma integração dinâmica”* C8.

A integração é um “ processo de introdução e aculturação (...) às práticas e filosofias predominantes da organização e, simultaneamente de desprendimento de hábitos indesejados que devem ser eliminados do comportamento do recém admitido” (Laselva et al, 2003, p.160), o que é corroborado pelo participante C4 *“É um momento também importante a integração dos enfermeiros: explicar toda a filosofia do nosso Centro de Saúde e falar um pouco sobre as funções dos enfermeiros de cuidados gerais, falar sobre o código deontológico, o REPE, porque eles às vezes do próprio curso só trazem ideias”*.

Em sequência da última frase mencionada por C4 um dos mecanismos que pode auxiliar a mudança de papel entre o aluno de enfermagem e o profissional de enfermagem recém formado é de acordo com Kramer a “socialização antecipada nas escolas de enfermagem” que “prepara o novo profissional para o inevitável choque da realidade”. (in Marquis e Huston, 1999, p. 260). Neste sentido Schmalenberg e Kramer referem que existem quatro fases nesta transição: a da “lua-de-mel”; a do “choque”; a da “recuperação” e a da “solução” (in Marquis e Huston, 1999, p. 260).

Para Azevedo (1996, p. 11) os enfermeiros chefes são responsáveis pela integração do novo elemento, o que requer planeamento, liderança, organização e avaliação. Esta avaliação deve ser progressiva para que possa fazer as alterações necessárias para melhorar e a personalizar o processo de integração. As enfermeiras chefes, devem também, zelar pela implementação e manutenção de uma estrutura

organizacional que facilite a integração, esta deve ser flexível, aberta e ter por base uma relação harmónica entre os residentes e os integrados.

Por outro lado é importante o acompanhamento do enfermeiro em integração por um enfermeiro modelo, este enfermeiro tem de ser experiente e competente, porque “maiores as possibilidades de os novos funcionários apresentarem bom desempenho. Isso tem-se mostrado como elemento contribuinte ao desempenho qualificado” (Kramer & Schmalenberg in Marquis e Huston, p. 255) o que é confirmado como uma prática por enfermeiro chefe participante “*O enfermeiro quando entra para a equipa fica um tempo acrescido (...) sob supervisão do enfermeiro chefe, em conjunto com o enfermeiro com mais experiência*” E4.

A este respeito, Ferreira (1994, p. 154) de acordo com os resultados obtidos no seu estudo sobre “Processos de Integração em Enfermagem”, afirma que o grupo de “enfermeiros formalmente integrados o sentido de cooperação é a atitude mais vezes indicada, logo seguida de sentimentos de segurança e aceitação. No grupo não formalmente integrados surgem atitudes de insegurança em primeiros lugar, desmotivação e conflituosidade.”

Este processo de adaptação às novas funções de profissional visa os seguintes objectivos: “Estabelecer atitudes favoráveis ao funcionário em relação à organização, à unidade, (...)”; “fornecer as informações e a educação necessárias ao sucesso no cargo” e “Instilar uma sensação de pertinência e aceitação, resultando em “maior produtividade, menos violações a regras, menos atritos e maior satisfação do funcionário” (Marquis e Huston p. 248), contribuindo desta forma para o seu desenvolvimento e consequentemente da sua autonomia profissional.

Visibilidade dos cuidados de enfermagem como estratégia de autonomia

Ainda para muitas pessoas, a imagem que têm da Enfermagem é da subalternidade à medicina, para outras o seu conceito revela uma enfermagem como profissão autónoma, Adam (1994, p. 27) salienta que a concepção que temos de algo, pode variar de pessoa para pessoa. Sendo assim, cabe ao enfermeiro demonstrar à Sociedade qual o seu papel, bem como a sua responsabilidade na promoção, manutenção da saúde e prevenção da doença, actuando a nível individual, familiar e comunitário.

As imagens e percepções que a sociedade possui, relativamente à enfermagem têm sofrido alterações ao longo dos tempos, sendo proporcional às constantes exigências sociais e à evolução do papel do enfermeiro na sociedade.

Watson (2002, p. 46) diz-nos que “há uma falta de consciência pública acerca da enfermagem e dos seus diversos talentos e contribuições (...) e que a “mudança virá quando enfermagem e enfermeiros estiverem directamente alinhados com o povo que eles servem.” Sendo assim, cabe ao enfermeiro demonstrar à Sociedade qual o seu papel, bem como a sua responsabilidade na promoção, manutenção da saúde e prevenção da doença, actuando a nível individual, familiar e comunitário.

Como podemos constatar na unidade de registo que abaixo transcrevemos os enfermeiros já têm esta consciência e reportam o dar visibilidade dos cuidados aos utentes e à comunidade em geral como estratégia para a promover a sua autonomia: *“é darmos a conhecer aos nossos utentes que nós damos consultas de enfermagem (...) e não como subalternos dos médicos e sim como uma pessoa que age autonomamente de acordo com as suas competências, que é ser enfermeiro. (...) importante trabalhar a nossa própria população, a comunidade em geral (...) é importante para que se vá alterando um pouco a imagem da enfermagem”* C4.

Apesar, de nos discursos dos enfermeiros, e principalmente dos enfermeiros chefes, terem emergido algumas práticas e estratégias conducentes à autonomia profissional dos enfermeiros, será que os enfermeiros as reconhecem como tal?

QUADRO Nº 14 – AUSÊNCIA DE PRÁTICAS E DE ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE AUTONOMIA

DISCURSO	ENTREVISTA
Ausência de práticas	E1 E3 E5 E7 E8
Ausência de Estratégias	C6 E1 E2 E3 E5 E7 E8

Na procura desta resposta verificamos a existência de relatos em que os enfermeiros assumem uma **Ausência de práticas conducentes à autonomia**.

Watson diz que “Apesar de retórica aptidão da enfermagem acerca dos enfermeiros serem profissionais autónomos, agentes de mudança e líderes, a aptidão e as instituições normalmente recompensam a obediência e a conformidade, em vez da

assertividade, do questionar e da diferença” e continua dizendo que estas “abordagens autoritárias abafam os comportamentos criativos, inquiridos e ousados, necessários para uma profissão de saúde madura”. (2002, p. 37), é significativo os relatos de enfermeiros participantes que desconhecem a existência de práticas que promovam a autonomia por parte dos enfermeiros chefes “(... *explicitamente não*”, E1, “*Não, sinceramente nunca vi*”. E5, “*Não conheço se existe alguma prática de gestão com este objectivo.*” E8 e “*Estou a tentar lembrar-me, mas só recordo diversas situações em que não houve*” E7.

De acordo com Stoner e Freeman (1995, P. 346) os estilos de liderança referem-se aos “vários padrões de comportamento preferidos pelos líderes durante o processo de dirigir e influenciar os trabalhadores.” Neste sentido verificamos no discurso de um enfermeiro que a autonomia é mediada pela chefia “*A chefe dá-nos autonomia, claro, sempre que a situação permita*” E3.

Quando a liderança directiva é utilizada pelas pessoas, “estas consideram-se a si mesmas em posição de autoridade e esperam que os seus seguidores a respeitem e obedeçam às suas ordens. Não encorajam a iniciativa e geralmente solicitam apenas a mínima cooperação entre os membros do grupo” (Frederico e Leitão, 1999, p. 80) como nos refere E2 “A maneira como os chefes a nível da equipa fazem não promovem com que o enfermeiro seja 100% autónomos”. Frederico e Leitão reforçam, ainda que “uma liderança baseada em relações de desconfiança, de medo e de tensão, falta de comunicação com os colaboradores, conduz a uma insegurança, à realização de acções incorrectas de forma consciente ou inconsciente e uma forte resistência à mudança” (1999, p. 83).

Martin Zurro, Palet Ferrero e Sole Bas, referem-se à equipa “...como um grupo de indivíduos com contributos distintos, com uma metodologia partilhada, frente a um objecto comum...” (1999, p. 29), mas contrariamente ao que seria de esperar existem enfermeiros participantes que consideram que nas actividades interdependentes não são autónomos “*Nas funções interdependentes o enfermeiro não tem tanta autonomia. Um enfermeiro para implementar uma prescrição acho que não é autónomo*” E3 e dizem ainda que “*um serviço aonde existe muita interdependência de actividades e portanto não temos grande capacidade de prestação de actividades autónomas de enfermagem (...) As interdependentes para mim não são autónomas, (...) dependem sempre do consentimento de outra pessoa.*” E5.

Neste conceito de equipa não há necessidade da existência de hierarquias entre os diversos elementos da equipa. O objecto comum é o cliente, e este deve ser o foco central da atenção da equipa.

Hesbeen vem reforçar esta reflexão afirmando que “Assim sendo, para além dos aspectos puramente cuidativos comuns a todos os intervenientes da equipa, não pode ter-se do exercício da enfermagem uma imagem que os restrinja a actividade e a tarefa”. O mesmo autor menciona ainda que “Embora seja necessário mantermo-nos atentos e não sermos redutores, podemos afirmar que as enfermeiras e os enfermeiros dispõem de alguns meios particulares que fazem parte dos seus recursos e que lhes conferem a especificidade necessária para garantir a sua função de perito...” (2000, p. 34)

Igualmente Lavouras (2005, p.167) na sua investigação realizada em outro Centro de Saúde desta ilha verificou a existência de factores limitantes da implementação dos princípios inerentes aos Cuidados de Saúde Primários, dos quais salientamos, “o deficit da valorização profissional e o mau funcionamento da equipa (...) e a “supremacia” médica, dentro da equipa multiprofissional”. Também em relação às estratégias encontramos discursos que referem Ausência Estratégias conducentes à autonomia.

O participante C6 não referiu a utilização de qualquer estratégia de gestão que contribuísse para a promoção da autonomia profissional dos enfermeiros da sua equipa. Por outro lado, os participantes E5 e E8 também não reconheceram nenhuma estratégia fomentada pelo enfermeiro chefe. Mas, considerando as entrevistas referentes aos enfermeiros supra citados verificamos que:

- O enfermeiro participante da equipa de C6, identificou como estratégias promovidas pelo enfermeiro chefe, a utilização de plano de trabalho e a gestão do tempo;
- O enfermeiro chefe participante que chefia a equipa de E5, identificou como estratégias promovidas pelo enfermeiro chefe a existência de normas e protocolos;
- O enfermeiro chefe participante que chefia a equipa de E8, reconheceu como estratégias promovidas pelo enfermeiro chefe a existência de normas e protocolos o trabalho em equipa multiprofissional e a reflexão profissional.

Pelo descrito, pensamos que apesar de terem sido identificados actividades e procedimentos que foram reconhecidas como promotoras da autonomia profissional, estas podem ter subjacente ao seu comportamento estratégias implícito em vez de explícitas, ou a finalidade a que se destinam não tem a ver com a autonomia.

É significativo, os enfermeiros participantes que revelam desconhecer a existência de estratégias de gestão promovidas pelo enfermeiro chefe para promover a autonomia profissional dos próprios enfermeiros, como são exemplo as transcrições das unidades de registo: “*não tenho esta noção*” E1; “*Não me apercebi se existem estratégias neste sentido, mas acho que não*”. E2; “*Desconheço*” E3; “*Pois, não, não vi nenhuma estratégia*” E7.

O agir é, simultaneamente, “fundado pela autonomia (que se exerce ao agir) e pela responsabilidade – e se tomar decisões é assumir responsabilidade, também decorre de se ter responsabilidades” (Nunes, 2006). Nunes (2006) refere que “o que age é aquele que pode: a relação da acção com quem age é uma relação do meu eu com o conjunto dos meus actos, sejam eles pensamento, palavras ou acções”. E, afirma ainda que “não apenas realizamos as nossas acções, também as pensamos e as dizemos”.

Como constatamos, nós enfermeiros já possuímos um conjunto sabres próprios, que nos permite um agir autónomo, para que tomemos decisões no sentido de um agir que responda efectivamente às necessidades das pessoas, e desde modo garantir a visibilidade dos cuidados que prestamos.

A representação social de cada profissão depende das “atitudes, comportamentos e respostas que os seus elementos transmitem para a sociedade” (Nunes, 2005, 39), por outro lado, se cabe a Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 3º, ponto 2, alínea a) “zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de cada enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros”, então cabe a cada membro dar o seu contributo para a dignificar da profissão.

5 - ACHADOS SOBRE AUTONOMIA – SÍNTESE

A concepção de enfermagem implica, que se considere a sua natureza e seus fundamentos, para a clarificação da sua identidade e para a tomada de decisões estratégicas sobre os respectivos conteúdos e sobre os processos de desenvolvimento adequado à excelência da prática dos cuidados. É, neste contexto, para que sejam garantidos cuidados de qualidade, fundamental uma gestão eficiente de todos os níveis de chefias em enfermagem, quer sejam directas, intermédias, superiores ou de direcção que surge a necessidade de promover autonomia profissional.

Na procura de dados, que nos levassem a encontrar as melhores estratégias de promoção de autonomia, partimos para esta pesquisa e constatamos que estamos no caminho, no mapeamento do problema fomos construindo o pensamento dos participantes que agora passamos a sintetizar e que constitui a expressão dos contributos para novas investigações e uma intervenção no terrenos com um saber acrescido. Assim, nesta síntese iremos responder a cada uma das nossas questões de investigação, para uma melhor compreensão dos achados encontrados.

Que importância atribuem os enfermeiros chefes aos valores da profissão?

O grupo dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros no que concerne aos valores, verificamos que globalmente identificaram: a verdade (honestidade e direito à informação); altruísmo e solidariedade (respeito, partilha de conhecimentos e acção em função do interesse do outro); liberdade responsável (responsabilidade e capacidade de escolha); competência profissional (saber mobilizar e transferir conhecimentos); igualdade (dignidade humana) e justiça, valores que se aproximam dos expressos no código deontológico dos Enfermeiros

As categorias de maior representação nos valores foram altruísmo, Igualdade, solidariedade, liberdade responsável e competência profissional nos dois grupos de enfermeiros. Considerando agora as categorias de surgiram isoladas apenas com significado para cada grupo verificamos que os chefes valorizaram o valor verdade, e os enfermeiros o valor justiça.

Se analisarmos as diferenças entre o enfermeiro chefe e o enfermeiro pertencentes à mesma equipa verificamos que os valores não coincidiram, pelo que poderá indiciar a necessidade de discussão entre os membros de cada equipa. O que nos leva a identificar a necessidade de que o enfermeiro chefe deve estimular todos os

funcionários a ler e pensar sobre a missão ou filosofia da organização assim como sobre o código deontológico dos enfermeiros, para que todos tenham uma visão mais clara dos fins e metas da instituição, e uma melhor compreensão de como devem integrar os valores profissionais.

Que bases científicas identificam os enfermeiros chefes como básicas para a autonomia em enfermagem?

Perante esta questão os participantes reconhecem existir conhecimentos que suportam a autonomia profissional. Dos discursos emergiram duas categorias: conhecimentos específicos da enfermagem e conhecimentos de áreas afins.

Na categoria conhecimentos específicos, despontou a subcategoria Teoria e Técnica Profissional, sendo a mais referenciada pelos dois grupos profissionais. As subcategorias Investigação e comunicação foram das que obtiveram mais menções pelos enfermeiros chefes, contudo não foram referenciadas pelos enfermeiros. Nos discursos dos enfermeiros emergiram sub categorias diferentes sendo a formação adquirida durante o curso de enfermagem e a Saúde Mental as referidas.

Em relação à categoria conhecimentos em áreas afins, ambos os grupos foram unânimes nas áreas da psicologia e da sociologia, tendo sido em simultâneo, as mais referenciadas, com menor representação surge a ética/moral, a biologia e a farmacologia. Os enfermeiros chefes identificaram áreas que estão directamente relacionadas com o desempenho das suas funções, nomeadamente: estatística; informática, gestão e economia, não sendo estas mencionadas pelos enfermeiros. É ainda de referir que os enfermeiros chefes dão significado à importância do conhecimento médico para a enfermagem.

Face à referência dos discursos sobre os conhecimentos científicos para a enfermagem, é de salientar que apenas os enfermeiros chefes valorizam nos conhecimentos específicos, a teoria e a técnica profissional associado ao conhecimento médico o que demonstra um forte ascendente biomédico.

- Que concepção têm os enfermeiros chefes de enfermagem?

Na análise dos discursos sobre a concepção emergiu as categorias cuidar, profissão, e ciência e arte o que nos leva a concluir que estes enfermeiros integram as tendências actuais sobre a enfermagem quer a nível nacional quer internacional, contudo dos discursos dos enfermeiros chefes, embora com apenas um registo, surge a categoria colaborar o que mais uma vez reforça as questões da interdependência profissional.

O conceito de cuidar é central para ambos os grupos sendo a categoria mais valorizada por ambos os grupos. Nesta categoria a relação de ajuda e os cuidados holísticos foram as que mais se salientaram. Sendo enfermeiros de saúde comunitária seria de esperar uma forte incidência na promoção do auto cuidado, contudo apenas os enfermeiros chefes o referiram pelo que somos levados a concluir que há necessidade de reforçar a discussão deste conceito nas práticas diárias dos enfermeiros.

Socialmente a profissão de enfermagem tem reconhecimento quer por parte das comunidades quer pelo poder, pois a criação da ordem evidencia esta realidade, é de esperar que estes participantes também o façam e os seus discursos assim o confirmam no emergir das categorias profissão e ciência / arte.

Quando analisamos a concordância entre os discursos dos enfermeiros chefes e os enfermeiros identificamos três equipas onde este facto ocorria nas categorias; relação de ajuda e cuidados holísticos e ciência / arte.

Será que os enfermeiros chefes atribuem importância à autonomia dos enfermeiros? Que concepção têm os Enfermeiros chefes de autonomia dos enfermeiros?

Explorando a importância da autonomia podemos concluir que todos os enfermeiros chefes a valorizam, o que não é reconhecido pelos enfermeiros, havendo mesmo discursos que afirmam que há uma desvalorização da autonomia, motivada pelo desrespeito profissional e pela existência de barreiras.

A importância da autonomia é associada à enfermagem como profissão porque permitiu um lugar no mundo das profissões, uma identidade de enfermagem e a defesa do exercício. Por sua vez a autonomia de enfermagem tem significado para a autonomia individual e para a autonomia profissional. É de salientar que há participantes dos dois grupos que referem, ainda, que nos encontramos numa fase de transição, sendo que a autonomia profissional se centra na qualidade dos cuidados e no assumir da responsabilidade dos mesmos.

O que fazem os enfermeiros chefes nas suas práticas, com vista à promoção da autonomia de enfermagem?

Na forma de práticas específicas para o desenvolvimento da autonomia identificamos que os participantes apontam para: o planeamento; a promoção de actividades independentes; a integração dos enfermeiros; a metodologia de trabalho; as reuniões; os registos de enfermagem e a delegação.

Cruzando as práticas de gestão que contribuem para a autonomia e as práticas dos enfermeiros no mesmo verificamos discordância dos discursos, sendo que os enfermeiros Chefes referiam praticas especificas que conduzem à autonomia e os enfermeiros que a sua autonomia profissional é relativa, apontando que esta é mediada pela chefia e ainda que nas actividades interdependentes não se consideram autónomos.

A vacinação, os registos e as reuniões são as actividades que ambos os grupos consideram autónomas. Os enfermeiros chefes mencionaram ainda a saúde escolar/educação para a saúde, os projectos de intervenção e a triagem.

Que estratégias utilizam os Enfermeiros Chefes para promoverem da autonomia profissional dos enfermeiros?

Os enfermeiros chefes promovem estratégias para da autonomia profissional dos enfermeiros referindo: integração de enfermeiros, a delegação e o planeamento. Apontam assim instrumentos tais como: o plano de actividades; a fixação de objectivos; a integração de preferências e as normas e protocolos.

Evidenciou-se ainda o paradoxo entre os discursos dos enfermeiros no que concerne ao plano de trabalho, onde a expressão se dividiu entre os que apontam este como meio de autonomia e os que referem que este coarcta a sua autonomia.

Analizados os discursos não foram identificadas estratégias com a finalidade de prover autonomia. Face à natureza do trabalho de gestão desenvolvido pelos enfermeiros chefes, seria de esperar que estes expressassem estratégias que favorecessem a autonomia profissional dos enfermeiros da sua equipe, não vindo a verificar-se, pelo contrário surgiram discursos que revelam ausência de estratégias.

Por último procuramos saber até que ponto os enfermeiros chefes desenvolvem estratégias para o desenvolvimento da autonomia e verificamos que estes assumiram nos seus discursos que embora não tivessem estratégias explícitas tinham implícita, sendo relatadas: o dar visibilidade dos cuidados de enfermagem; a formação; o trabalho multiprofissional; a integração de enfermeiros; o plano de cuidados, os projectos de intervenção, a reflexão profissional, a delegação e o planeamento (plano de trabalho, normas e protocolos e a gestão do tempo).

Os enfermeiros apenas referenciaram o planeamento e dentro deste o plano de trabalho e a gestão do tempo e a integração dos enfermeiros, pelo que podemos concluir que, efectivamente, os enfermeiros não reconhecem que os enfermeiros

chefes desenvolvam estratégias para a promoção da autonomia profissional dos enfermeiros da equipa que gerem.

Do corpo da pesquisa retemos as diferentes visões do problema nas palavras dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros e representado no modelo que se segue.

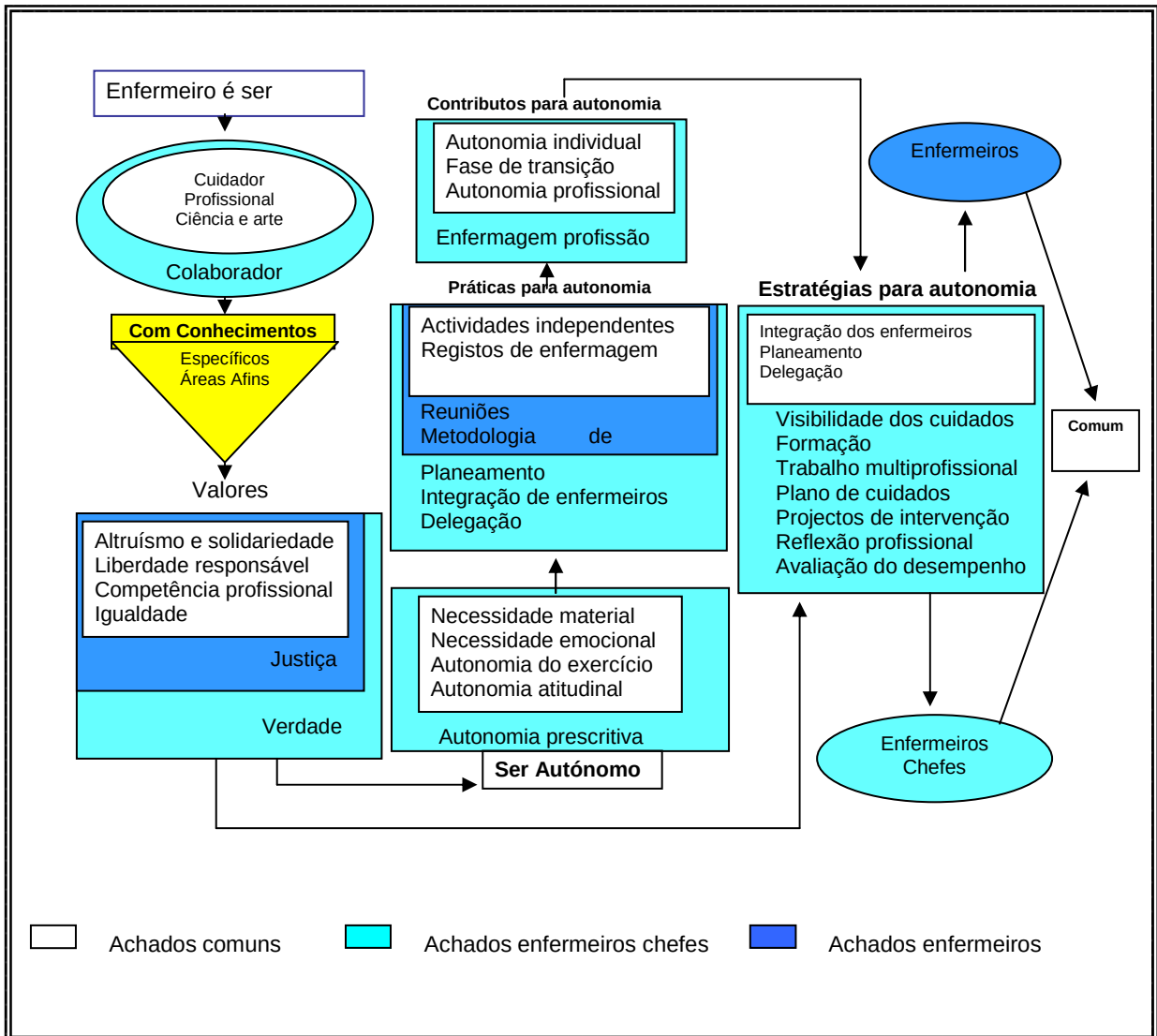


FIGURA Nº 10 – MODELO FINAL DOS ACHADOS

A (re)construção de uma “nova identidade passa pela construção de saberes capazes de projectar a enfermagem como profissão autónoma e imprescindível na área da saúde. O grande desafio está na capacidade de construir um percurso de reconhecimento, sendo fundamental que a enfermagem defina o seu espaço de autonomia.

6 – CONCLUSÕES

O percurso da enfermagem nos últimos anos tem sido muito significativo e rápido, em que em apenas doze anos vimos a publicação o REPE (Decreto-lei nº 161/96 de 04 de Setembro) que veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, definindo intervenções e funções e após dois anos já tínhamos consagrado a Ordem dos Enfermeiros e o Código Deontológico (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril) com a responsabilidade de auto-regulação da profissão. Para além destes referenciais a Ordem dos Enfermeiros lançou ainda mais dois documentos importantes que vieram estruturar o desempenho dos seus profissionais, nomeadamente, os Padrões de Qualidade de Enfermagem em 2001 e em 2003 as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Neste sentido, reflectir sobre como estas alterações foram assumidas pelos enfermeiros foi uma necessidade por nós sentida, na medida em que, no nosso contexto de trabalho verificamos que ainda hoje, os enfermeiros manifestam alguma insegurança em gerir as implicações que estas mudanças provocaram, principalmente, a nível da imagem e da responsabilidade, e mantêm o receio de abandonar o modelo tradicional do enfermeiro em desprestígio da autonomia já legalmente conquistada. Assim, o processo de autonomização do enfermeiro, tem seguido um percurso de conquista lento, o que tem originado alguma conflituosidade principalmente entre os próprios enfermeiros mas, também com os outros profissionais da equipa de cuidados, o que nos motivou a desenvolver esta investigação.

Tivemos como objectivo principal compreender que estratégias são utilizadas, pelos enfermeiros chefes, para promoção da autonomia profissional dos enfermeiros.

Considerando o objectivo da pesquisa optamos pela metodologia qualitativa de carácter fenomenológico. O estudo foi realizado no Centro de Saúde Ponta Delgada. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas, efectuadas ao grupo de participantes, este foi constituído por 16 enfermeiros (amostra não probabilística intencional): 8 enfermeiros chefes e 8 enfermeiros nível 1.

A análise das entrevistas encaminhou-nos para a organização de três capítulos a desenvolver, nomeadamente, os resultados da pesquisa expressa nos discursos sobre o ser enfermeiro, seguido da expressão da autonomia e depois uma síntese dos achados sobre a autonomia.

Do resultado da pesquisa expressa na discussão sobre o ser enfermeiro emergiram três dimensões: os valores que defendem nas suas práticas, os conhecimentos científicos que dominam as suas práticas e ainda a concepção de enfermagem que está subjacente às suas práticas.

Os valores são um pilar fundamental da enfermagem, enquanto conjunto de deveres relativos ao exercício profissional dos enfermeiros e de direitos, de forma a garantir, a dignidade profissional dos enfermeiros e o direito dos clientes a cuidados de qualidade. Nos relatos analisados obtivemos dados relativos aos valores para a prática profissional enunciados no Código Deontológico (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril), como: a verdade; altruísmo e solidariedade; liberdade responsável; competência profissional e igualdade, pelo que verificamos que os enfermeiros chefes e os enfermeiros participantes assumiram os valores enunciados pela Ordem dos Enfermeiros na sua prática profissional. No entanto, pareceu-nos que existe ainda uma necessidade de discussão sobre estes valores entre os membros de cada equipa, dado que os valores mencionados pelos enfermeiros chefes e pelos enfermeiros da mesma equipa não são coincidentes.

Os participantes reconheceram que os conhecimentos científicos são fundamentais para a autonomia profissional e emergiram dos discursos os conhecimentos específicos e os de áreas afins. Dos conhecimentos específicos valorizaram a: teoria e técnica, a comunicação, a investigação, a formação profissional, a formação do curso e a saúde mental, o que pode demonstrar que os enfermeiros estão conscientes do poder do desenvolvimento do saber, como fundamental para a construção da disciplina de enfermagem e indispensável para o reconhecimento profissional.

Como conhecimentos de áreas afins emergiram várias áreas científicas que segundo os participantes contribuem para a sua autonomia e neste contexto, os enfermeiros chefes indicaram também a gestão, a estatística, a economia e a informática o que pode indiciar que os enfermeiros procuram obter conhecimentos como resposta às necessidades sentidas pelas sucessivas alterações socioeconómicas, pela reconfiguração do sistema de saúde, pela introdução de novas regras de gestão das organizações públicas, aonde as respostas multidisciplinares assumem cada vez maior importância e é reconhecido a partilha de saberes como uma mais-valia.

O REPE (Decreto-Lei nº 161/96) veio clarificar alguns conceitos, nomeadamente o de enfermagem, a este respeito os enfermeiros participantes nos seus discursos revelam ter integrado este conceito nas suas práticas uma vez que surgiu como categoria mais referenciada o cuidar, seguindo-se as categorias ciência e arte, profissão e colaborar.

No capítulo, expressão da autonomia, procuramos compreender que conceitos e que práticas profissionais têm os enfermeiros que facilitem a autonomia, de que modo se influenciam mutuamente e ainda, que estratégias utilizam os enfermeiros chefes que contribuem para a autonomia profissional dos enfermeiros e quais são reconhecidas pelos enfermeiros.

A sociedade aonde hoje nos inserimos é caracterizada pela obrigação de abdicar da rigidez das ideias, atitudes e tipos de comportamentos fundamentados num sistema de valores tradicionais, pois estamos a viver num mundo cada vez mais globalizado, o que exige como condição básica para cada um de nós ser autónomo, capacidade esta essencial para conviver com os riscos, as incertezas e os conflitos desta sociedade. Somente um indivíduo autónomo terá sucesso, pois é capaz de interrogar, de reflectir e de deliberar com liberdade e responsabilidade.

Os enfermeiros participantes deste estudo reconhecem a importância da autonomia, e identificaram três tipos, que se complementam e que vem ao encontro do que foi encontrado na nossa pesquisa teórica, a autonomia de exercício, a autonomia prescritiva e a autonomia atitudinal. No entanto, verificamos que os participantes identificaram necessidades que têm de ser satisfeitas para ser autónomo e constituem pré-requisitos individuais, são elas: a necessidade material e a necessidade emocional. Na necessidade material emergiu a capacidade de tomar decisões, o saber usar metodologia científica e a capacidade para obter conhecimento. Na necessidade emocional foi valorizado a auto-estima/auto-conceito e a representação de enfermeiro.

Os enfermeiros referem que a autonomia contribuiu para o reconhecimento da enfermagem como profissão, para a autonomia individual e para a autonomia profissional, Por outro lado, obtivemos respostas, que constituíram mais duas categorias, em que os enfermeiros aludem que ainda nos encontramos numa fase de transição e ainda que há uma desvalorização da autonomia, referindo que os enfermeiros chefes não defendem a sua autonomia profissional. O que nos leva a inferir que, efectivamente, nos encontramos numa fase de transição, em que a autonomia não está ainda estabelecida e que está a ser construída, verificando-se contradições entre o passado e o futuro que se pretende, o que vem ao encontro á nossa justificação para este estudo.

O conhecimento adquirido através das práticas de enfermagem enriquece o saber individual de cada enfermeiro, mas reveste-se de uma enorme importância para o desenvolvimento da própria profissão, chegando ao conhecimento do grupo profissional, principalmente, através da investigação.

Pela importância do descrito quisemos conhecer que práticas eram utilizadas pelos enfermeiros participantes neste estudo que fossem reconhecidas como promotoras da autonomia profissional dos enfermeiros. Assim, emergiram dos discursos as seguintes práticas: planeamento; promoção actividades independentes; integração dos enfermeiros; metodologia de trabalho; reuniões; registos de enfermagem e delegação, constituindo as categorias.

Também em relação às práticas de gestão houve discordância dos discursos entre os dois grupos de participantes, o que nos leva a concluir que as práticas de gestão tidas pelos enfermeiros chefes, como favorecedoras da autonomia não são reconhecidas como tal, e os enfermeiros chegam mesmo a afirmar que a sua autonomia é mediada pela chefia e que nas actividades interdependentes não são autónomos. O que nos induz a afirmar que a autonomia profissional não é ainda assumida de forma clara e consistente por todos os elementos da equipa.

No seguimento do descrito anteriormente, podemos dizer que em resposta á nossa pergunta de partida obtivemos como resultado que **os enfermeiros chefes não desenvolvem estratégias de forma explícita, mas assumem ter estratégias implícitas, nomeadamente: o dar visibilidade dos cuidados de enfermagem; a formação; o trabalho multiprofissional; a integração de enfermeiros; o plano de cuidados, os projectos de intervenção, a reflexão profissional, a delegação e o planeamento (plano de trabalho, normas e protocolos e a gestão do tempo).**

A reflexão sobre as práticas é uma estratégia reconhecida pelos enfermeiros chefes participantes como importante para a autonomia, efectivamente, de acordo com os Padrões de Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001) *“a qualidade exige reflexão sobre a prática para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados”*.

O desenvolvimento dos **projectos profissionais**, pelos enfermeiros, reduzem a subjectividade, melhoram o desempenho, melhoram a comunicação e promovem o desenvolvimento dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem, pelo que foi assumido pelos enfermeiros chefes como uma estratégia para a autonomia dos enfermeiros.

A formação ocupa um estatuto de relevo, porque facilita a visibilidade dos saberes práticos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão. Os

testemunhos dos enfermeiros chefes, verificamos que efectivamente consideram que **a formação contribui para a autonomia profissional.**

O **planeamento estratégico** é um processo administrativo que engloba a missão, objectivos e metas, assim como, os constituintes e o desenvolvimento das estratégias para atingir as metas, tendo sido mencionado **como estratégia conducente autonomia profissional dos enfermeiros**, pelos enfermeiros chefes.

A **delegação** é, segundo os participantes, **mais uma estratégia que efectivamente pode contribuir para a promoção da autonomia profissional dos enfermeiros**, nomeadamente, através da **atribuição de autoridade/responsabilidade/confiança confere ao delegado poder, direito de tomar decisões e a agir.**

A **avaliação do desempenho** é um *“processo estratégico que pode ser usado como instrumento de gestão, nesta função tem como objectivo melhorar os resultados da organização, melhorando o desempenho individual”* (Frederico e Leitão, 1999, p. 145), e **os enfermeiros chefes participantes referem que é muito importante, para reforçar os aspectos positivos, e os que possam a falhar, considerando esta avaliação promotora da autonomia dos enfermeiros.**

A **integração profissional foi considerada pelos participantes** como contribuidora para o desenvolvimento dos enfermeiros e consequentemente da sua autonomia profissional, tendo sido reconhecida pelos enfermeiros **como uma estratégia promotora da sua autonomia.**

Os enfermeiros têm consciência e reportam o dar visibilidade dos cuidados aos utentes e à comunidade em geral como estratégia para a promover a sua autonomia.

Em síntese, podemos concluir que a autonomia é um processo que se constrói, individualmente e colectivamente, pelo que concordamos com Figueiredo, que a este respeito diz que a enfermagem *“passou pela crise da adolescência na eterna procura de uma identidade que encontrou, mas que nem sempre teima a agarrar”*, refere ainda que a enfermagem hoje é *“uma mulher madura” que sabe “o que quer, quer mostrar quem é, a si e aos outros, e demonstrar também que os seus cuidados são imprescindíveis à vida”*. (2004, p. 35), o que vem ao encontro dos resultados encontrados por Gomes e Oliveira, que na conclusão do seu estudo revelam que a autonomia profissional *“tende a ser representada como algo ainda não completamente estabelecida”* e continuam afirmando que é *“representada, essencialmente como um processo, como algo que está sendo construído, apesar das contradições vivenciadas na cotidianidade da profissão”* (2005, p. 151).

É um dever de todos os enfermeiros exercer a sua profissão de acordo com o mandato que assumiram. Partindo da premissa de que ninguém nasce autónomo e que a autonomia conquista-se e desenvolve-se ao longo da vida e das experiências nela vividas, é primordial, a motivação de todos os enfermeiros e em particular dos enfermeiros chefes, que têm por responsabilidade contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que se encontram sob a sua gestão.

A meta para este desenvolvimento profissional só será alcançada quando cada enfermeiro conseguir “ser” um profissional autónomo, daí que a autonomia e a responsabilidade se configurem como alicerces da centralidade dos cuidados.

Estamos cientes de que a metodologia adoptada apresenta algumas desvantagens, nomeadamente: o universo pequeno da amostra dificulta o anonimato, o distanciamento do investigador pode não ter sido bem conseguido e a inexperiência do investigador pelo facto de ser o primeiro trabalho a utilizar a metodologia qualitativa, contudo por reconhecer a existência destas limitações foi redobrado o empenhamento e a concentração para que este estudo resultasse e conseguíssemos obter respostas à nossa questão de investigação.

Face aos achados encontrados podemos deixar algumas sugestões, tendo em conta o seu contexto:

- Formação/Política: Considerando que os cuidados às pessoas exigem que os mesmos sejam tidos por profissionais de diferentes áreas, e que estes resultam de um trabalho multidisciplinar, sendo uma das estratégias dos enfermeiros participantes o promover o trabalho multidisciplinar, pensamos que a formação em saúde, dos seus vários actores, poderia ser repensada. Estando as Escolas Superiores de Enfermagem integradas no ensino superior e, no caso dos Açores, nomeadamente na ilha de S. Miguel, a Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada está integrada na Universidade dos Açores, e nesta Universidade para além do Curso Superior de Enfermagem são ministrados também os Cursos de: Medicina; Ciências Biológicas e da saúde; Serviço Social; Psicologia; Ciências Farmacêuticas; Ciências da Nutrição entre outros, pelo que seria possível rentabilizar e mobilizar recursos, partilhando disciplinas comuns, organizar estágios simultâneos e organizar espaços de reflexão conjunta, uma vez que já é partilhado o mesmo espaço físico escolar, o mesmo acontece com os espaços de estágios, que também são utilizados, em alguns cursos, as mesmas instituições. O que permitiria o conhecimento das competências das várias disciplinas, o desenvolvimento da interacção entre elas, o trabalho em equipa, a rentabilização dos recursos, a satisfação profissional, o reconhecimento da autonomia

de cada profissão contribuindo para a qualidade dos cuidados em saúde e os ganhos que daí poderiam advir.

- Gestão e Prática: É necessário dinamizar a reflexão sobre a enfermagem como profissão, conhecer o caminho já percorrido, em que ponto nos encontramos e para onde queremos ir, reflectindo em conjunto, estabelecendo as estratégias que os enfermeiros considerem as mais adequadas e em tempo útil, sem deixar que “outros” o façam por eles. É igualmente importante dar visibilidade do trabalho dos enfermeiros e dos ganhos em saúde de daí resultantes, desenvolvendo todos os esforços no sentido de o conseguir, quer por exemplo, através de um sistema de registo, quer da participação nas diversas reuniões de direcção, participação nas decisões políticas, quer ainda na integração dos utentes no plano de cuidados. Os enfermeiros são responsáveis por construir o seu percurso e é imprescindível que se reconheçam como profissionais autónomos, pelo que devem ser envolvidos em todo o processo.

Por último, por ser este um estudo qualitativo, uma das suas implicações é a da fornecer pistas para futuros trabalhos, cuja realização achamos pertinente, porque permitirá reflectir e estudar de forma mais exaustiva esta temática e desenvolver com maior pormenor algumas questões, que emergiram do nosso estudo, nomeadamente:

- Verificamos que as estratégias que promovem a autonomia dos referidas pelos enfermeiros encontram-se no próprio domínio da enfermagem, ou seja, todas as estratégias apontadas dependem dos enfermeiros, então a autonomia depende dos próprios enfermeiros e do seu empenhamento, motivação e querer?

- Porque razão uns se sentem mais autónomos de que outros? São factores intrínsecos de cada indivíduo enfermeiro? - De que modo os pré requisitos individuais influenciam o desenvolvimento da autonomia profissional?

- Em que medida a formação básica influencia a autonomia profissional dos enfermeiros?

- Porque a autonomia não é ainda reconhecida e assumida por todos os enfermeiros chefes? Que relação pode existir entre o tipo de chefia e a autonomia profissional dos enfermeiros?

Todas estas interrogações precisam ser clarificadas e só com investigação nesta área poderemos perceber o que nos entrava.

A enfermagem possui os instrumentos legais para a sua afirmação como profissão autónoma, mas a enfermagem é composta por um grupo de profissionais e só com o contributo individual de cada um, demonstrando ser um profissional autónomo é possível reconhecer, efectivamente, a autonomia da profissão. A autonomia desenvolve e aperfeiçoa-se ao longo da vida, pelo que é fundamental que quem tem a responsabilidade de gestão dos recursos humanos, nomeadamente, os enfermeiros chefes, dado serem a chefia directa, estabeleçam estratégias de gestão explícitas para a promoção da autonomia, conjuntamente com a equipa, visando o desenvolvimento individual e de grupo, e ao mesmo tempo impliquem e responsabilizem os enfermeiros neste processo de conquista, tão gratificante que é SER AUTÓNOMO.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Jorge, MOREIRA, Rui – **Gestão do tempo - Programa Nacional de Qualificação de Chefias Intermédias**. Leça da Palmeira: Associação Empresarial de Portugal, 2002. 28 p.

ABREU, Margarida Neves - **Empreendedorismo em enfermagem: da autonomia à definição de projectos de sucesso**. Coimbra: Formasau, 2007. 64 p

ADAM, Evelyn – **Ser enfermeiro**. Lisboa: Instituto de Piaget. 1994. 267 p.

ALVES, Patrícia Vinheiras – **Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho. O caso de um serviço hospitalar**. Sísifo: revista de Ciências da Educação, 5, (2008). p. 19-32. Consultado em [Junho, 2008] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

AMENDOEIRA, José - Cuidado de enfermagem: intenção ou acção: o que pensam os estudantes? **Nursing: revista técnica de formação em enfermagem**. Lisboa. Nº 146 (2000), p. 8-14

AMENDOEIRA, José – Conversando com José Amendoeira. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. Nº 63 (2005), p. 5 - 12

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

AZEVEDO, Cidália – Integração de enfermeiros às unidades/serviços. **Divulgação**. Porto. Nº 38 (1996), p.20-30

BARCELOS, Luísa M. S. ; ALVIM, Neide A. T.- Conversa: um, cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 56: nº3 (2003), p. 236-241

BARDIN, L. – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1997. 225 p.

BASTOS, Marta Lima – **Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros**. Porto. Ed. Rei dos Livros, 1998. 203 p.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Ed., 2001. 262 p.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Ed., 1994. 336 p.

BORK, Anna Margherita Toldi – **Enfermagem de excelência: da visão à acção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2003. 201 p.

BRANCO, António Gomes; RAMOS, Vítor – Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. Vol. Temático: 2 (2001), p. 05 -12

BRILOWSKI, Gail A, WENDLER, M. Cecilia – **Nursing theory and concept development or analysis, An evolutionary concept analysis of caring**. Blackwell Publishing,Ltd, Journal of Advanced Nursing, 2005, 50 (6), 641-650.

BURESH, Bernie; GORDON e Suzanne – **Do Silêncio à Voz**. 2ª ed. Coimbra: Arianne. 2004. 294 p.

CABRAL, F. Sarsfield – *Ética na sociedade plural*. Coimbra: Tenacitas, 2001. 280 p.

CARPENTER, Dona R.- Método fenomenológico- In STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R.- **Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista**. 2º Ed. Loures: Lusociência, 2002 p. 49-70

CARPENTER, Dona R.- A fenomenologia na prática, no ensino e na administração. In STREUBERT, Helen J.;CARPENTER, Dona R.- **Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista**. 2º Ed. Loures: Lusociência, 2002 p. 88-97

CARVALHAL, Rosa – **Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos**. Loures: Lusociência. 2003. 186 p.

CHIAVENATO, Idalberto – Recursos humanos. São Paulo: Atlas, 1997. 695 p.

CHIAVENATO, Idalberto – Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos na organização. Editora Campus, 1999. 710 p.

CHIAVENATO, Idalberto – Gestão de Pessoas. Rio de Janeiro: Campus, 2004. 523 p.

COELHO, Edméia; FONSECA, Rosa – Pensando o cuidado na relação dialéctica entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 58: nº 2, (2005), p. 214-217

COLLIÉRE, Marie – Francoise – **Promover a vida**. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA – **Plano de Actividades**. Ponta Delgada: Conselho de Administração. 2007- 138 p.

CONSELHO DIRECTIVO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tomada de posição –

Investigação em Enfermagem. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. Nº 21 (2006), p. 34 - 35.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0. Geneve. 2005. 210 p.

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**.

DECRETO REGULAMENTAR REGIONAL nº 3/86/A. **J.O. I Série A 5** (1986-2-4) 43-48

DECRETO REGULAMENTAR REGIONAL nº 35/2002/A. **J.O. I Série A 8** (2003-1-2) 40-47

DENSER, Carla Patrícia Amaral Carvalho – Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In BORK, Anna Margherita Toldi – **Enfermagem de Excelência: da visão à acção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 91-100

Dicionário Ilustrado de Língua Portuguesa. Porto: Porto Ed., 2001

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Francês – **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 252 p.

ELLIS, Janice Rider e HARTLEY, Célia Love – **Enfermagem contemporânea: desafios questões e tendências**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. 447 p.

ERDMANN, A. L. [et al.] - As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 57: nº 4 (2004), p. 467-471

FERNANDES, Otília Marília Teixeira – **Abordagem quantitativa e qualitativa em investigação: sua utilização em Enfermagem**. Lisboa. 1997, 33 p. Lição apresentada à escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende para concurso ao lugar de professor coordenador do ensino superior politécnico.

FERREIRA, António Carlos – Processos de Integração em Enfermagem. Porto. 1994. 207 p.

FERREIRA, Coriolano – Reflexão sobre a autonomia e a gestão das profissões da Saúde. **Servir**. Lisboa. Vol. 29: nº 3 (1981) 114-120.

FIGUEIREDO, Abílio - **Ética e formação em enfermagem**. Lisboa: Climepsi, 2004. 193 p.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra: FORMASAU, 1999. 193 p.

FORTIN, Marie Fabiene – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociências, 1999. 388 p.

FORTIN, Marie-Fabienne, – O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. Nº 1 (2000), p. 61-68

GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques – A enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. **Referência**. Coimbra. Nº 10 (2003), p. 5-15

GARDENAL, Isabel – **Tese que avalia grau de autonomia dos enfermeiros**. 2 p.

http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/abril2004/ju249pag4b.htm

GOLDIM, José Roberto – **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**, 1997. 2004. 6 p.

<http://www.ufrgs.br/bioética/autonomia.htm> (página actualizada em 14-03-2004)

GOMES, António Marcos Tosoli ; OLIVEIRA, Denize Cristina – **Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem**. 2004. pp. 146-153

<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/17.pdf>.

GÓMEZ, Gregorio Rodrigues; FLORES, Javier Gil; JIMÉNEZ, Eduardo Garcia – Metodologia de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe, 1996. 378 p.

GRANDE, Nuno – **Ética e deontologia**. Texto de apoio, 2006

HESBEEN, Walter. **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 220 p.

JESUS, Élvio Henriques – **Decisão clínica de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006. 307 p.

KEMP, Nan - **A garantia da qualidade no exercício de enfermagem**. Lisboa : ACEPS, 1995. 117 p.

KÉROUAC, S., Pepin, J., DUCCHARME, A., MAJOR, F. – **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson. 1996. 164 p.

KRON, Thora – **Manual de Enfermagem**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Interamericana. 1978. 251 p.

KURCGANT, Paulina – **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005. 198 p.

LASELVA, Cláudia Regina; MOURA JR., Denis Faria ; REIS Elisa Aparecida Alves – No alvo, o melhor profissional – seleção e treinamento. In BORK, Anna Margherita Toldi – **Enfermagem de excelência: da visão à acção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.151-165

LAVOURAS, Helena Margarida O. S. – Representação da Equipa de Saúde no Domínio dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. 2005. p. 180

LÓPEZ PIZA, R. M^a; MAYMO PIJUÁN, E.; GIRÓ BULTA, E. – Cuidados de saúde domiciliários. In MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J.F. ed. – **Manual de cuidados primários: organização e protocolos de actuação na consulta**. 2^a ed. Lisboa: Farmapresa, 1991. p. 229 - 240

MARCON, Patrícia Maria – **O Processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. CURITIBA. 2006

MARQUIS, Bessie L. e HUSTON, Carol J. – **Administração e liderança em enfermagem**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 557 p.

MARQUIS, Bessie - **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4^a ed. Porto Alegre : Artmed, 2005. 477 p.

MARTÍN ZURRO, A.; PALET FERRERO, X.; SOLÉ BAS, C. A equipa de cuidados de saúde primários. In MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, JF. Ed. Lit. – Manual de cuidados primários: organização e protocolos de actuação na consulta. 2^a ed. Lisboa: Farmapress, 1991. p. 29-39

MARTINS, Mary Anne Fontenele [et al.] – **Free then thou shall be nursing**. 1998

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

MENEZES, Maria Teresa Pita Negrão Cardoso – Autonomia do enfermeiro: realidade ou utopia? **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 8: nº 2 (2004), p. 38-41

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

MEZOMO, João Catarin – **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. 301 p.

MINATEL, Vanda de Fátima ; SIMÕES, Rosane Oliveira – Uma referência necessária e sempre à mão – documentação de enfermagem. In BORK, Anna Margherita Toldi – **Enfermagem de excelência: da visão à acção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 21-37

MOTTA, Maria da Graça – Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 57: nº6 (2004), p. 758-760

NIETSTH, Elizabeta Albertina ; BACKES, Vania Marli Schubert – **The autonomy as one of the basic components for professional nurse emancipated process**. 2000

NUNES, Lucília – **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**. 2006

NUNES, Lucília – **Um Olhar sobre o Ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003. 375 p.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinform>.

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 – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: OE 2001. p. 16

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Programa Nacional De Vacinação 2006**. Lisboa: DGS. 2005, 74 p.

PETER, Alan; VAUGHAN, Barbara – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS, 1992. p. 178

POLIT, D. F. & Hungler, B. P. – **Investigación científica en ciencias de la salud** . 4ª Edição Madrid: McGrawhill. 1994.

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR – Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Escolar. 2006. 28 p.

REARSON, Alan; VAUGHAM, Barbara – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS, 1992. 178 p. ISBN 0-433-24902-1

SÁ-CHAVES, Idália – **Percursos de Formação e desenvolvimento profissional**. Porto: Porto Editora. 1997. 160 p.

SAKELLARIDES, Constantino – **De alma a Harry: crónica da democratização da saúde**. Coimbra: Almedina, 2005. 234 p.

SALE, Diana - **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde : para os profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 1998.158 p.

SILVA, Lúcia Maria Giunta [et al.] – Modelo assistencial – um papel em evolução: o(a) enfermeiro(a) como líder do cuidado. In BORK, Anna Margherita Toldi – **Enfermagem de Excelência: da visão à acção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 8-18

SOARES, Holgonsi – **A importância da autonomia**. 1998, 2 p.

<http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.autonomia3.html>

STREUBERT, Helen J. ; CARPENTER, Dona R. – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista**. 2º Ed. Loures: Lusociência, 2002. 383 p.

SAKELLARIDES, Constantino – De Alma-Ata a Harry: um testemunho pessoal. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. Vol. Temático:2, (2001), p. 101 – 108

SILVA, Daniel Marques da – **Correntes de pensamento em ciências de enfermagem**. 2006

http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_24.htm

SIMÕES, António Correia Campos – **Retrato político da saúde, dependência do processo e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Almedina, 2004. 346 p.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet – **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TAPPEN, Ruth M. – **Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática**. Loures: Lusociência, 2005. 589 p.

TERESA, Maria - Tipos de investigación en enfermería. *Rol de Enfermería*. Barcelona. Nº 151 (1991), p.15-19

THOMPSON, Ian; MELIA, Kath M.; BOYD, Kenneth M. – **Ética em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 445 p.

WALDOW, Vera Regina – **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2ª Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202 p.

WATSON, Jean – **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002. 299 p.

ANEXOS

ANEXOS Nº 1 – CRONOGRAMA DA INVESTIGAÇÃO

“Estratégias utilizadas pelos enfermeiros chefes em Cuidados de Saúde Primários para promoção da autonomia profissional dos enfermeiros”

CRONOGRAMA

ANO MÊS		2007										2008			
		Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	
DESENVOLVIMENTO															
Pré Projecto															
Consentimentos/autorizações para realização do estudo															
Realização das entrevistas															
Transcrição/validação das entrevistas															
Análise de dados															
Elaboração do relatório															
Relatório final															
Revisão bibliográfica															

ANEXOS Nº 2 – CONSENTIMENTO



SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA

Rua Cons. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, n.º 26/28
Telef. 296 205 260

Exma. Senhora
Dr.ª Maria Manuela Ferreira

9500-058 - PONTA DELGADA (AÇORES) CODEX

Rua Rosa Jacinta, 16 – Fajã de Cima

9500 Ponta Delgada

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Ponta Delgada

2007/CA

07. MAR 29

1757

ASSUNTO: Autorização para Colheita de dados para a Tese de Mestrado de em Ciências de Enfermagem

Na sequência do vosso requerimento, cumpre-me informar V. Ex.ª. que este Conselho de Administração considerou, autorizar a Colheita de dados para a Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

João Carlos Martins de Fontes e Sousa