

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**PROCESSO DE MUDANÇA NO SISTEMA DE
DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM**

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS

MARIA LUISA RUIVO DE CARVALHO PAULO

PORTO 2001

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**PROCESSO DE MUDANÇA NO SISTEMA DE
DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

- REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS -

**(ELEMENTOS DA PRODUÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DOS
ENFERMEIROS NÃO IMPLICADOS NO PROCESSO DE MUDANÇA)**

Dissertação de candidatura ao
Grau de Mestre em Ciências de
Enfermagem, apresentado ao
ICBAS por Maria Luisa Ruivo de
Carvalho Paulo, sob orientação de
Abel Avelino de Paiva e Silva,
Mestre em Ciências de
Enfermagem.

Porto, 2001

AGRADECIMENTOS

A produção deste trabalho não seria possível sem a solidariedade e sociabilidade em que foi criado. A acção de familiares, amigos e colegas foram o incentivo principal pelo apoio e estímulo pessoal.

A todos a minha sincera gratidão.

Ao enfermeiro Abel Avelino Paiva e Silva pelo seu empenho e orientação.

Aos enfermeiros do Hospital Distrital do Padre Américo, que contribuíram para a realização deste estudo, os votos sinceros da concretização das expectativas criadas sobre o sistema de documentação de cuidados de enfermagem que pretendem implementar na prática clínica.

RESUMO

A investigação realizada pretende evidenciar condições de acessibilidade e adesão na produção das representações dos enfermeiros face a um processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem com linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que está a ser realizado num serviço de internamento de um Hospital Distrital da Região Norte - Hospital Padre Américo do Vale de Sousa.

Foram adoptadas perspectivas teóricas sobre dimensões funcionais do enfermeiro e o sistema de documentação de cuidados de enfermagem; o hospital enquanto organização social e a sua acção nas representações sociais dos enfermeiros sobre o processo de mudança na documentação dos cuidados de enfermagem; a mudança do sistema de documentação de cuidados de enfermagem com linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; a mudança e representações sociais como processos na evolução do pensamento.

Neste campo teórico de reflexão, avançámos para a elaboração desta dissertação, com o seu campo analítico delimitado a enfermeiros que trabalham em unidades de internamento do hospital, enfermeiros que não fazem parte do grupo de implementação do projecto de mudança .

Numa abordagem qualitativa foi utilizada a entrevista a vinte enfermeiros de quatro unidades de internamento do hospital referido.

A análise semântica dos discursos dos enfermeiros permitiu-nos identificar como categorias: acesso à informação sobre o processo de mudança; sentimentos manifestos sobre a implementação do processo de mudança; implementação do projecto no serviço; importância atribuída aos actuais registos de enfermagem no serviço; vantagens percebidas face à implementação do projecto.

Em síntese conclui-se que:

- a informação foi obtida essencialmente por via informal, a qual estimulou a formação e auto-formação sobre a temática do processo de mudança, e o grupo do projecto é grupo de referência na orientação desta formação;
- os sentimentos manifestos face ao sistema de documentação de enfermagem do projecto são positivos;
- a importância atribuída aos actuais registos de enfermagem é pouca e os enfermeiros tentam dar resposta à força dominante da organização funcional do serviço com predominância do poder médico;
- vontade em aderir ao sistema de documentação de enfermagem preconizado no projecto, o qual percebem com muitas vantagens relacionadas à criatividade, rentabilidade e investigação em enfermagem.

ABSTRACT

This research aims at enhancing the conditions of accessibility and adherence in the production of nurses' representation about a change in the documentation system of nursing care using the terminology of International Classification of Nursing Practice, undertaken in Hospital Units, in a District Hospital in the North Health Region.

The theoretical background of the study encompasses nursing activities and documentation of nursing care; hospital as a social organisation and its influence in nurses' representation of change process in the documentation system of nursing care using the terminology of International Classification of Nursing Practice; change and social representation as processes of evolution in nursing conceptualisation.

The scope of our study are nurses that work in the mentioned hospital but are not involved in the group that are implementing change in the documentation system.

Using a qualitative approach, our data was obtained by interview of 20 nurses, from 4 different inpatient units.

The semantic analysis of nurses' speeches allowed the identification of the following categories: information access of the change process; expression of feelings about the change process, implementation of change in the Unit; value of actual nursing records in the Unit; advantages of project implementation.

We can conclude that:

- the information was obtained by informal ways, stimulating education and self-education about change process; the group involved in the project is seen as a model for education;
- the feelings expressed, about the project of documentation system of nursing care using the terminology of International Classification of Nursing Practice, are positive;
- the importance given to actual nursing records is low and nurses try to respond to the functional organisation of the Unit, where medical power dominates;
- there is a will to join the documentation system proposed by the project, which is viewed as having advantages concerning creativity, productivity and nursing research.

SIGLAS E ABREVIATURAS

Act.....	Actividades
ANA.....	American Nurses Association
APE.....	Associação Portuguesa de Enfermeiros
CA.....	Conselho de Administração
CFAP.....	Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional
CIPE.....	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DF.....	Departamento de Formação
DFAP.....	Departamento de Formação e Aperfeiçoamento Profissional
DRHS.....	Departamento de Recursos Humanos da Saúde
ESECP.....	Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto
ESEFR.....	Escola Superior de Enfermagem Fernanda Resende
Enf ^o	Enfermeiro
FPCE.....	Faculdade de Psicologia e das Ciências da Educação
HP	Hospital Português
ICBAS.....	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
ICD.....	International Classification of Disease
ICN.....	International Council of Nursing
ICNP.....	International Classification for Nursing Practice
IFE.....	Instituto de Formação em Enfermagem
IGIF.....	Instituto de Gestão Informática e Financeira
MEC.....	Mestrado em Ciências de Enfermagem
MS.....	Ministério da Saúde
MH.....	Medicina Homens
N ^o	Número
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
PE.....	Processo de Enfermagem
SDCE.....	Sistema de Documentação de Cuidados de Enfermagem

ÍNDICES DE FIGURAS E QUADROS

Folha n.º

Figura 1 - Tendências dos sistemas de informação hospitalar.....	19
Figura 2 - Cronologia das concepções da disciplina de enfermagem segundo o seu agrupamento em escolas.....	25
Figura 3 - Análise das fases do PE.....	32
Figura 4 - Categorias e subcategorias.....	66
Figura 5 - Fontes de informação sobre o processo de mudança.....	75
Figura 6 - Equação comportamental, desencadeada pela percepção inicial	76
Figura 7 - Sequência esquemática da remodelação do pensamento.....	83
Figura 8 - Sentimentos manifestos com a implementação do processo de mudança.....	87
Figura 9 - Registos de enfermagem em contexto de serviço.....	96
Figura 10 - Representações do conhecimento transmitido nos registos que praticam.....	101
Figura 11 - Representações da implementação do projecto no seu serviço.....	108
Figura 12 - Representações actuais sobre o SDCE do projecto.....	119
Figura 13 - Percepção do enfº 2.....	120
Figura 14 - Percepção do enfº 3.....	122
Figura 15 - Percepção do enfº 4.....	124
Figura 16 - Percepção do enfº 8.....	125
Figura 17 - Percepção do enfº 9.....	127
Figura 18 - Percepção do enfº 15.....	129
Figura 19 - Percepção do enfº 19.....	130

ÍNDICES DE QUADROS

Folha n.º

Quadro 1 - Dimensões, Subdimensões e Critérios de Documentação de Cuidados de Enfermagem	33
Quadro 2 - Comparação entre a visão maximalista e a visão minimalista Segundo Gunnar.....	38
Quadro 3 - Percepção sobre registos enfermagem no serviço e percepção sobre o SDCE do projecto.....	121

ÍNDICE

	Folha n.º
INTRODUÇÃO	10
I PARTE-COMPONENTE TEÓRICA	15
I.1-REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE A UM PROCESSO DE MUDANÇA SOBRE O SDCE NO HOSPITAL	16
I.1.1-A ORGANIZAÇÃO HOSPITAL-TENDÊNCIAS / COMPETÊNCIAS	16
I.1.2-O HOSPITAL E A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS	22
I.1.3-SISTEMA DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL	27
I.1.4-PERSPECTIVAS DE MUDANÇA DO SISTEMA DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	34
I.1.5-CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE MUDANÇA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	39
II.PARTE-COMPONENTE METODOLÓGICA	51
II.1-METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	52
II.1.1-CONTEXTO E FINALIDADE DO ESTUDO	52
II.1.2-QUESTÕES ORIENTADORAS	55
II.1.3-CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	55
II.1.4-POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO	57
II.1.5-INSTRUMENTO PARA A RECOLHA DE DADOS -A ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA-	58
II.1.5.1-Realização das entrevistas	59
III PARTE-ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	61
III.1-ANÁLISE DE DADOS	62

III.1.1-ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	62
III.2-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	67
III.2.1-CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	67
III.2.2-ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE MUDANÇA.....	68
III.2.3-SENTIMENTOS MANIFESTOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA.....	77
III.2.3.1-Relacionados com a selecção do serviço.....	78
III.2.3.2-Relacionados com a implementação do projecto no serviço.....	84
III.2.4-IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS ACTUAIS REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO.....	88
III.2.4.1-A organização funcional.....	89
III.2.4.2-O conhecimento funcional.....	96
III.2.5-IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NO SERVIÇO.....	101
III.2.5.1-Metodologia de implementação.....	102
III.2.5.2-Liderança do processo.....	104
III.2.6-VANTAGENS PERCEBIDAS FACE À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO.....	109
III.2.6.1-Criatividade na personalização dos cuidados.....	109
III.2.6.2-Rentabilidade na organização.....	114
III.2.6.3-Investigação em enfermagem.....	116
III.2.7-DA PERCEÇÃO INICIAL À PERCEÇÃO ACTUAL.....	120
CONCLUSÕES.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
ANEXOS.....	156
ANEXO - I-Autorização do CA do Hospital para realizar as entrevistas	
ANEXO - II-Guião da entrevista	
ANEXO - III-Categorias, subcategorias, unidades de registo, do conteúdo da entrevistas	

INTRODUÇÃO

Desde a mais remota antiguidade, o homem sentiu a necessidade de se exprimir graficamente. Se essa necessidade surgiu como forma de comunicar com os deuses, de comunicar com os outros ou de deixar testemunho para a posteridade, não sabemos. Mas qualquer que fosse a razão, é-nos hoje possível apreciar registos que testemunharam actividades diárias do homem pré-histórico, bem como de pequenos e grandes passos da humanidade até aos nossos dias.

Os registos mais antigos que se conhecem na área da saúde são da época egípcia, onde vários papiros encontrados descrevem procedimentos terapêuticos e cirúrgicos. Os textos escritos, como forma de comunicação das várias áreas do conhecimento, têm impulsionado a afirmação das profissões, e ao conhecimento próprio de cada grupo profissional foi sendo atribuída a importância de haver registos.

No mundo actual uma profissão existe se, de alguma forma é necessária à sociedade, e se, tanto profissionais como utilizadores/consumidores têm conhecimento do que dela se pode esperar.

Sabemos que todos os profissionais de saúde têm como objectivo conservar e melhorar a saúde e o bem estar, mas compete a cada um dos profissionais justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer não só por palavras mas por actos e por escrito, a natureza do seu contributo para a melhoria da saúde e bem estar dos clientes.

Os enfermeiros na incessante busca de uma autonomia enquanto profissionais indispensáveis para a prestação de um serviço específico à sociedade, têm procurado desenvolver o conhecimento numa lógica do que deve ser a enfermagem. No parecer de Amendoeira (1998) tem havido uma ruptura com o tradicional, na medida em que este não tem sido suficientemente questionado para procurar compreender e explicar o quotidiano da prática de enfermagem.

Habitualmente o indivíduo quando procura um serviço de saúde, é servido no primeiro encontro por um enfermeiro, e recebe deste assistência, mas explicar aos formuladores das políticas de saúde o que os enfermeiros fazem torna-se difícil. Se como enfermeiros queremos que a nossa actividade profissional tenha visibilidade, torna-se necessário documentar os actos de enfermagem, e isso só é possível quando existe um sistema de documentação de cuidados de enfermagem.

O sistema de documentação vai comunicando a área do conhecimento e quanto mais bem definido ele for, maiores são os contributos para aperfeiçoar a prática da profissão e deste modo afirmar a profissão na sociedade.

Nos últimos anos tem aumentado a ênfase na importância em documentar cuidados de enfermagem, com o objectivo de garantir a protecção legal dos profissionais, de promover a continuidade dos cuidados, mas no parecer de Hansebo, (1999) a motivação para realizar uma documentação apropriada aos cuidados de enfermagem parece ainda ser baixa. O mesmo autor refere que as razões que os enfermeiros apontam para não se sentirem motivados, são essencialmente por considerarem a documentação inapropriada, por não ser reconhecida na equipa de saúde e por não conseguir traduzir os cuidados que prestam aos doentes.

Numa época em que a informação é um recurso essencial ao funcionamento das organizações e em que as decisões são tomadas com a informação disponível, os enfermeiros necessitam vencer a desmotivação face à documentação dos seus actos.

Muitos autores da área das ciências sociais e da administração atribuem enorme importância à informação e Chiavenato (1999:35), refere mesmo que «a informação torna-se a principal fonte de energia da organização, ela direcciona os esforços e aponta os rumos.»

Têm sido desenvolvidos estudos em vários países no sentido de integrar os actos de enfermagem no sistema de informação das instituições. Esses esforços fizeram emergir a necessidade de elaborar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que está a ser desenvolvida a nível mundial pelo ICN.

Em Portugal também têm sido efectuados estudos nesse sentido e em 1997, foi iniciado um projecto de investigação em três serviços de hospitais da Região Norte, onde se pretende implementar um sistema de documentação de cuidados de enfermagem suportado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A nossa experiência vivida em meio hospitalar e a leitura de estudos já realizados, demonstram-nos não haver o hábito por parte dos enfermeiros em documentar acções de enfermagem. Sabendo que há um projecto de mudança sobre documentação de cuidados de enfermagem, a decorrer em hospitais da nossa região, fomos estimulados a identificar o impacto que esse projecto tem a nível dos enfermeiros dos outros serviços da instituição hospitalar onde está a ser desenvolvido o projecto piloto.

Este estudo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem tem como propósito central, identificar factores condicionantes da comunicação gerada entre os enfermeiros de uma unidade hospitalar face ao processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem que se realiza num serviço desse hospital. Pretendemos identificar elementos da comunicação que condicionam a produção das representações face ao projecto mencionado.

Segundo Abric, (1994) a realidade não é objectiva, mas toda a realidade é representada, isto é, ela é apropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrado no seu sistema de valores dependendo da sua história e do contexto social e ideológico que o envolve. É esta realidade apropriada e reestruturada que constitui para o indivíduo ou grupo a realidade em si mesmo.

Neste contexto as principais linhas de desenvolvimento desta dissertação, fazem privilegiar, na sua construção teórica, uma visão global sobre a evolução histórica do Hospital e as forças dominantes da sua cultura organizacional e o impacto desta no desenvolvimento do pensamento da profissão de enfermagem. Como a documentação faz parte integrante dos cuidados de enfermagem e segundo Hansebo, (1999) não pode estar dissociado da prática, foi nossa preocupação aprofundar teoricamente o sistema de documentação de cuidados de enfermagem integrado nas dimensões funcionais do enfermeiro.

Na opinião de Chiavenato (1999), a mudança não é real e objectiva, ela é, a que é percebida pelas pessoas e são estas que geram a informação no grupo, o que nos reportou ao campo teórico sobre mudança e suas representações. Este campo de reflexão teórica é descrito na I - PARTE.

De seguida avançámos para a construção desta investigação, formulámos e delimitámos o seu campo analítico, o seu objecto e as suas finalidades.

Quando se inicia um projecto de mudança do SDCE num serviço, os restantes enfermeiros através da informação que se gera entre eles vão transformando o seu conhecimento face ao projecto e vão tendo sobre ele percepções positivas ou negativas que os levam a processos de aproximação ou rejeição. Foi no sentido de identificar os elementos que condicionam estes processos que formulámos as seguintes questões de investigação:

- De que forma a informação sobre o projecto chegou aos enfermeiros dos restantes serviços?

- Quais as reacções dos enfermeiros face à escolha do serviço para realizar o projecto?

- Qual é o sistema de documentação que os enfermeiros praticam nesses serviços?

- Estarão os enfermeiros empenhados em adoptar o SDCE preconizado no projecto?

Estas questões contribuirão para nortear o nosso estudo que tem como objectivos:

- Identificar elementos que condicionam as representações dos enfermeiros de uma unidade hospitalar, face a um projecto de mudança do SDCE.

- Identificar expectativas sobre a mudança do SDCE

- Identificar reacções de adesão / resistência à mudança

- Identificar a importância que os enfermeiros atribuem aos registos que realizam no serviço.

O estudo está desenhado num quadro de investigação qualitativa, e os princípios de rigor científico e os detalhes sobre os procedimentos metodológicos estão descritos na II - PARTE.

A pesquisa recai sobre a análise de vinte entrevistas realizadas com enfermeiros que trabalham em serviços de internamento do Hospital Padre Américo, serviços onde não está implementado o projecto piloto.

Os contributos do enquadramento teórico, a literatura pertinente, as perspectivas emergentes da análise dos discursos, leva-nos a uma reflexão de articulação, que se apresentou como fundamental para compreender o fenómeno em estudo, descrito na III - PARTE quando relatamos a interpretação dos dados. Na última parte do trabalho procuramos sintetizar as reflexões e com elas identificar elementos que condicionam o processo de produção das representações dos enfermeiros face ao projecto de mudança referido.

Numa época em que se está a divulgar e promover a utilização da CIPE, em que se está a integrar a linguagem da CIPE no currículo do Curso Superior de Enfermagem na escola onde leccionamos, consideramos pertinente este trabalho, pois a representação dos enfermeiros face à mudança do SDCE poderá ser um contributo facilitador da propagação a outros serviços numa mudança sistemática e consistente, serviços onde os alunos adquirem elementos das representações profissionais.

O mérito no desenvolvimento do conhecimento é, no parecer do Hinshaw (cf Whittemore 1999), caracterizado por: profundidade no corpo de conhecimentos e estudos na linha da frente da ciência. Profundidade no conhecimento significa que os

investigadores geram um número de estudos e cada um se constrói sobre os resultados do outro. É através de réplicas de estudos em populações variadas, que os enfermeiros se podem convencer dos resultados obtidos e da sua eficácia na prática, e deste modo, contribuir para programas de pesquisa em cuidados de saúde que são de grande valor social.

I - PARTE

COMPONENTE TEÓRICA

I.1 REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE A UM PROJECTO DE MUDANÇA SOBRE O SDCE NO HOSPITAL

As representações sociais «são uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade quotidiana, uma forma de conhecimento social» (Moscovici, 1984:360).

Esse conhecimento, segundo o mesmo autor, constitui-se a partir das nossas experiências, saberes, formas de pensamento que recebemos pela tradição, educação e comunicação social.

Sendo o hospital uma organização social onde os enfermeiros desenvolvem as suas funções, importa reflectir sobre esta organização, e o que ela tem representado para o desenvolvimento das próprias funções dos enfermeiros.

Moscovici (1984), refere também que representar é tornar presente no espírito, na consciência, é reproduzir mentalmente uma coisa. Para o mesmo autor a representação social não é o dobro do real, nem o dobro do ideal, nem parte subjectiva do objecto, nem a parte objectiva do mesmo; é um processo pelo qual se estabelece a relação do próprio indivíduo com o objecto. Interessa pois, conhecer os processos de desenvolvimento do pensamento que conduz à representação social. e os processos metodológicos de mudança, dado que o estudo visa aspectos relacionados com a mudança do sistema de documentação de cuidados de enfermagem.

Através da revisão da literatura procuramos também perceber as motivações que tem havido na investigação sobre esta problemática. Deste modo o trabalho explora várias áreas de conhecimento para obter a informação necessária ao seu desenvolvimento.

I.1.1 - A ORGANIZAÇÃO HOSPITAL - TENDÊNCIAS/COMPETÊNCIAS

É certamente inútil descrever a enorme transformação sofrida pelo Hospital, desde a época de simples hospício até à acentuada "industrialização" dos nossos dias, ela própria em galopante e imprevisível evolução. Interesse haverá em debruçarmo-nos sobre a diversidade e a complexidade desta organização de serviços, ou como afirma Vaz (1989), de uma organização integradora que ajuste permanentemente elementos

em conflito no sentido de atender certas expectativas sociais.

Salientando aquelas características de diversidade e complexidade, Rocha (1989), refere que os hospitais se colocam entre as mais complexas organizações da sociedade moderna e se caracterizam por uma divisão de trabalho extremamente apurada, bem como por uma refinada gama de aptidões técnicas. O grande hospital procura preencher um conjunto de finalidades, principalmente o tratamento de doentes, o ensino e a investigação. A um só tempo, ele faz o papel de hotel, de centro de prestação de cuidados médicos, de laboratório, e de universidade.

Em virtude da alta especialização das suas actividades, executadas por um vasto corpo de pessoal técnico, o grande hospital enfrenta problemas muito sérios de coordenação.

A acentuada industrialização do hospital, marcadamente evolutiva e o conseqüente e natural refinamento tecnológico, geram igualmente uma especialização de trabalho e uma diversificação de tarefas que o tornam num "puzlle" de elementos cada vez mais diferenciados.

E em resultado desta enorme divisão de trabalho e especialização, todo o profissional hospitalar depende de outro para o desempenho das suas actividades com exigências de coordenação e de integração quase impares.

Todas estas características que não param de evoluir para cenários dificilmente previsíveis e imagináveis, opõem-se grandemente ao modelo burocrático que ainda não desapareceu da estrutura hospitalar. Mas se assim é, não deixa de ser também verdade que um menor grau de estruturação e o aumentar das soluções informais, a necessidade de relações horizontais e a própria interacção mais dinâmica entre várias funções, constituem contrapartidas que embora necessárias, se traduzem em dificuldades acrescidas.

As organizações complexas, como já demonstraram os trabalhos desenvolvidos no domínio da ciência da organização, têm sido erigidas como objecto preferencial da aplicação da teoria sistémica, como refere Rocha (1989), o hospital encontra-se sem sombra de dúvida, incluído entre essas organizações.

Como sistema sócio técnico aberto, o hospital é determinado pelas finalidades, objectivos e valores que representam a sua razão de ser, e que norteiam o seu

funcionamento. Neste contexto o hospital:

- Integra um subsistema psicossocial, composto pelo vasto conjunto de relações que ligam os profissionais hospitalares nas suas aspirações, expectativas, opiniões e valores;
- Integra ainda um subsistema estrutural, suporte de divisão de trabalho e de coordenação de actividades que correspondem ao binómio serviços e órgãos/cargos de direcção e chefia;
- Integra um subsistema técnico ou de produção constituído pelo quadrilátero Homem, instalações, equipamento, operações, ou seja, a tecnologia como conjunto de conhecimentos e técnicas necessárias à execução das tarefas, e por outro lado, a sua componente física: as instalações e o equipamento;
- Finalmente dispõe de um sub-sistema de gestão, que se projecta em todo o hospital, cuja função é de integrar e manter em equilíbrio os diferentes sub-sistemas e as suas actividades através de objectivos, planeamento de actividades, de recursos e de controlo de resultados e relacioná-los com o meio ambiente.

Ninguém põe hoje já em causa que estes subsistemas, seja qual for a dimensão do hospital e as valências que possui, não são portadores de mensagens decisivas para o funcionamento do hospital e que este, enquanto organização interage com o imperativo ambiental e reage fortemente aos seus estímulos.

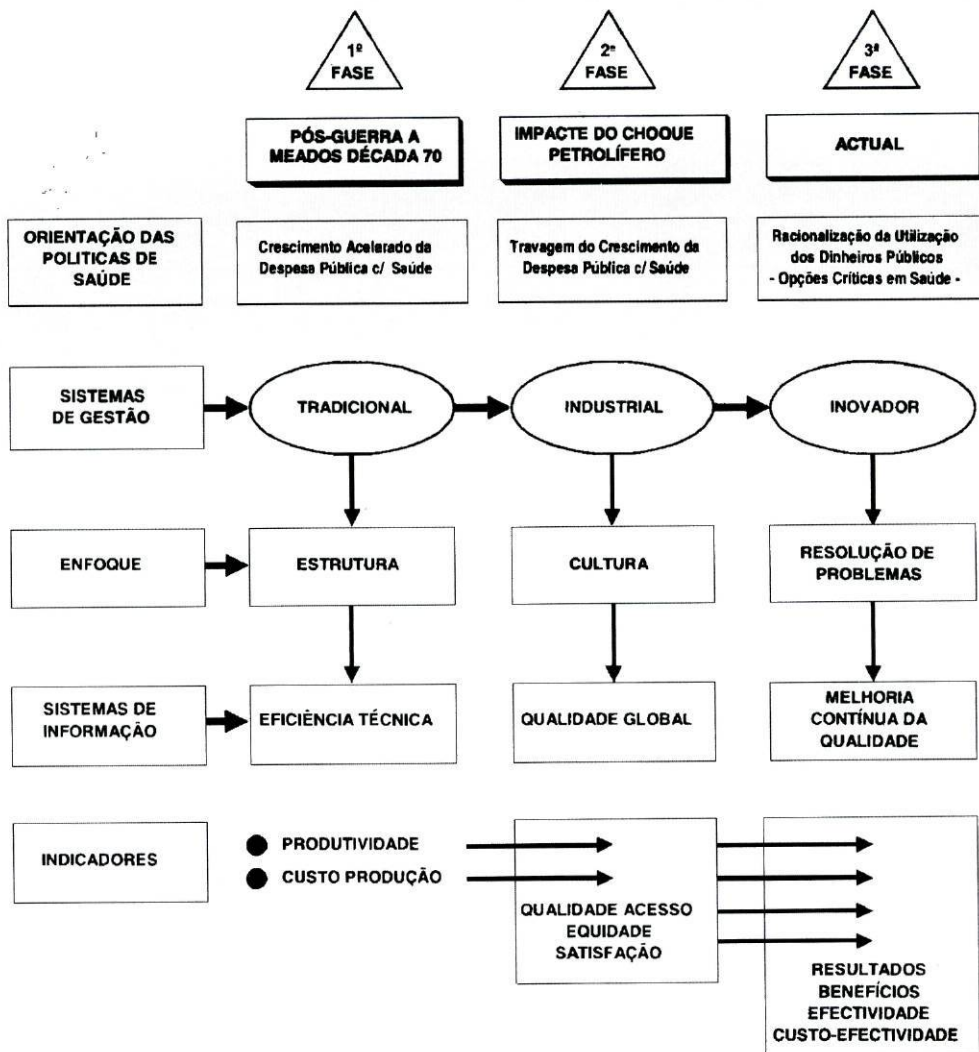
A Associação Canadiana de Hospitais (cf Boqué 1990), refere que o Hospital se encontra numa encruzilhada e atravessa uma crise de identidade.

- Todos os dias pessoas necessitam de cuidados, e são hospitalizados;
- Os serviços de urgência transbordam de casos não urgentes;
- Os recursos financeiros continuam a ser insuficientes;
- Os grandes estabelecimentos construídos na grande época da industrialização estão desactualizados e o tipo de cliente tem tendência a mudar;
- O hospital sem muros, atingindo a comunidade, tentando a solução de compromisso com os cuidados primários altamente promovidos não consegue florescer a 100%.

De facto, é fácil perspectivar que outras modalidades inovadoras farão face à procura, que muda de acordo com as tendências existentes.

As tendências dos sistemas de informação hospitalar podem ser observadas na figura 1.

Figura 1 - Tendências dos sistemas de informação hospitalar.
(Adaptado de O Hospital Português -1998)



O desigual ritmo de crescimento das necessidades de saúde e das disponibilidades orçamentais para lhe fazer face, tem conduzido ao alargamento progressivo da faixa de necessidades não satisfeitas, desafiando os governos e organizações de manutenção de saúde a reequacionarem as suas estratégias em termos de definição de opções críticas e do estabelecimento de programas e prioridades que melhores resultados e satisfação de saúde proporcionem às populações.

Com a actual explicitação de estratégias de saúde, outras preocupações se deverão acrescentar - a de que a formação e a investigação sirvam também os propósitos definidos a nível nacional e regional. As estratégias centram-se em áreas de intervenção consideradas prioritárias, porque se reconhecem problemas de saúde de incidência crescente, situações de maior risco e insuficiências nos serviços. Para responder a estes desafios, os hospitais carecem não só de equipamentos ou de melhor gestão mas, também, de programas de formação e projectos de investigação dirigidos às áreas em foco.

Quanto ao ensino de enfermagem, o hospital desempenha também um papel preponderante no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, num processo integrador entre os saberes e as práticas quotidianas.

A produção de conhecimentos em enfermagem é determinado no sucesso terapêutico e na melhoria de cuidados dos serviços de saúde, pela quota parte das intervenções dos enfermeiros nesses cuidados e serviços.

Para o desenvolvimento de competências em enfermagem, numa lógica de organização qualificante que se preconiza, privilegiam-se os processos de boas práticas e dinâmica de promoção de saúde que globalmente conduzam a ganhos em saúde.

O hospital à semelhança de outras instituições tem que criar estratégias que o façam desenvolver no sentido de se transformar em organização qualificante. A organização qualificante, segundo Gomes (1999), é a organização capaz de integrar os contributos da corrente sócio técnica, sócio económica e sócio educativa. Caracteriza-se pelas modificações da actividade de trabalho no que diz respeito aos procedimentos que os trabalhadores tendem em adoptar para que a inovação substitua procedimentos de repetição já rotinizados.

Na opinião de Zarifian (1992), uma organização deve ser qualificante e flexível de forma a assegurar um desenvolvimento permanente das competências dos trabalhadores. Por sua vez o desenvolvimento das novas competências influencia e altera o modo como o trabalho é efectuado (Sthall, 1993).

É a partir da mobilização das competências dos indivíduos que a organização evolui, contribuindo aquelas para a inovação de métodos e estratégias de trabalho. Com esta influência reciproca há desenvolvimento do indivíduo e da organização, o que leva a

acreditar que os recursos humanos nas organizações são uma mais valia quer no desenvolvimento quer na qualificação da mesma.

É o potencial humano, como refere Sthall (1993), que permite responder aos desafios e que ao mesmo tempo limita a capacidade da empresa em tomar opções e aproveitar oportunidades. «Sem dúvida que o homem é o princípio - meio - fim das organizações» (Oliveira, 1991:15).

A eficácia de qualquer empresa depende em grande parte dos recursos humanos, que quando envolvidos poderão contribuir para aumentar a capacidade de aprendizagem de toda a organização, sendo essa capacidade de organização um factor decisivo para reorganizar as estruturas e métodos de trabalho.

Os trabalhadores numa organização qualificante fazem parte de um processo interactivo, e como refere Zarifian (1992), a organização qualificante é aquela que favorece a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, em que há auto aprendizagem tanto da empresa como do trabalhador. A aprendizagem no trabalho pode ter, de acordo com os pressupostos enunciados duas consequências:

- O aperfeiçoamento das competências individuais;
- Inovação no modo como o trabalho é desenvolvido.

Possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente. A competência não é um estado ou um conhecimento possuído, nem se reduz a um saber e um saber fazer. Para que haja competência, no parecer de Gomes (1999), é necessário que a pessoa saiba mobilizar conhecimentos ou capacidades, de forma pertinente e no momento oportuno, numa situação de trabalho ou seja, a competência realiza-se na acção, é relativa a uma determinada situação.

A competência da pessoa depende da rede ou redes de saberes a que ela pertence e é guiada por sistemas de valores e de significações por modelos que são socialmente partilhados.

Para Le Boterf (1995), competência é um saber agir responsável que é validado. É diferente de saber fazer, pois segundo o mesmo autor, fazer sem agir é pôr em execução uma técnica ou realizar um movimento sem projectar o sentido e o encadeamento que ele supõe. Ao contrário o saber agir impõe um conjunto de actos, onde a execução de cada um é dependente do desempenho do todo ou de parte dos

outros actos.

A competência é uma realidade dinâmica, atributo de um sujeito que, num contexto profissional e face às situações, sabe mobilizar, integrar e transferir recursos, projectando o sentido e o encadeamento dos seus actos.

Aos diversos tipos de saberes que suportam as competências, Le Boterf (1995) acrescenta os meta-conhecimentos, ou seja, os conhecimentos que o sujeito tem dos seus próprios saberes, capacidades do seu posicionamento nas situações. Este meta-conhecimento permite a condução autónoma da aprendizagem.

Para que os enfermeiros sejam capazes de responder aos desafios das organizações qualificantes onde os hospitais se pretendem integrar, é necessário que também eles se preocupem com a formação própria, no sentido de melhorar a sua competência relativamente às necessidades do doente.

I.1.2 - O HOSPITAL E A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Em Portugal o primeiro documento oficial que pode considerar-se uma referência à enfermagem remonta ao ano de 1836, quando foi criado o "Curso de Arte de Obstetrícia"(Carneiro, 1998).

A formação em enfermagem à semelhança do que aconteceu noutros países resulta da necessidade de dar resposta à organização dos hospitais. O ensino é da responsabilidade de classe médica e funciona junto dos hospitais e universidades.

A primeira escola de enfermagem em Portugal foi criada em 1881 junto dos hospitais da Universidade de Coimbra, pelo Professor Costa Simões, mas sem reconhecimento oficial. «O ensino de enfermagem reduziu-se à prática de enfermagem, noções sobre o governo de casa e de administração ou superintendência hospitalar» (Filipe, 1993:8).

As vicissitudes do ensino e prática de enfermagem tiveram uma evolução lenta e insidiosa, marcada pelo nível precário de formação imbuído pelo espírito de abnegação e caridade em prole dos mais necessitados que recorriam ao hospital. Os precários saberes eram «construídos em torno do papel ideológico e moral da enfermeira, base da prática de cuidados aos doentes, e do papel técnico, base de

auxiliar do médico» (Colliére, 1999:11).

Até à década de quarenta existiam apenas duas escolas de enfermagem no país, uma em Lisboa e outra em Coimbra (Soares, 1997). Uma escola de enfermagem surge na época, bem diferente das existentes, a Escola Técnica de Enfermeiras ligada ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa, na dependência do Ministério da Educação Nacional «com o fim de preparar enfermeiros de cultura superior, no que respeitava às ciências naturais e de saúde pública, tendo grande apoio, tanto material como técnico, da Fundação Rockefeller, pelo que eram concedidas bolsas de estudo nos Estados Unidos» (Soares, 1997:39).

Esta escola durante várias épocas foi norteadada por pedagogia e filosofia diferente, influenciada pelo sistema americano, e o seu curso geral até há algumas décadas era de quatro anos precedidos do curso complementar dos liceus.

No entanto, como refere Soares (1997), as escolas eram consideradas serviços dos hospitais, sendo a formação hospitalocêntrica centrada na doença e os «repositórios de normas prescritivas a cumprir pelas enfermeiras, centradas nas regras de higiene e na execução de procedimentos técnicos» (Soares, 1997:75).

Ao longo de vários anos o desenvolvimento do conhecimento no contexto de formação dos enfermeiros baseava-se «na aquisição de conhecimentos referentes às diferentes doenças ou estados patológicos constituindo a base de cultura geral de enfermagem» (Colliére, 1989:128).

A avaliação de novas tecnologias na área médica foi contribuindo para uma pluralidade de disciplinas, resultando numa fragmentação do saber, acabando por se esvaír o conceito holístico da pessoa doente no hospital. Boqué (1990:13), numa reflexão sobre o hospital refere que «o carácter altamente tecnológico, leva a que os profissionais ocupem uma posição subordinada aos instrumentos ou eles próprios assumam um carácter instrumental. Nele aparece a doença que motiva a queixa, enquanto a pessoa que se queixa aparece como acessório».

É em 1965 que se verifica uma reforma significativa no ensino da enfermagem «passou a dar-se aos alunos, uma preparação equilibrada e polivalente, de forma a que após o mesmo, estivessem aptos a trabalhar em todos os serviços hospitalares e de saúde pública» Sousa (1983:93).

A necessidade para os enfermeiros de clarificar a sua especificidade tem motivado os teóricos a elaborar modelos conceptuais para a profissão. Os modelos conceptuais servem de guia para a prática, a formação, a pesquisa e a gestão de cuidados de enfermagem

As grandes correntes de pensamento, principalmente o paradigma da integração que conduziu a uma orientação sobre a pessoa, e o paradigma da transformação que conduziu a uma abertura sobre o mundo, foram fonte influenciadora da elaboração de modelos conceptuais em enfermagem. Segundo Kerouac (1994), estas concepções reflectem a realidade e os ideais de um momento preciso do desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Pela análise das suas bases filosóficas e científicas, podemos reagrupar as concepções da disciplina de enfermagem em várias escolas: escola das necessidades, da interacção, dos efeitos desejados, da promoção da saúde, (todas orientadas para a Pessoa) e as escolas do Ser Humano unitário caracterizadas por uma abertura ao mundo.

Nightingale (cf Collière, 1999), foi a primeira enfermeira a apresentar uma concepção da disciplina de enfermagem que orientou a prática, a formação e a gestão dos cuidados de enfermagem durante várias gerações. Só no início dos anos cinquenta, outras teóricas propuseram outras concepções da disciplina de enfermagem.

A figura 2 ilustra a cronologia das concepções segundo o reagrupamento em escolas.

As datas correspondem ao primeiro escrito em que a teórica apresentou a sua concepção.

Figura 2 - Cronologia das concepções da disciplina de Enfermagem segundo o seu agrupamento em escolas.

(Adaptado de K rouac,1994:26)

	F. Nightingale				
	1859				
	1950				
	1951				
	H.Peplau	1952			
		1953			
		1954			
	V.Henderso	1955			
		1956			
		1957			
		1958	D.Johnso		
	D.Orem	1959			
	F.Abedallah	1960			
	J.Paterson et I.Zderad	1961	L.Hall		
	Orlando	1962			
		1963	M.Allen		
	Travelbee	1964			
	Whedenbac	1965			
		1966			
		1967	M.Levine		
	King	1968			
		1969			
		1970		M.Rogers	
		1971	C.Roy		
		1972			
		1973			
		1974			
		1975	B.Neuma		
		1976			
		1977			
		1978			Leininger
		1979		Newman	Watson
		1980			
		1981		R.R.Parse	
		1982			
		1983			
		1984			
		1985			
		1986			
		1987			
		1988			
		1989			
		1990			
Necessidades	Interac�o	Adapta�o	Promo�o da Sa�de	Ser Humano unit�rio	Caring

Na década de cinquenta devido à necessidade de desenvolvimento de programas sociais que contribuíssem para solucionar problemas do pós 2ª Guerra Mundial, bem como ao desenvolvimento dos meios de comunicação e aos conhecimentos na área da psicologia e das ciências humanas, assiste-se a uma diferenciação da disciplina de enfermagem em relação à medicina. Há uma orientação no sentido da pessoa, e os cuidados têm como objectivo manter a saúde da pessoa em todas as dimensões: física, mental e social. O enfermeiro avalia as necessidades de ajuda da pessoa tendo em conta a sua globalidade no conceito de saúde/doença em interacção dinâmica num ambiente constituído pelos diversos contextos em que a pessoa vive.

Na década de setenta, com a evolução das sociedades e da sua universalização, época em que a declaração de Alma-Ata (1978) apela para uma filosofia de participação e responsabilização da sociedade nos cuidados de saúde, implicando o próprio indivíduo no seu desenvolvimento, com vista a melhorar a qualidade de vida, novos conceitos surgem.

Cada indivíduo passa a visto como um ser único que evolui no sentido de obter uma qualidade de vida que definiu segundo o seu potencial e as suas prioridades. O ambiente coexiste com a pessoa, relacionando-se estas duas entidades no sentido do equilíbrio.

Esta abertura ao mundo faz com que os enfermeiros aprofundem e ampliem os seus conhecimentos científicos. Se dos enfermeiros se espera que sejam capazes de actuar com conhecimentos científicos que lhe permita cuidar do indivíduo de uma forma criativa, também é esperado conhecimento no domínio da psicologia que lhe permita estabelecer a relação necessária ao desenvolvimento do potencial individual.

É a partir da década de setenta que se observa a preocupação dos teóricos de enfermagem relativamente aos aspectos humanísticos e filosóficos do cuidar, que por serem invisíveis foram pouco valorizados até então. Na década de oitenta aparecem os primeiros escritos sobre a escola do "caring" que integra no cuidado a dimensão cultural (Leininger) e dimensão espiritual (Watson). No conceito de "caring" está subjacente um ideal e diz respeito a uma forma de estar na profissão. Traduz-se numa forma de perceber a pessoa, de estar com ela, de se relacionar e de ajudar, respeitando os seus valores, crenças, estilo de vida e cultura.

No desenvolvimento do conceito de enfermagem através de vários autores,

verificamos uma progressão no sentido da enfermagem agir com as pessoas que lhe são confiadas. Actualmente e na opinião de Galhanas (1997), o conceito de enfermagem é mais diversificado e inclui diversos saberes:

- O saber, ou seja, o conjunto de conhecimentos gerais e especializados que é necessário possuir;
- O saber-fazer, que tem a ver com o desenvolvimento de capacidades no que diz respeito à utilização de instrumentos e de métodos, em contexto de trabalho;
- O saber ser, que são as atitudes e comportamentos dos enfermeiros em contexto de trabalho;
- O saber aprender, isto porque as situações profissionais e as suas exigências e características evoluem de forma contínua, obrigando a permanentes actualizações.

O simples executar de tarefas ou técnicas dá lugar a alguém que pensa, reflecte e é capaz de resolver problemas, tentando paralelamente ser competente, estabelecer o campo das competências da própria enfermagem, delimitando-o dos outros campos profissionais.

Le Boterf (1995) diz no entanto que, os saberes não adquirem o estatuto de competências a não ser quando são comunicados e trocados e esta comunicação é necessária para fornecer o conhecimento contextual indispensável.

Vemos aqui não só a importância dos registos, para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, como a sua indispensabilidade para a competência.

Da mesma forma os registos de qualidade, permitem que outros que não só os beneficiários de cuidados, reconheçam a competência dos enfermeiros.

1.1.3 - SISTEMA DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

A palavra registo tem a sua origem no étimo latino "registru" e significa a cópia textual de um documento num livro destinado para esse fim e cujo objectivo é conferir autenticidade no tempo. Representa pois, a comunicação escrita dos factos

essenciais (públicos e privados), por forma a salvaguardar a sua continuidade histórica.

O SDCE desempenha várias funções e segundo Doenges e Moorhouse (1992:113), podem considerar-se sete funções principais: «comunicação entre o pessoal, documentação legal, avaliação, acreditação, treino e supervisão, reembolso, investigação».

A comunicação é, sem dúvida, a mais evidente das funções cumpridas pelo SDCE. DuGas (1984:153), refere que «os registos são uma forma de comunicação de informação a outrem», e segundo Amaral (1987:107), «são uma forma de comunicação escrita, que quando correctamente elaborados são uma óptima forma de personalizar cuidados de enfermagem, contribuem para a individualização do utente e conseqüentemente para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar».

Os registos de enfermagem constituem um elemento essencial, quer para a prestação de cuidados, quer para a sua continuidade.

Thora Kron (1994), refere que, por vezes, os enfermeiros se queixam de que os registos são perda de tempo, que ninguém os lê e que grande parte deles dizem respeito a reacções à terapêutica médica e aos procedimentos de enfermagem; raramente os registos indicam a resposta do cliente à intervenção de enfermagem.

Segundo a mesma autora, tudo isto se deve ao facto dos registos não serem estabelecidos e elaborados de modo bastante específico no início, para mostrar os resultados esperados. Para serem úteis, Thora Kron (1994:21) refere que eles têm que «indicar o comportamento do paciente, o atendimento que foi dado em resposta ao diagnóstico de enfermagem e a reacção do paciente a esse atendimento».

O registo deficiente pode ser considerado nulo por omissão de dados e pode dar lugar à responsabilização profissional.

Thora Kron (1994:271), questiona, «como podem os enfermeiros justificar o julgamento ou as suas acções se tiverem de confiar apenas na memória?... os enfermeiros têm que ser capazes de dar provas escritas mostrando as razões das suas decisões relativamente às acções de enfermagem necessárias ao paciente e à resposta do paciente a esse entendimento».

Hoje a qualidade dos cuidados é medida em escalas e o item referente aos registos é sempre considerado com menor ou maior pontuação, dependendo dos objectivos e do padrão da qualidade que se pretende medir. Há países em que o cumprimento de normas sobre documentação dos cuidados são exigências fulcrais para a acreditação das instituições.

As informações contidas no SDCE facilitam e promovem a investigação em enfermagem, podendo melhorar ou alterar a actuação dos profissionais e ajudam também a aprendizagem dos estudantes de enfermagem.

No contexto hospitalar o SDCE permite ao enfermeiro chefe e/ou supervisor avaliar a qualidade do desempenho dos enfermeiros de forma a despistar áreas que necessitam supervisão e/ou formação.

O SDCE elaborado com o objectivo de satisfazer as suas funções reforça a autonomia e responsabilização do enfermeiro promovendo a sua segurança, qualidade e satisfação de quem presta e de quem recebe cuidados de enfermagem, e deste modo dar visibilidade à profissão de enfermagem.

Falar dos SDCE implica conhecer as competências dos enfermeiros. Para muitos autores a prática de enfermagem engloba actividades independentes ou autónomas e actividades interdependentes.

O Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro, que decreta o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, classifica-as da seguinte forma:

- «- Autónomas – as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria com os contributos na investigação em enfermagem;
- Interdependentes – as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrente de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e de prescrições ou orientações previamente formalizadas».

Estas actividades segundo Riopelle (1990), comportam três dimensões funcionais: cumprimento das prescrições médicas, vigilância e processo de enfermagem.

Para Silva (1995:26), «as prescrições médicas são indicações aos enfermeiros face ao prosseguimento das medidas terapêuticas e explicitas em modelos próprios». O mesmo autor dividiu as prescrições médicas em prescrição de: medicação, de tratamento, de estudos de diagnóstico.

A vigilância, para Silva (1995), pode resultar de prescrições médicas ou de enfermagem.

O processo de enfermagem foi desenvolvido como um método específico para a aplicação científica ou para a abordagem de solução de problemas na prática de enfermagem (Wilkinson 1996). Para aplicar efectivamente o processo de enfermagem, os enfermeiros têm que interiorizar o conceito de enfermagem, o qual proporciona a justificação para a tomada de decisão.

Muitos autores concordam que a aplicação do processo de enfermagem inclui o diagnóstico de enfermagem ou identificação de problemas, o planeamento, a implementação e a avaliação.

Como o diagnóstico é considerado um componente essencial do processo de enfermagem, recentemente há autores que consideram o diagnóstico de enfermagem separado das outras fases. Assim George (1993: 22), «descreve o PE com as seguintes etapas: apreciação, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação.»

A apreciação, é a primeira fase no processo de enfermagem, inclui a colheita de dados e análise ou síntese dos dados sobre o estado de saúde do doente/cliente com o objectivo de fazer o diagnóstico.

A North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) define o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico acerca das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou potenciais de saúde ou processo de vida.

A maioria dos clientes têm mais que um diagnóstico de enfermagem, e estes são formulados após terem sido tomadas decisões ou conclusões baseadas na análise dos dados colhidos. Os diagnósticos de enfermagem são baseados nas preocupações do cliente, assim como nos problemas, reais ou potenciais que possam causar sintomas de alteração fisiológica ou problemas comportamentais, psicossociais ou espirituais.

O diagnóstico de enfermagem é como refere George (1993), um relatório de um problema ou potencial problema de saúde que o enfermeiro tem competência e responsabilidade para tratar, prevenir ou remediar.

O planeamento envolve o estabelecimento mútuo de metas e objectivos ou resultados esperados e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais, ou seja, na fase de planeamento elaboram-se as prescrições de enfermagem (Wilkinson, 1996). Na preparação do plano, o cliente e a família devem ser consultados e assim tornar as metas e objectivos realistas e possíveis de atingir.

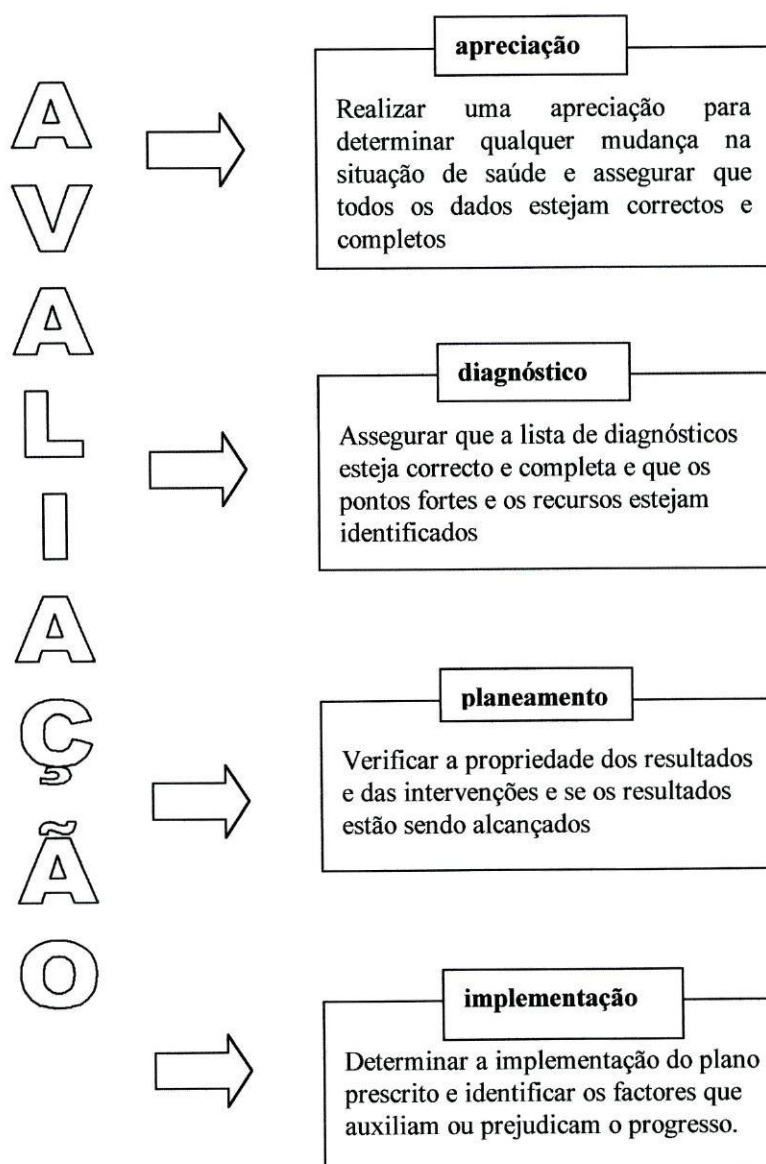
Os resultados esperados (objectivos) devem ser mencionados de forma a que todos os possam entender sem haver necessidade de procurar esclarecimentos, e devem também especificar os limites de tempo para os alcançar, podendo estes ser alterados em resultado da reapreciação do processo.

A fase seguinte do processo de enfermagem leva à concretização das prescrições de enfermagem, é a fase de implementação, ou seja, a prestação dos cuidados de enfermagem. Esta fase de implementação engloba todas as acções de enfermagem dirigidas à resolução dos problemas de saúde do cliente, as quais são desenvolvidas com critérios de prioridade baseados nas habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas do enfermeiro; «apesar de o foco estar sobre a acção, ela é de natureza intelectual, interpessoal e técnica» (George, 1993:29).

A fase de implementação termina quando são executadas as acções de enfermagem e os resultados são registados em relação a cada diagnóstico. A avaliação, é a estimativa das modificações comportamentais do cliente resultantes das acções do enfermeiro. Nesta fase determina-se se os resultados foram atingidos e decide-se sobre eventuais mudanças necessárias.

A avaliação envolve a análise de todas as outras fases conforme descreve Alfaro-LeFevre (1996) na seguinte figura.

Figura 3 - Análise das fases do PE
(Adaptado de Alfaro Lefevre, 1996)



Para Doenges e Moorhouse (1992:98), a reavaliação é uma constante monitorização do estado do doente que à medida que se desenvolvem as intervenções determina « se as acções de enfermagem são apropriadas...a necessidade de alterar as intervenções...o desenvolvimento de novos problemas/necessidades do doente...a

necessidade de recorrer a outros recursos...a necessidade de rever as prioridades para ir de encontro às necessidades em mudança».

Silva (1995), para efeitos de análise do SDCE, dividiu as três dimensões de enfermagem em subdimensões e critérios de documentação conforme consta no Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões, Subdimensões e Critérios de Documentação de Cuidados de Enfermagem (Adaptado de Silva,1995)

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Documentação de Cuidados de Enfermagem
Prescrições Médicas	Prescrições de medicação	1. Registo de administração da medicação 2. Registo de execução de cuidados relativos à administração de medicação 3. Registo de “não administração” 4. Registo de justificação da “não administração”
	Prescrições de Tratamentos	5. Registo de realização de tratamento 6. Registo de execução dos cuidados relativos à realização de tratamentos 7. Registo de “não realização” 8. Registo de justificação da “não realização”
	Prescrições de Estudos diagnósticos	9. Registo de colheita de espécimen 10. Registo de execução dos cuidados relativos à realização de estudos diagnósticos 11. Registo de “não realização” de colheita do espécimen 12. Registo de justificação da “não realização” da colheita do espécimen
Vigilância	Vigilância sobre variáveis contínuas	13. Registo de avaliação 14. Registo de “não avaliação” 15. Registo de justificação da “não realização”
	Vigilância sobre Variáveis Descontínuas	16. Registo de ocorrência do episódio vigiado 17. Registo de caracterização do episódio ocorrido 18. Registo de “não deteção de ocorrência” do episódio vigiado 19. Registo de justificação de “não avaliação”
	Vigilância Geral	20. Registo de ocorrência de episódio imprevisível à priori e entendido com interesse para o processo terapêutico 21. Registo de caracterização do episódio ocorrido, imprevisível à priori e entendido com interesse para o processo terapêutico 22. Registo de novo problema colaborativo 23. Registo de medidas implementadas face ao novo problema colaborativo
Processo de Enfermagem	PE Avaliação Inicial	24. Registo de avaliação
	PE Diagnóstico de Enfermagem	25. Registo dos diagnósticos de enfermagem
	PE Critérios de Resultados	26. Registo dos critérios de resultados
	PE Prescrições de Enfermagem	27. Registo das prescrições de enfermagem
	PE Execução	28. Registo de execução dos cuidados 29. Registo de “não execução” dos cuidados prescritos 30. Registo de justificação de “não execução” dos cuidados prescritos
	PE Avaliação	31. Registo dos resultados obtidos 32. Registo de alteração do planeado

Os critérios apresentados pelo autor face à documentação dos cuidados de enfermagem referem a importância em registar o que foi planeado, executado, assim como a justificação de alterações do plano previsto.

Os currícula do cursos superiores de enfermagem, globalmente integram as dimensões de enfermagem referidas por Riopelle (1990), assim como a importância da documentação dos cuidados de enfermagem, contudo «a transposição dessas bases teóricas para a prática do quotidiano não é apoiada em estratégias / metodologias / organizações que substanciem o que parece ser um pressuposto coincidente entre a política de saúde na sua essência e as escolas do pensamento em enfermagem» (Amendocira, 1998:18).

Estudos realizados por enfermeiros na área da documentação de cuidados de enfermagem na prática clínica têm demonstrado défices elevados. No estudo de caso realizado por Vale (1995) sobre registos de enfermagem num bloco operatório, verificou-se que nos processos clínicos de 359 crianças submetidas a cirurgia , apenas 25,07% tinham registos de enfermagem, registos esses referentes a tipo de cirurgia e a prescrições médicas.

No estudo realizado por Matos (1998), verificamos défices em todas as dimensões de enfermagem mas com maior relevo na documentação do PE. O mesmo estudo demonstrou como factores influenciadores nos défices detectados, o factor pessoal e o factor organizacional. O factor pessoal referenciado pelos enfermeiros que os leva a não praticar o PE, está relacionado com a falta de experiência, a falta de tradição em fazer o PE, assim como, com a falta de uma linguagem comum em enfermagem.

I.1.4 - PERSPECTIVAS DE MUDANÇA DO SISTEMA DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Embora a enfermagem seja uma profissão organizada há mais de um século só em 1989, o ICN reconheceu a necessidade de definir uma linguagem comum em enfermagem a nível internacional; necessidade essa que se transformou em urgência devido às transformações a nível da saúde.

A contenção de custos e a reestruturação dos serviços de saúde, obrigam a que os enfermeiros justifiquem o seu papel em termos de custos e de resultados.

As decisões relativas ao tipo, categorias e funções do pessoal, assim como as formas de alocação de recursos, exigem uma sólida informação, o que gera a necessidade de haver informação adequada e disponível sobre enfermagem.

A computadorização nos serviços de saúde faz com que haja produção, classificação e manipulação de informação. Depois de definidas as regras e as categorias de entrada nos computadores, a linguagem de enfermagem necessita ser bem definida para ficar visível no sistema de informação.

Vários resumos mínimos de dados foram desenvolvidos no âmbito da saúde sob os auspícios do National Committee on Vital and Health Statistics, como por exemplo, o conjunto uniforme de dados relativos à alta hospitalar, o conjunto mínimo de dados relativos aos cuidados médicos ambulatoriais. Uma vez definidas as variáveis, precisa existir um sistema de classificação para cada variável e actualmente o principal sistema de classificação é a ICD (Internacional Classification of Disease).

Estes resumos mínimos de dados e códigos de classificação, não são representativos da prática de enfermagem, não incluem os contributos de enfermagem. Desta forma, a pressão para que seja demonstrado o contributo do trabalho dos enfermeiros no serviço de saúde, assim como a necessidade de estabelecer padrões de qualidade de assistência, enfatizaram a urgência e a importância de ter uma linguagem capaz de descrever e comunicar as actividades de enfermagem.

Com base nos sistemas de informação de enfermagem existentes nos vários países e após análise dos mesmos, consultores a nível mundial, coordenados pelo ICN, elaboraram a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que tem como objectivo específico «estabelecer uma linguagem comum sobre a prática de enfermagem, a ser usada para descrever os cuidados de enfermagem às populações, numa variedade de locais, de tal maneira que os cuidados de enfermagem pudessem ser comparados em várias populações, lugares, áreas geográficas e tempo» (Montensen, 1999:5).

Este investimento foi acolhido por vários países, tendo-se desenvolvido projectos de teste da versão Alfa da CIPE, a qual é considerada um guia útil para a prática clínica de enfermagem, facilitadora da investigação e da comunicação em enfermagem.

Para o ICN, a CIPE deve ser:

- Suficientemente abrangente para servir as múltiplas utilidades requeridas por diferentes países;
- Suficientemente simples para ser visualizada pelo simples praticante de enfermagem, como uma descrição significativa da prática e um meio útil de a estruturar;
- Consistente com quadros conceptuais claros, mas não dependente de um quadro conceptual ou modelo particular de enfermagem;
- Baseada num núcleo central, ao qual podem ser feitas adições através de um processo contínuo de apuramento e desenvolvimento;
- Sensível às variações culturais;
- Reflexo do sistema comum e universal de valores, tal como expresso no Código de Enfermagem do ICN;
- Utilizável de forma complementar ou integrada com as classificações aprovadas pela OMS.

A versão Alfa foi traduzida do inglês para onze línguas incluindo a portuguesa, com o objectivo de os enfermeiros europeus participarem e contribuírem com sugestões.

No primeiro semestre do ano de 1997, foi iniciado um projecto de mudança do SDCE em três Unidades Hospitalares da Região Norte, dois Hospitais Gerais e um Distrital, com os seguintes objectivos :

- Definir uma metodologia de implementação de tecnologias e sistemas de informação no âmbito da assistência de enfermagem;
- Avaliar o impacto das tecnologias e sistemas de informação no âmbito da assistência de enfermagem.

O projecto está integrado num estudo de investigação/acção e tem por finalidade:

- Melhorar os sistemas de informação actuais, promovendo a gestão do recurso informação, num contexto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Para a concretização do mesmo foi seleccionado um serviço em cada unidade hospitalar. O sistema de informação de enfermagem implementado no âmbito do projecto integra as três dimensões de enfermagem e utiliza a CIPE enquanto

nomenclatura base do sistema.

Os enfermeiros envolvidos neste projecto tiveram formação para conhecer a CIPE, que numa perspectiva de desenvolvimento das competências para a acção, levou a processos de auto-formação essencialmente centrados no aprofundar e reflectir conhecimentos em enfermagem. Como refere Rosa (1992), a mudança não significa um rompimento total relativamente ao conjunto de conhecimentos existentes.

Segundo Silva (1999), os enfermeiros no seu processo de formação e auto-formação, fizeram análises aos registos de enfermagem que realizavam no serviço e identificaram os fenómenos de enfermagem mais frequentes nos doentes que eram internados nesses serviços, assim como as intervenções de enfermagem que procuram solucionar esses fenómenos. Neste percurso de análise, o grupo organizou procedimentos referentes a intervenções de enfermagem. Foram depois construídos padrões de documentação de cuidados, isto é, as intervenções que contribuem para soluções de mais que um fenómeno de enfermagem foram organizados com a inclusão das três dimensões de enfermagem em impresso próprio, que o grupo organizou e formalizou como padrão de documentação de cuidados de enfermagem.

Durante a fase inicial, os enfermeiros continuaram a fazer os registos de enfermagem nos impressos tradicionais.

Simultaneamente foi sendo planeada a introdução dos padrões de documentação elaborados e posteriormente introduzidos experimentalmente.

Num processo de investigação/acção, o regime experimental com envolvimento dos enfermeiros, fez com que estes desenvolvessem o vocabulário controlado pela CIPE, o qual passou a fazer formalmente parte do SDCE. Posteriormente, após consolidado o SDCE, foi concebido e testado um aplicativo informático utilizando a CIPE como suporte do vocabulário utilizado.

Do ponto de vista de Gunnar (cf Silva, 2000), há duas visões relativas à utilização do vocabulário da CIPE: a visão maximalista e a visão minimalista. A visão maximalista pretende uma entrada de muitos dados específicos acerca do cliente, utilizando a CIPE, dados que descrevem os cuidados proporcionados. A visão minimalista, está focalizada num desenvolvimento orientado para a extracção de informação de modo a produzir indicadores de saúde das populações. O quadro seguinte mostra uma comparação entre as duas visões.

Quadro 2 - Comparação entre a visão maximalista e a visão minimalista
(Adaptado de Gunnar cf Silva, 2000)

Maximalismo	Minimalismo
1-Pretende testar a fiabilidade da CIPE na prática de enfermagem;	1-Pretende testar a fiabilidade da CIPE na produção estatística;
2-nível da individualização dos cuidados;	2-nível da população;
3-finalidade - documentação;	3-finalidade-análise estatística;
4-nível individual;	4-nível de grupo;
5-dados específicos;	5-dados gerais;
6-entrada de dados ;	6-extracção de dados;
7-pós combinação de conceitos.	7-pré combinação de conceitos.

O desenvolvimento direccionado à visão maximalista, implica um desenho da CIPE em que seja possível a pós combinação de conceitos específicos, consoante as necessidades da documentação da prática de enfermagem, o que pode proporcionar a reflexão sobre a própria prática de cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento da CIPE que o grupo do projecto preconizou, foi orientado pela visão maximalista, desenvolvimento esse, que gerou discussão e reflexão sobre os cuidados que planeavam e realizavam. Gunnar (cf Silva 2000), refere que os dados que são introduzidos segundo o desenho maximalista, podem de uma forma combinada concretizar os objectivos que são preconizados na visão minimalista, e melhorar a concepção dos planos de cuidados de enfermagem.

O processo de profissionalização em enfermagem tem acompanhado as mudanças sociais que estimulam a cada vez maior necessidade de criação e desenvolvimento de grupos especializados para responder de forma adequada e eficaz às necessidades da sociedade. No entanto, quando se concretiza a questão de saber que homens ou que grupos provocam e conduzem a mudança, Guy Rocher (cf Rosa, 1922:80), refere que, «são pessoas ou grupos que graças ao poder que detêm ou à influencia que exercem, contribuem para a acção histórica da colectividade, seja pelas decisões

tomadas, seja pelas ideias, sentimentos ou emoções que experimentam ou simbolizam».

A implementação duma nova classificação de enfermagem e a introdução de aplicativos informáticos no âmbito dos cuidados de saúde gera no hospital necessidade de mudança tanto a nível pessoal como organizacional.

I.1.5 - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE MUDANÇA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A implementação e gestão de processos de mudança tem por base determinados pressupostos apoiados em modelos teóricos sobre mudança. Um dos primeiros modelos teóricos foi proposto por Kurt Lewin na década de sessenta.

Lewin (cf Ferreira, 1996), descreve o processo de mudança em três fases: *unfreezing*, *moving* e *refreezing*.

Schein (1982), explicitou posteriormente estas fases quanto ao mecanismo de actuação em cada fase. A fase *unfreezing* actua de forma a diminuir a força dos valores, atitudes ou comportamentos anteriores, após haver percepção de novas informações ou experiências que desafiem aqueles, provocando insatisfação com o estado actual.

Na fase de *unfreezing* pode ocorrer: desconfirmação, indução de culpa e ansiedade, criação de segurança psicológica. A desconfirmação traduz-se na insatisfação das pessoas com a situação actual e na percepção de que é preciso mudar; de que alguns comportamentos das pessoas não conseguem os resultados pretendidos. A desconfirmação deverá ser forte de forma a que possa activar o mecanismo de culpa e ansiedade, isto é, as dificuldades encontradas na situação actual poderão levar a sentimentos de culpa e o fosso entre a situação existente e a desejável pode desencadear angustia, geradora de motivação para a mudança.

Outro mecanismo é a criação de segurança psicológica. Para enfrentar os sentimentos de culpa e ansiedade, as pessoas têm de acreditar que são capazes de mudar e que essa mudança não irá prejudicar a sua auto-estima. É importante neste processo

abandonar os comportamentos antigos e aprender os novos. Na fase seguinte (*moving*) a organização ou o grupo muda para um novo nível, o que envolve o desenvolvimento de novos valores, atitudes e comportamentos. Nesta fase podem ocorrer dois processos que são a identificação com o novo modelo e a perscrutação da envolvente. A identificação com o novo modelo, permite que as pessoas comecem a analisar a situação a partir do ponto de vista de outros, e deste modo, possam compreender que é possível actuar segundo outros padrões. A perscrutação da envolvente é o processo que leva as pessoas a procurar informação e aprender novos conceitos relevantes relacionados com a situação específica, com vista a modificar essa situação.

A fase *refreezing* consiste na estabilização das mudanças que foram efectuadas e que podem integrar os processos operacionais normais da organização ou do grupo. Nesta fase, o autor considera que há dois processos a ter em conta: o processo de *refreezing* pessoal, isto é, verificar se a pessoa se sente confortável com as mudanças efectuadas, se os novos comportamentos ou atitudes, são congruentes com o seu auto-conceito e com os seus valores; o *refreezing* relacional é o processo que verifica que as outras pessoas dos grupos de referência ou de pertença confirmam ou aceitam os novos padrões ou atitudes que resultaram da mudança.

A duração de cada fase tem carácter contingencial, pois depende da situação específica da organização, do tipo de mudança em causa e das técnicas utilizadas.

Uma interpretação eficaz da mudança compreende aspectos globais (Rosa, 1992:49):

- «- O tempo necessário à mudança;
- As condições ambientais e de contexto;
- Os aspectos humanos de mudança».

Toda a mudança ocorre no tempo e tem necessidade de tempo, e não é idêntica nos vários grupos ou estratos sociais. O tempo tem também a dimensão psicológica que está relacionada com os hábitos, os valores assumidos, os processos de interiorização em consequência da repetição.

Existe um tempo para se alterar um hábito e um tempo diferente de mudar um valor em que se acredita, tempos que são necessários ao processo de desinteriorização e criação de novos hábitos e valores.

O tempo de mudança é interindividual, dado que cada indivíduo é detentor de um quociente pessoal próprio. Em função da sua personalidade, inteligência, fundamento sócio cultural e atitudes, cada indivíduo tem um tempo de aprendizagem e de realização prática.

Toda a mudança tem um contexto próprio, decorre dentro de uma situação física, tecnológica, cultural e psicossocial; «o contexto determina comportamentos reactivos nos grupos» (Rosa, 1992:50). Na opinião deste autor, o êxito da mudança pode depender da capacidade para utilizar técnicas de natureza psicossocial criadoras de um ambiente favorável à mudança.

O aspecto é crucial, pois a transformação do comportamento das pessoas, não obsta a que os comportamentos possam ser também transformados pelas próprias pessoas, o que pode modificar o ritmo ou direcionalidade da mudança.

As pessoas contribuem para a mudança e são por sua vez afectadas por ela, o que revela a importância do aspecto humano na mudança. As modernas técnicas de planificação, organização e aperfeiçoamento dos meios de controlo, podem contribuir para que haja um domínio sobre a evolução da mudança, mas esta evolução nunca acontece tal como foi planeada pois envolve pessoas, o que pressupõe um processo repensado e reajustado a todo o momento.

A mudança é deste modo uma resultante complexa em que intervêm simultaneamente condições, factores, causas. Para Rosa (1992), a mudança torna-se provável e viável se houver existência de conhecimentos adequados, necessidades não satisfeitas, complexificação organizacional, atitudes favoráveis e valores dominantes. A disposição para a mudança está intimamente ligada à existência de necessidades insatisfeitas, à expectativa e aos níveis de aspiração

Uma organização na qual predomine a diversificação de *status* e a especialização de funções, onde a comunicação é livre e crítica é necessariamente favorável à mudança. O aparecimento de ideias ou instrumentos novos, ou uma combinação nova de elementos existentes, inovação/invenção, assim como a difusão dos mesmos, condicionam o agir humano desencadeando reacções relativas à mudança: adesão, resistência à mudança e selectividade de difusão (Rosa, 1992). A utilidade da mudança, a adequação ou conveniência e o cansaço de um sistema são critérios que ajudam a selectividade. A selectividade leva a não aceitar toda a mudança e não deixa

de ser uma forma de resistência.

O funcionamento de uma organização e concretamente a organização hospitalar constitui um sistema complexo de estruturas sobrepostas e cruzadas, interesses e relações, cuja gestão requer harmonia e dinâmica de modo a evitar conflitos sociais paralisantes ou influentes no funcionamento da organização.

O hospital é uma organização que funciona com sistemas formais e informais. Dos sistemas formais derivam regras estabelecidas, políticas, normas e procedimentos; os sistemas informais são o modo de interacção das pessoas e grupos a todos os níveis dentro da organização. Os dois sistemas coexistem e são indissociáveis, na medida em que influenciam o comportamento humano. Alguns gestores têm dificuldade em aceitar como subsistema a informalidade, mas uma vez iniciada no contexto organizacional, ela rapidamente se estrutura e a flexibilidade da sua natureza garante-lhe a eficácia.

A comunicação informal estabelece-se com base em pequenos grupos, cujos membros se influenciam mutuamente, e podem gerar reacções de atracção, repulsa e indiferença, reacções essas que contribuem para definir atitudes que influenciam o mecanismo de comunicação na organização (Chiavenato, 1999).

Mudança significa sempre alteração estrutural, quer na organização social quer na organização mental dos indivíduos ou dos grupos, levando deste modo a transformações nas organizações, modificações das relações na organização e alteração de atitudes, valores e comportamentos. Cada pessoa imprime ao conjunto da organização social alguma alteração, na medida em que a personalidade e o estilo dos agentes sociais afectam necessariamente o sistema de inter-relações sociais.

No contexto hospitalar várias têm sido as estratégias de mudança, no entanto Foucault (cf Carapinheiro, 1993:68), refere que «a evolução do hospital liga-se intimamente à participação crescente dos médicos no seu funcionamento, através da sua constituição histórica como lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes médicos e novos métodos clínicos».

O Hospital, como refere Carapinheiro (1993: 69), «constitui uma disciplina – bloco na qual as actividades produtivas, as redes de comunicação e as redes do poder, constituem sistemas reguladores e concertados».

A mudança não incide do mesmo modo, nem com o mesmo ritmo e velocidade em todas as partes do tecido social. As mudanças na área tecnológica, instrumental ou do “fazer,” processam-se com maior facilidade do que as alterações das instituições e mais dificilmente se processam as mudanças nos aspectos culturais e dos valores ou na área do “ser,” podendo estes ficar inalterados perante mudanças profundas noutras áreas (Rosa 1992).

A história tem demonstrado que a maioria das mudanças se faz por ajustamento sucessivos, por um mecanismo de estímulo-resposta e o aparecimento de inovações provocam adaptações estruturais.

Uma das mudanças com maior impacto na vida quotidiana foi o papel assumido pelos meios de comunicação de massa na criação e difusão de informações e de modos de pensar, de sentir e agir. Esses relatos informativos estão ao mesmo tempo, muito próximos porque nos dizem respeito; suas observações interferem com as nossas próprias observações e suas linguagens ou noções, elaboradas a partir de factos que nos são estranhos, fixam a nossa atenção e dirigem as nossas interrogações.

O que vemos e o que sentimos está de algum modo sobrecarregado pelo invisível e pelo que é provisoriamente insensível nos nossos sentidos. Fragmentos de diálogo, expressões ouvidas, misturam-se com as impressões, surgem as recordações, as experiências comuns apoderam-se delas. Das informações transmitidas num grupo, com seus hábitos, cada um adquire uma ideia pessoal acerca do objecto de discussão.

A capacidade criativa dos sujeitos para se aperceberem do mundo por meio de conceitos, afirmações e explicações, originadas no quotidiano, durante interacções sociais, a respeito de qualquer objecto, social ou natural, para torná-lo familiar e garantir a comunicação no interior do grupo e, também, interagir com outras pessoas e grupos, é considerada por Moscovici (1984), como representações sociais.

A teoria da representação fundamenta-se no estudo do conhecimento. Nesta teoria, há uma preocupação com o indivíduo enquanto ser psicológico inserido numa colectividade.

A teoria das representações sociais reforça a orientação da psicologia, que apesar de reconhecer a interferência de factores sociais, vem sublinhar o valor causal do simbólico como determinante dos comportamentos. Convida-nos a entender e prever estes, à luz da compreensão daquele factor. A vida colectiva, como a vida mental do

indivíduo é feita de representações individuais e representações sociais.

Neto (1998:431), inspirado em Davy (1920), refere que « não nos podemos contentar de postular uma natureza humana formada de um certo número de sentimentos imutáveis e fundamentais, é necessário explicá-la, ela própria, e explicá-la em função do meio social a que se adapta.»

Deste modo constrói-se do ponto vista sociológico, uma psicologia dos sentimentos e uma psicologia do conhecimento. A problemática das representações sociais como fenómeno colectivo foi anteriormente descrita por Durkheim em 1898, mas o conceito universalmente aceite como conceito de representação social é o conceito de Moscovici (1984), que define a representação social como um universo de opiniões organizado à volta de uma significação central.

Moscovici (1984), refere que há cinco características fundamentais na organização da representação, isto é:

- é sempre representação de um objecto;
- tem um carácter figurativo e a propriedade de se tornar intermutável pela sensibilidade de ideias, percepções e conceitos;
- tem um carácter simbólico e significativo;
- tem um carácter construtivo;
- tem um carácter autónomo e criativo.

Além destas características o mesmo autor refere ainda que a representação comporta sempre qualquer coisa de social, mesmo que o indivíduo se situe num nível social zero, dado que as categorias que a estruturam e exprimem são categorias reproduzidas pela linguagem que comporta o carácter cultural.

A representação, social é expressa e comunicada por sistemas de linguagem que nos permite interpretar, categorizar e ordenar os acontecimentos na tentativa de interpretar e dominar a realidade.

As representações sociais e individuais fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deva ser. Mostram que a todo o momento algo que está ausente lhe é adicionado e alguma coisa presente se modifica .

Moscovici (1984) examinou a incidência da comunicação, e para ele, a sua importância varia segundo o momento histórico e os grupos sociais, e distingue três grandes sistemas de comunicação: *a difusão, a propagação, a propaganda.*

A difusão é o sistema de comunicação em que a fonte pretende transmitir e difundir, o mais amplamente possível, sem a finalidade de convencer, e é dirigida a membros de diversos grupos.

A propagação recorre a mensagens com objectivos e valores específicos, com uma visão do mundo bem organizada e tem como finalidade integrar a informação nova num raciocínio e julgamento já existentes. É dirigida a um grupo específico.

A propaganda, é a vontade de convencer e contribuir para a afirmação e reforço da identidade do grupo numa função reguladora. A propaganda incita os seus receptores a um determinado comportamento.

Moscovici (1984) examinou a incidência da comunicação ao nível da emergência e considera que há três condições que afectam a formação das representações: *a dispersão de informação e a focalização* que se relacionam com a acessibilidade do objecto e a *pressão à inferência* que favorece a adesão dos indivíduos às opiniões dominantes dos grupos.

Na opinião de Neto (1998), os indivíduos não podem ter acesso às informações úteis sobre o objecto da representação por motivos inerentes à sua complexidade e também por existência de barreiras sociais e culturais. Esta dificuldade de acesso à informação é favorável à transmissão indirecta dos saberes com consequentes e numerosas distorções.

A focalização relaciona-se com a posição específica do grupo social em relação ao objecto de representação. Esta posição determina interesse particular por certos aspectos do objecto e um desinteresse por outros aspectos, o que impede a visão global do objecto.

A terceira condição, *pressão à inferência*, refere-se à necessidade que os indivíduos sentem em desenvolver comportamentos e discursos coerentes a propósito de um objecto que conhecem mal.

Para Neto (1998:447), «a comunicação e acção sobre o objecto que se domina mal só é possível na medida em que, por diversos mecanismos de inferência, o sujeito preenche zonas de incerteza do seu saber». Para o mesmo autor, no tempo de conversação e de acção o sujeito vai estabilizar o universo de conhecimento relativo ao objecto o que favorece a adesão dos indivíduos às opiniões dominantes do grupo.

Estas três condições, necessárias para a emergência de uma representação social, vão diferenciar o pensamento natural nas operações, na lógica e no estilo. Os processos de pensamento estão em grande parte dependentes dos conteúdos de pensamento, isto é, as condições sociais em que nos movimentamos determinam o que pensamos e também como pensamos.

Nas investigações sobre representações sociais tornou-se corrente distinguir dois objectos distintos - os produtos e os processos - , no entanto alguns autores consideram esta distinção artificial. Como refere Jodelete (1989), os processos e produtos são indissociáveis, só se pode descobrir a obra nos seus efeitos, estudar os mecanismos na base da sua produção.

- A representação - produto -

A representação - produto, aparece como um universo de opiniões ou de crenças organizadas em função de uma significação central. Moscovici (1984) considera cada universo de representações sob três aspectos: a informação, a atitude e o campo de representação.

- A informação -

A informação diz respeito à soma e organização dos conhecimentos sobre o objecto de representação. A sua apreciação necessita relacionar o discurso do sujeito com os caracteres objectivos do objecto, tornando-se assim possível distinguir níveis de conhecimento e de os definir tanto pela quantidade de informação relativa ao objecto, como pela qualidade dessa informação.

- A atitude -

A atitude exprime a orientação global, positiva ou negativa em relação ao objecto da representação. Krech e Crutchfield (cf. Neto, 1998:452), definem atitude como «uma organização duradoira de processos motivacionais, emocionais, perceptivos e

cognitivos que se relacionam com um aspecto do mundo do indivíduo». É portanto uma forma constante de ver ou sentir a realidade exterior, implicando um modo de agir.

A atitude é reguladora e energética, supondo uma estruturação dos estímulos e das respostas. Enquanto reguladora, aparece como uma espécie de reacção secundária tendo por função orientar (por antecipação ou comparação) o comportamento através das estimulações do meio físico e social. Enquanto energética imprime a orientação e a troca com o meio numa intensidade emocional e afectiva. A atitude, não só orienta o comportamento como regula as trocas com o meio. A atitude é o aspecto mais afectivo das representações sociais enquanto reacção emocional constituída pela história individual e social do sujeito para com o objecto.

- O campo de representação -

O campo de representação remete-nos para os aspectos imagéticos, isto é, para a construção significativa que é feita do objecto, integrando e interpretando as informações de que o sujeito dispõe.

Para Morales (1994), a noção de campo de representação deve ser analisada sob diferentes aspectos: elementos constitutivos do campo, da sua extensão, da sua estrutura, da sua estabilidade, do seu carácter mais ao menos imaginado ou abstracto em relação ao objecto. Segundo o autor uma representação social comporta esquemas periféricos estruturalmente organizados por um núcleo central, que é a identidade da representação. Os elementos periféricos da representação funcionam como zona tampão entre uma realidade que a coloca em causa, e um núcleo central, que não se deve modificar facilmente. As discordâncias com a realidade são absorvidas pelos esquemas periféricos, que desta forma asseguram a estabilidade (relativa) da representação.

Embora os elementos periféricos se ajustem de forma a proteger o núcleo central, se o fenómeno passa a ter muita relevância, este transforma-se. Para o autor, se as práticas estão em contradição explícita com a representação, a transformação da representação é brutal, e entra em ruptura com o passado, mas se as práticas discordantes são cada vez mais frequentes podem levar à modificação dos esquemas periféricos, acabando por a transformação da representação ser progressiva e não

haver ruptura com o passado.

Os três elementos constitutivos da representação social denotam o seu conteúdo e sentido, e a sua análise permite estabelecer o grau de organização da representação e delimitar a distinção entre os grupos em função de um fenómeno estudado.

Em conjunto, as três dimensões, permitem apreender a natureza e o grau de coerência de uma representação social, estabelecer o seu papel na definição de fronteiras de um grupo, e enfim, tornar possível uma análise comparativa.

- A representação - processo -

Moscovici (1984) coloca em evidência dois processos fundamentais que demonstram como o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social. Estes dois processos, *objectivação e ancoragem*, mostram a interdependência entre a actividade psicológica e as condições sociais, e descrevem o funcionamento e a emergência de representações sociais.

Objectivação - (o social na representação).

A objectivação consiste em materializar a palavra, descobrir a qualidade icónica de uma ideia ou ser impreciso, reproduzir um conceito numa imagem, ou seja, é o mecanismo que permite concretizar o abstracto. Este mecanismo no caso de um objecto complexo como uma teoria, pode subdividir-se em três fases: selecção e descontextualização, esquema figurativo, naturalização.

Seleção e descontextualização

A selecção e descontextualização procuram dar um carácter concreto, mais facilmente acessível, a noções mais abstractas. O produto da representação para se tornar mais funcional deve limitar-se a alguns elementos acessíveis, dado que é impossível objectivar toda a informação sobre o objecto. A transformação das ideias científicas em conhecimento quotidiano processa-se pela descontextualização. Há portanto a

retenção selectiva de certos elementos e a respectiva deslocação, pois são extraídos do contexto inicial.

- Esquema figurativo -

O esquema figurativo é o núcleo organizador da representação. «O esquema figurativo forja uma imagem visual de uma organização abstracta, captando a essência do conceito, da teoria ou da ideia que se trata de objectivar» (Neto, 1998:458). A significação numa imagem permite conservar e compreender de forma mais simples o mundo e nós próprios.

- A naturalização -

A naturalização é o fenómeno pela qual os conceitos se operacionalizam em verdadeiras categorias de linguagem e entendimento, fundamentais para o conhecimento dos elementos que dão significado ao objecto representado, articulando com a prática quotidiana no interior dos grupos sociais.

A transformação de um conceito numa imagem perde o seu carácter simbólico arbitrário e converte-se numa realidade com existência autónoma. São essas imagens que constituem a realidade quotidiana em que nos desenvolvemos. A representação da realidade torna-se então realidade da representação.

A ancoragem (a representação no social)

A objectivação reflecte a intervenção do social na representação, a ancoragem traduz a interpretação da representação no social. Tal como a objectivação, a ancoragem permite transformar o que é estranho em algo de familiar.

A ancoragem consiste na integração cognitiva do objecto representado (sejam ideias, pessoas, acontecimentos e relações) a um sistema de pensamento social preexistente. Esse processo é responsável pelo enraizamento das ideias. É deste modo classificação e denominação; classificação enquanto escolhe um dos paradigmas ou protótipos guardados na nossa memória, com o qual comparamos o objecto a ser excluído no caso em questão; denominação enquanto se encarrega de tirar “a coisa” do anonimato, para a dotar de uma genealogia e incluí-la num complexo de palavras

específicas, posicionando-a na identidade da nossa cultura.

O processo de ancoragem articula as três funções base da representação; função de orientação das condutas e das relações sociais, função de interpretação da realidade, função cognitiva de integração da novidade.

Segundo Moscovici (1984), a familiarização com a ancoragem, faz prevalecer quadros de pensamentos antigos submetendo-os aos novos conhecimentos. Esta modalidade de pensamento caracterizada pela memória e a predominância de posições estabelecidas, torna-o familiar e explica-o de uma forma familiar.

Nas representações sociais os processos de pensamento dependem em grande parte do conteúdo do pensamento, assim como das condições em que ele se desenvolve. Segundo Morales (1994), é como, se o pensamento estivesse marcado pelas condições em que é criado, pelas crenças específicas e os elementos do conhecimento. Para o mesmo autor, as condições sociais determinam o que pensamos e como pensamos.

Daqui a necessidade de enquadrar aspectos do passado em que a enfermagem se desenvolveu e as perspectivas futuras da documentação de enfermagem, assim como relacionar o peso social e administrativo do hospital, perspectivando este como organização qualificante numa colaboração entre o desenvolvimento organizacional e pessoal do enfermeiro.

Uma organização qualificante coloca em evidência as pessoas que nele colaboram bem como as tarefas e papéis que desempenham. Um enfermeiro ao desempenhar funções formais como, realizar uma técnica ou gerar ideias para o estabelecimento de prioridades para as intervenções, concretiza «tarefas assinaladas ao grupo, pelas quais ele é formalmente responsável» (Madureira, 1990:289).

Memorizar o passado, relacioná-lo com o presente e perspectivar o futuro, dispõe à mudança, isto é, leva a «conhecer o mundo em que se vive percebido através das experiências passadas, bem como das suas necessidades e desejos actuais ao enfrentar o mundo» (Hilgard, 1979:217).

II - PARTE

COMPONENTE METODOLÓGICA

II.1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

No capítulo I abordamos o Hospital enquanto organização em desenvolvimento e a sua participação no conceito de cuidados de enfermagem, bem como a necessidade de desenvolver um sistema de documentação de cuidados de enfermagem que demonstre os contributos da profissão na organização. Abordámos também as etapas dum processo de mudança pessoal e institucional e os processos conducentes à elaboração da mudança do pensamento reproduzido nas representações.

Neste desenvolvimento teórico, as inquietações iniciais foram construindo a dimensão de um problema investigável e concebendo um esboço de projecto que viria a ganhar a forma de plano de investigação.

Neste capítulo, apresentamos os aspectos metodológicos, os processos e técnicas utilizadas assim como as opções que estiveram na sua origem e contribuíram para a realização do estudo.

Segundo Polit e Hungler (1995), este é o espaço de eleição para se saber o que foi feito para resolver o problema. Neste percurso procuramos integrar a sequência dos acontecimentos, nas diferentes etapas da investigação.

II.1.1 - CONTEXTO E FINALIDADE DO ESTUDO

Perrow, citado por Carapinheiro (1993:60), refere que «o hospital é controlado pelos grupos que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas, são as características destes grupos que determinam as políticas hospitalares e os objectivos organizacionais». Para o mesmo autor, os dois grupos que detêm aquele tipo de tarefas são os médicos e os administradores, que na concretização dos objectivos oficiais do hospital, definem objectivos operatórios do poder; no primeiro caso através do desenvolvimento de projectos de especialização médica e técnica, no segundo caso, através de projectos de racionalização que demonstrem capacidade de controlo e coordenação da gestão do hospital.

Os enfermeiros enquanto profissionais que trabalham nesta organização sentem dificuldade em desempenhar as suas dimensões funcionais e, mais ainda, em demonstrá-las por escrito, pois no tempo que consideram pouco para o exercício das

suas funções têm de dar cumprimento às solicitações dos dois pólos de poder.

A documentação dos cuidados de enfermagem é deste modo escassa e em certos serviços inexistente; mas serviços há no entanto, que têm elevado número de suportes de informação com duplicação da mesma, mas sem indicadores de necessidades, intervenções e resultados no âmbito de enfermagem.

As diferentes linguagens utilizadas pelos enfermeiros têm também dificultado a comunicação entre os que prestam cuidados, os que os gerem e os que os ensinam.

Torna-se necessário e importante haver linguagem comum, pois como refere Norma Lang (cf Affara, 1995), se não conseguirmos sequer dar um nome às actividades de enfermagem, não podemos controlá-las, financiá-las, ensiná-las, pesquisá-las ou colocá-las dentro da política de saúde.

No processo de mudança numa organização qualificante na opinião de Sthall (1993:54), «primeiro alteram-se as acções, depois as convicções estratégicas e, finalmente os valores-chave e pretensões da organização».

O Homem acalenta desde sempre um enorme desejo de perguntar, ver claro e intervir. Mas segundo Huberman (1991), as inovações mais duráveis e eficazes, são aquelas que as pessoas fazem suas, isto é, aquelas que elas adoptam por irem ao encontro das necessidades específicas.

No constrangimento da organização hospitalar, onde se iniciou o processo de mudança sobre sistema de documentação de cuidados de enfermagem, num serviço de internamento, a informação decorre entre os restantes grupos que trabalham na instituição, informação essa que vai condicionar o que é observado, o modo como é observado, e o tratamento que é feito aos dados recolhidos, mediante um confronto com as estruturas cognitivas já adquiridas.

Com três anos de implementação no serviço, vai sendo criada uma imagem sobre o processo e o objecto de mudança, imagem essa que transporta sempre uma mensagem mais ou menos ambígua e que comporta vários níveis de significação.

O processo de difusão e assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e colectivo, a expressão dos grupos e as transformações sociais intervêm na construção das representações sociais.

Os enfermeiros das unidades não envolvidas directamente, captando conversas, observando situações episódicas de elaboração dos registos, vão fazendo a sua "décalage" (dispersão de informação) entre a formação disponível e a informação

necessária para a elaboração da representação sobre a mudança.

A necessidade que os enfermeiros têm de comunicar, e nessa comunicação há constantemente elaboração, de juízos, emissão de opiniões sobre assuntos que nem sempre conhecem suficientemente, a informação é completada por meio de inferências ou simplificações (pressão à inferência) e vão contribuir assim para uma representação esquemática. O interesse e desinteresse que os enfermeiros têm sobre o SDCE introduzido (focalização) vai contribuir para seleccionar um certo número de elementos, valorizando-os em relação a outros. As representações sociais não são apenas uma memória semelhante à do computador, são humanas e possuem o desejo como base.

Isto levou-nos a procurar identificar as representações dos enfermeiros face ao processo de mudança do SDCE na organização hospitalar; representações dos enfermeiros que não estão integrados no grupo de implementação do processo de mudança.

Não se trata aqui dum estudo de uma representação em todas as suas componentes, pois a população em estudo não tem relação directa com o SDCE preconizado no processo de mudança, e como refere Morales (1994), não são os atributos ou os fenómenos inerentes a um objecto que o converte em social, mas sim a relação que a pessoa mantém com esse objecto. Para o mesmo autor, as representações sociais são um tipo particular de conhecimento quotidiano que se desenvolve na sociedade. Para que o discurso, que elaboram as representações sociais, seja efectivo, necessita ser público, isto é, o processo de comunicação deve estender-se potencialmente através de todos os membros de um grupo, comprometendo-os tanto como produtores como receptores do sistema de conhecimento. O requisito mínimo é que os resultados da elaboração colectiva do conhecimento seja acessível a todos os membros do grupo.

A comunicação que leva à representação produto/processo, na elaboração do conhecimento processa-se entre os enfermeiros do grupo do projecto que experienciam um sistema de documentação de cuidados de enfermagem diferente daquele que praticam os restantes enfermeiros dos outros serviços. Estes, ao perceberem maior ou menor grau de utilidade do novo SDCE, num ambiente hospitalar em que os profissionais da instituição aguardam a mudança para o novo hospital, cuja gestão preconiza a implementação da CIPE, desenvolvem processos de comunicação entre eles que os levem a ter graus diferentes de interesse pelo mesmo.

Deste modo, o estudo visa então, identificar condições necessárias à comunicação na formação das representações dos enfermeiros dos outros serviços face ao processo de mudança do SDCE no serviço de MH, condições que Moscovici (1984), refere como: condições de acessibilidade e condições de adesão.

II.1.2 - QUESTÕES ORIENTADORAS

Para Polit (1995), as perguntas são um convite às respostas, ajudando a focalizar a atenção do investigador e dos leitores sobre o tipo de dados a colher para obter respostas. Poderemos afirmar que traduzem o que o investigador deseja conhecer, sendo deste modo orientadoras para o seu trabalho.

Nesta linha de pensamento e após as reflexões aquando da construção teórica, formulamos as seguintes perguntas de investigação:

- De que forma os enfermeiros não envolvidos directamente no processo de mudança tomaram conhecimento do mesmo?
- Como reagiram os enfermeiros à selecção do serviço de MH?
- Qual a influência da opinião dos enfermeiros ao SDCE que utilizam sobre a atitude face à implementação do projecto no seu serviço?

II.1.3 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Fomos referenciando ao longo do texto, várias questões acessórias do ponto de vista da problemática das representações sociais, como as condições que afectam a comunicação que conduz às representações sociais, e mais especificamente, face a um processo de mudança.

Segundo Doise (cf Morales, 1996), o estudo das relações de sistemas de comunicação é uma problemática crucial na análise das representações sociais, dado que as representações sociais são concebidas como produto da comunicação. Os enfermeiros dos serviços não envolvidos, enquanto actores participantes da situação social, poderão pela experiência vivenciada na comunicação sobre o processo de mudança, ser informantes privilegiados e assim obtermos uma aproximação da realidade através

dos seus testemunhos.

A realização desta pesquisa foi então direccionada para um tipo de estudo exploratório e descritivo. O aspecto exploratório implica que os «planos de observação, os temas de investigação, os fenómenos significantes não podem aparecer se não à medida que decorre a recolha e análise da informação, isto é, no decurso da própria pesquisa» (Clapier, 1980:150).

«A investigação descritiva procura representar adequadamente situações e acontecimentos, e por vezes, descrever a sua interligação na esperança de obter informação útil, normalmente com vista a planear estudos subsequentes» (Moore, 1988:174).

Deste modo a nossa opção enquadra-se numa abordagem qualitativa, pela natureza interpretativa sobre os discursos dos enfermeiros.

Segundo Polit (1990), a pesquisa qualitativa:

- Procura compreender a totalidade dos fenómenos em vez de focar aspectos específicos;
- Utiliza poucas ideias pré-concebidas, valorizando a interpretação dos acontecimentos;
- Utiliza instrumentos de recolha de informação de tipo informal ou pouco estruturados;
- Procura captar o contexto da pesquisa na sua totalidade e não controlá-lo;
- Procura obter o subjectivo como forma de compreender e interpretar as experiências pessoais;
- Analisa as narrações de informação de forma organizada através da intuição.

Para Trivinos (1992), a investigação qualitativa é menos rígida na sequência de etapas para o desenvolvimento de pesquisa do que a investigação quantitativa, e o investigador não inicia o seu trabalho com hipóteses levantadas à priori e não se preocupa em quantificar a amostragem.

O processo de condução da investigação qualitativa, dá ênfase à participação do investigador e ao significado que as pessoas dão aos fenómenos nos seus contextos. Para Bogdan (1994:83), o investigador em pesquisa qualitativa «esforça-se intelectualmente, por eliminar os seus preconceitos» e deve basear-se no pressuposto de que muito pouco se sabe acerca de pessoas e ambientes que irão constituir o objecto de estudo.

A investigação qualitativa não se preocupa em prever o comportamento humano, mas em compreendê-lo, apresentando-se como método de eleição para qualquer tipo de investigação que dê ênfase à ampla compreensão dos fenómenos (Lincoln, 1992).

II.1.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO

Segundo Polit e Hungler, (1995) a população de um estudo é toda a agregação de casos que se enquadram num conjunto eleito de critérios. Para o nosso estudo estabelecemos alguns critérios de elegibilidade para a inclusão dos indivíduos em que prevíamos estudar o fenómeno.

Como o processo de mudança do SDCE tem cerca de três anos e as questões que orientam o estudo, se relacionam com aspectos reportados ao início do projecto, a população alvo integra enfermeiros que trabalham na instituição onde está a ser realizado o processo de mudança, pelo menos há três anos.

Como o projecto está a ser implementado num serviço de internamento, a população para o estudo é constituída por enfermeiros que trabalham em serviços de internamento.

Em síntese a população de acesso à realização do estudo é constituída por enfermeiros que trabalham há mais de três anos na instituição, e que trabalham em serviços de internamento, excluindo o serviço MH.

Atendendo à natureza exploratória do estudo, ao carácter qualitativo da metodologia, que não pretende inferências globais, seguimos a opinião de Ghiglione e Matalon (1992:146), recorrendo à amostragem por conveniência (ou acidental) dado que «favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo». Como interlocutores úteis consideramos vinte enfermeiros dos serviços de internamento de ortopedia, cirurgia, pediatria e medicina, em número de cinco para cada serviço.

II.1.5 - INSTRUMENTO PARA A RECOLHA DE DADOS

- A ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA -

A entrevista é uma forma de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado, e representa, conjuntamente com a observação, um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias.

A entrevista enquanto técnica de recolha de dados é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, assim como das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. É uma técnica muito útil quando se pretende colher dados sobre crenças e opiniões, principalmente quando se desconhece a informação disponível, e possibilita o confronto entre a percepção expressa pelos sujeitos e a percepção do significado atribuído pelo investigador.

Para Selltitz (cf Marconi e Lakatos, 1982), a entrevista como método de colheita de dados permite: averiguar factos, determinar opiniões, determinar sentimentos, identificar motivações conscientes para opiniões e identificar sentimentos ou condutas.

Segundo Beaman, citado por Fortin (1988), e no que concerne ao modelo de estrutura das perguntas a entrevista pode ser:

- Estruturada, quando as perguntas são seguidas pela mesma ordem, com as mesmas palavras e o entrevistador exerce um certo controlo sobre o conteúdo da entrevista;
- Semi-estruturada, quando o entrevistador pretende obter mais informação que a obtida com as questões pré-determinadas;
- Não estruturada, quando o entrevistador pretende que os entrevistados falem espontaneamente sobre o assunto.

Face aos três tipos de entrevista, optámos pela entrevista semi-estruturada, pois foi nosso objectivo ter pontos de referência comuns a todos os indivíduos entrevistado, e simultaneamente não limitar as respostas.

Com o propósito de organizar o tempo e estruturar a sequência das questões a colocar aos enfermeiros, elaborámos um guião orientador constituído por catorze questões abertas. O conteúdo de cada uma das questões obedecem às determinantes exigidas à finalidade do estudo e às questões da investigação.

As primeiras questões referem aspectos socio-profissionais. Esta informação visa

sobretudo a caracterização da amostra de enfermeiros entrevistados, e as variáveis seleccionadas referem-se à idade, tempo de vivência profissional, formação e categoria profissional.

Nas restantes questões, pretendemos obter informação relativa às representações sociais dos enfermeiros face ao processo de mudança, perscrutando a percepção inicial e actual sobre a mudança do SDCE, reacções de adesão/resistência à mudança, satisfação/insatisfação com a situação dos registos efectuados actualmente nos serviços e o impacto da metodologia de implementação do projecto no serviço.

A opção por esta modalidade visou possibilitar que da dinâmica da interacção entrevistador/entrevistado pudessem surgir novas questões e novos dados não considerados previamente assim como não limitar as respostas, permitindo um clima de liberdade e à vontade, de forma a que os enfermeiros expressassem livremente os seus pontos de vista, ideias, sentimentos e interesses. Para Fortin (1988), este tipo de entrevista proporciona, protecção de ambiguidade de certas perguntas na medida em que o entrevistador pode clarificar as perguntas não compreendidas e dá a possibilidade de o entrevistador incluir dados adicionais. Segundo Quivy (1992), a entrevista abre pistas de reflexão, alarga e precisa os horizontes de leitura e toma consciência das dimensões e dos aspectos de um problema, nos quais o investigador não teria pensado espontaneamente.

II.1.5.1 - Realização das entrevistas

Na preparação da entrevista tivemos momentos fundamentais, necessários à sua realização: pedido de autorização para a sua realização num contexto organizacional, a selecção dos entrevistados e a preparação da situação da entrevista.

Obtida autorização para o estudo (ANEXO I), estabelecemos contactos com o enfermeiro director e com os enfermeiros chefes dos respectivos serviços no sentido de calendarizar as entrevistas de acordo com as disponibilidades do investigador e dos interlocutores.

Pretendemos nesta calendarização, entrevistar os enfermeiros que estavam escalados num turno e nos dias considerados mais oportunos para o serviço, de forma a haver pessoas disponíveis para o efeito.

As entrevistas foram realizadas em gabinetes existentes nos serviços, ou gabinetes ajustados para o efeito. Independentemente do local, a privacidade e comodidade foram nossa preocupação e mereceram particular cuidado.

A concretização da entrevista pressupõe a participação do entrevistado e a anuência deste aos moldes em que a entrevista se realiza. No primeiro contacto com as pessoas seleccionadas além da apresentação pessoal, explicitámos as finalidades da entrevista e a previsível duração da mesma. A duração de cada entrevista foi estipulada para trinta minutos, terminando antes, no caso de saturação de informação ou mantendo por mais tempo, de forma a obter informação necessária. Informamos também da intenção de procedermos à gravação das entrevistas, subordinada à autorização prévia do entrevistado. Foram ainda dadas todas as garantias de confidencialidade do conteúdo e do anonimato das fontes. Assegurámos também que as entrevistas seriam transcritas para texto livre sem qualquer identificação pessoal e que o conteúdo das fitas magnéticas seria destruído.

As entrevistas realizaram-se apenas com a presença do entrevistado e do entrevistador, e as questões foram colocadas verbalmente segundo o guião estruturado (ANEXO II).

Como estudo exploratório, a entrevista foi baseada num questionar constante para certificar os pontos de partida como sugere Ghiglione e Matalon (1992).

Foram realizadas vinte entrevistas com uma duração entre vinte e cinco minutos e cinquenta minutos, com enfermeiros dos serviços seleccionados.

III PARTE

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

III.1 - ANÁLISE DE DADOS

Como refere Gauthier (1998), a análise está presente nas várias fases da investigação, mas torna-se mais sistemática e mais formal quando se encerra a colheita de dados.

A análise de dados, segundo Bogdan (1994:205), «é o processo de busca e de organização sistemática de transcrições de entrevistas... que foram sendo acumuladas, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desse mesmo material e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou».

Bardin (1995), apela para o rigor metodológico e emprego de técnicas de análise de conteúdo no sentido de evitar a compreensão espontânea, assim como a necessidade de manter uma atitude de vigilância crítica.

III.1.1 - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Segundo Bardin (1995:31:34), a análise de conteúdo «é um conjunto de técnicas de análises de comunicações... e a descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens».

Os discursos produzidos sobre as questões colocadas foram transcritas na íntegra em texto livre e codificados com um número (de 1 a 20) em função dos enfermeiros que as produziram. No momento seguinte, eliminámos as referências que pudessem identificar alguma pessoa ou serviço de internamento.

Orientados por Bardin (1995), incidimos os procedimentos analíticos sobre o conjunto das entrevistas que obedeceram às regras da exaustividade, e assim este conjunto passou a constituir o *corpus* da análise.

Passámos então a tratar o material recolhido codificando-o, pois «tratar o material é codificá-lo ... e deste modo permitir ao analista uma representação do seu conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto» (Bardin, 1995:103). Tomámos por base para este processo as questões de investigação que nos orientaram na exploração dos discursos produzidos.

O *corpus* foi lido diversas vezes com o objectivo de apreender as linhas de força do seu conteúdo, que pudessem levar à progressiva integração e definição da organização da codificação. «Não se tratou de uma leitura à letra mas antes o realçar

de um sentido que se encontra em segundo plano» (Bardin, 1995:41). A partir do momento em que se decide classificar o material em análise, é indispensável organizar um sistema de categorias que possibilite, por classificação, uma representação simplificada dos dados. Orientados pela metodologia sugerida por Goetz et al (1988), as expressões foram agrupadas em unidades que expressem as mesmas ideias, de forma a organizar grupos com sentido comum ou muito aproximado.

Procurámos então identificar temas e relações que nos possibilitassem construir questões para reflexão do conteúdo das entrevistas .

Esta é uma conduta que Gauthier (1998) considera importante para a identificação das dimensões, categorias, tendências, dentro de um continuum que se inicia na fase exploratória e prossegue por toda a investigação. Para Vala (1986:110:111), «uma categoria, é habitualmente composta por um “termo-chave” que indica a significação central do conceito que se quer apreender.» Neste estudo, utilizamos códigos diferentes como “termo chave”: códigos in vivo (termos usados pelos entrevistados), códigos substantivos (sugeridos pelo próprio investigador), e códigos teóricos (teoricamente sugeridos). A opção foi determinada pelo potencial de ilustração do código relativo ao conceito. A inclusão de um segmento de texto numa categoria, pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria. A construção de um sistema de categorias, segundo o mesmo autor, pode ser feita, à priori ou à posteriori, ou através da combinação destes dois processos, o que lhe estava subjacente.

Para este estudo exploratório com necessidade de aprofundar conhecimentos que levam às representações dos enfermeiros, afigurou-se-nos aconselhável integrar os dois processos, pois «as referências teóricas do investigador orientam a primeira exploração do material, mas este por sua vez, pode contribuir para a reformulação ou alargamento das hipóteses e das problemáticas a estudar» (Vala 1986:112). Para o mesmo autor (1986:114), «uma unidade de registo é o segmento determinado do conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria». Distinguem-se habitualmente dois tipos de unidades: formais e semânticas. Quando o seu conteúdo inclui a palavra, a frase ou ainda um item, é uma unidade formal; se inclui o tema ou a unidade de informação, é uma unidade semântica.

Nesta análise, a unidade de registo foi o segmento do tipo "unidade semântica" porque tem por base o sentido e não a forma, e enquadra-se na finalidade do estudo. Quando a compreensão da significação da unidade de registo não se nos tornou clara,

recorremos à unidade de contexto, que «é o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo» (Vala, 1986:114).

A análise temática consiste deste modo em descobrir núcleos de “sentido” cuja presença ou frequência na comunicação podem significar algo para o objecto em análise. Segundo o mesmo autor, os temas são muito úteis como unidades de registo, quando se pretende estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de tendências, o que está em sintonia com o propósito do nosso estudo.

Através de sucessivas leituras, as unidades de registo foram sendo agrupadas em função da sua significação central (critério semântico), e assim, agrupámos propriedades comuns. O reagrupamento sucessivo de uma fase inicial fez emergir graus de generalidade mais fraca que configuraram as subcategorias, e graus de generalidade mais elevada que constituíram as categorias. Foi nossa preocupação assegurar as propriedades do sistema de categorização: exaustividade, exclusividade, objectividade e pertinência. As categorias permitem classificar todo o conteúdo do texto sujeito a análise; uma unidade de registo só pode ser classificada numa categoria; a ligação entre enquadramento teórico e o conteúdo do texto, deve estar presente; a mesma unidade de registo deve ser classificada na mesma categoria por codificadores diferentes.

Contudo, não obsta que parte da informação não fosse desperdiçada, dado algumas unidades não poderem ser incluídas nas categorias existentes, e a sua fraca “exemplaridade” não justificava a criação de nova categoria. A classificação das unidades de registo em diferentes categorias foram analisadas pelo investigador, por uma professora da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto e pelo orientador, a qual foi objecto de alguma divergência, que foi ultrapassada com diálogo, reflexão, revisão do marco teórico. Como resultado, obtivemos algumas alterações à análise elaborada individualmente pelo primeiro codificador.

No final do processo de categorização, confrontámos todas as unidades de registo, com cada uma das categorias e subcategorias definidas, para garantir e certificar as propriedades do sistema de categorização.

A análise de conteúdo não requer necessariamente a quantificação, e para este estudo de natureza interpretativa pareceu-nos mais importante o significado do conteúdo das entrevistas do que a quantificação dos aspectos relevantes das mesmas.

Baseados em estudos de Huberman (1991), pareceu-nos adequado considerar os

dados de acordo com as questões formuladas:

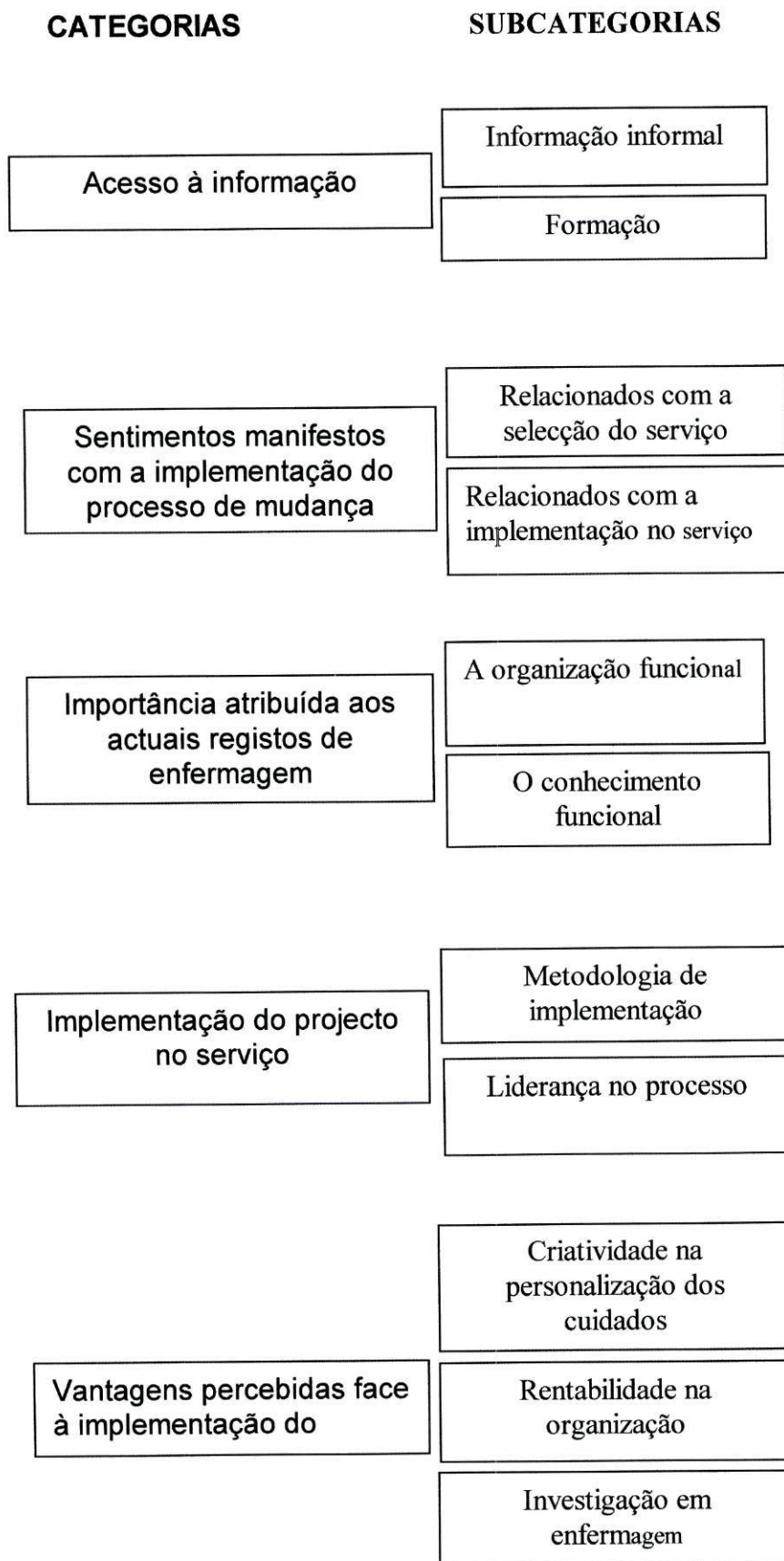
- ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE MUDANÇA;
- SENTIMENTOS MANIFESTOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA;
- IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS ACTUAIS REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO;
- IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NO SERVIÇO;
- VANTAGENS PERCEBIDAS FACE À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO.

Como as categorias se referem a conceitos bastante abrangentes ou a ideias amplas foram algumas subdivididas em componentes menores para facilitar a composição e a apresentação dos dados.

Vários autores como Goetz e LeCompt (1988), e Gauthier (1998), preconizam que a apresentação tenha criatividade, seja preceptiva, mas essencialmente que tenha uma leitura fácil e agradável.

Com o objectivo de manter o rigor na análise elaborámos a composição recorrendo a dados narrativos ilustrados com citações feitas pelos entrevistados e algumas figuras ilustrativas das categorias.

Figura 4 - Categorias e subcategorias



III.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Passamos agora a apresentar os dados obtidos através dos discursos produzidos pelos enfermeiros que colaboraram no estudo.

No primeiro momento descrevemos as características que identificam a amostra que constitui a base do nosso estudo. No momento seguinte descrevemos os dados obtidos relacionados com a problemática do nosso estudo, que são em simultâneo discutidos e analisados, mediante as categorias que emergiram da análise de conteúdo dos discursos produzidos pelos entrevistados. O último momento refere-se à análise comparativa entre a percepção inicial e a percepção actual que os enfermeiros verbalizaram sobre o projecto de mudança do SDCE. Nesta análise são referenciadas as percepções daqueles enfermeiros que conseguiram verbalizar a percepção inicial sobre o projecto, pois alguns enfermeiros, dada a passagem do tempo (três anos) não conseguiram memorizar essa percepção, pelo que a análise comparativa recai nos discursos de sete enfermeiros.

III.2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída pelo discurso produzido por vinte enfermeiros. Os dados referentes à idade, tempo de serviço, tempo de serviço em unidades de internamento, formação e categoria profissional, foram obtidas no início da entrevista.

Garfield (1961) citado por Kron (1994), afirma que o ponto de vista de enfermagem, a idade é um factor muito significativo; a idade e as experiências do passado ou mesmo a quantidade das experiências, pode afectar a forma como uma pessoa comunica. O tempo vivenciado em unidades de internamento pode ajudar na comunicação, dado que a mudança se realiza em contexto idêntico.

A idade varia entre vinte e três e cinquenta e cinco anos, sendo a média de idades de trinta e dois anos. O tempo de serviço dos enfermeiros varia de três anos e vinte e sete anos, e a média é de dez anos de serviço. Dezanove enfermeiros têm experiência em serviços de internamento, igual ao número de anos de serviço. Apenas um dos enfermeiros tem mais três anos de experiência profissional do que experiência em serviços de internamento. A experiência para Benner (1997), não é a mera passagem

do tempo ou longevidade, é o refinamento de noções e teorias pré-concebidas no enfrentar muitas situações novas na práticas.

Para Alves (1991), as experiências que se seguem à formação inicial e que permitem aumentar ou melhorar a competência, são matéria de educação permanente necessária ao desenvolvimento da profissão. O mesmo autor refere que um conhecimento terá sempre mais valor adaptativo se tiver sido adquirido a um nível mais elevado que determine a compreensão e implicação, levando assim a um enriquecimento das conotações do saber adquirido.

Dos vinte enfermeiros que foram entrevistados verificamos que oito prosseguiram nos seus estudos e fizeram um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ou um curso de especialização em enfermagem. A categoria profissional mais elevada é a de enfermeiro chefe, em número de três, seguida de enfermeiro especialista em número de cinco, e com a categoria de enfermeiro, nível I, estão doze enfermeiros.

III.2.2 - ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE MUDANÇA

A questão foi colocada numa forma aberta de modo a identificar as fontes de informação e a percepção inicial sobre o processo de mudança.

A questão reportava-se a um passado com três anos o que justifica que nem todos os entrevistados tenham verbalizado a percepção inicial. Nos segmentos dos discursos que integram esta categoria, verificamos que a informação foi obtida por via informal e através de formação.

Verificamos que é difícil identificar o momento preciso, o espaço e o modo como a informação foi obtida, facto que é bem expresso nos discursos dos enfermeiros:

(...) não sei exactamente a altura em que tive informação e onde ouvi falar, mas soube (enfº 16)

(...) quando iniciaram o estudo, bem eu tive conhecimento, mas precisar quando, eu não sei sinceramente. Já passou muito tempo (enfº 10).

Este contexto leva-nos a fazer a análise da categoria integrando as duas subcategorias: informação informal e formação.

Nos seus discursos foi no entanto mais fácil identificar as fontes de informação. A informação através dos colegas do serviço ou através dos colegas envolvidos no projecto foi a fonte de informação transmitida através de pequenos grupos de enfermeiros, grupos esses que informaram outros grupos nas suas relações de trabalho ou fora dele.

(...) a informação chegou-me através dos meus colegas do MH (enf^o 12)

(...) falei com alguns colegas de lá do serviço onde está a ser implementado, e fui ficando com alguma informação (enf^o 8)

(...) em contactos com colegas, começou-se a falar do projecto e algumas davam o seu parecer (enf^o 15)

(...) em encontros com colegas, íamos falando e foi assim que eu soube (enf^o 7).

A informação informal coexiste com os canais formais de informação mas é com frequência mais rápida. A informação informal que se verificou, confere a opinião de Marriner (1996), ao referir que quando a informação existente é recente e pode afectar o trabalho das pessoas, a informação informal tem tendência a aumentar a sua velocidade.

(...) Toda a gente sabia, começou logo a constar por todo o hospital (enf^o 3)

(...) Foi na altura que começou, acho que foi logo no inicio (enf^o 13).

Na opinião do mesmo autor, a informação informal tem tendência a ser fragmentada e incompleta resultando em informação distorcida, como se verifica nos discursos dos interlocutores.

(...) falava-se que os doentes eram todos encaixados no mesmo grupo, os cuidados eram iguais para todos os doentes (enf^o 2)

(...) diziam que se iam centrar na escrita e os cuidados eram desvalorizados, iam dar mais importância aos registos do que ao doente (enf^o 9)

(...) tinha a ideia que íamos ficar ligados à informática íamos passar muito tempo com o computador em vez de prestarmos cuidados (enf^o 3)

(...) falava-se que era uma coisa telecomandada e não era preciso pensar muito

(enf^o 19).

O sistema informal carece de linhas de compromisso formal, pois ninguém tem que responder perante outros. Marriner (1996), refere que na informação informal algumas pessoas têm oportunidade de expressar os seus sentimentos de auto-estima, compensando sentimentos de insegurança na distorção da mensagem. «A identidade pessoal e a forma como cada um percebe a sua identidade pessoal condicionam a informação na organização» (Ferreira, (1996).

A informação informal, os rumores da informação, podem no entanto no parecer de Marriner (1996), servir a um superior hierárquico para analisar as distorções da informação e orientar no sentido da informação correcta. Chiavenato (1999:153), vai mais longe ao afirmar que «a rede informal é a fonte de influencia dos agentes de mudança», por isso os dirigentes devem saber geri-la para conseguir que a missão da organização seja interiorizada por todos os intervenientes da mesma organização. Na visão sistémica das organizações, o subsistema de informação em qualquer organização inclui todos os componentes humanos e materiais que participam na memorização, processamento e difusão da informação.

Algum tempo mais tarde, que os entrevistados não souberam precisar, mas que foram verbalizando no decorrer da entrevista, além da informação informal houve também informação formal organizada no hospital, que foi transmitida através de formação.

(...) o Director de Enfermagem fez um projecto para começarmos a trabalhar no sentido de implementar a CIPE nos serviços de internamento (enf^o 15)

(...) do enfermeiro director, um dos objectivos dele era implantar a linguagem da CIPE nos serviços de internamento pelo menos nestes (enf^o 17)

(...) a ideia era que isto deveria avançar para outros serviços, por isso houve um plano que o Enfermeiro Director fez para começarmos a trabalhar (enf^o 18).

As orientações superiores acompanhadas de formação, foram-se tornando cada vez mais interligadas à informação informal e vice versa, como podemos verificar nos discursos dos entrevistados, ligações essas que vão acompanhar a evolução do pensamento sobre o SDCE.

(...) *tenho a formação informal que vai transpirando aqui pelo serviço e pelo hospital, mas também já fiz formação, tive interesse (enf^o 4).*

(...) *tenho um conhecimento informal mas tem que se estar por dentro, e por isso a necessidade de formação (enf^o 10).*

(...) *o hospital tem um departamento de formação, e faz formação para nos informar e podermos esclarecer o que ouvimos. (enf^o 19).*

Na opinião de Fernandes (1998), o tempo e o espaço vividos, pensados, memorizados e ensinados constituem elementos de grande importância na formação do Ser Humano. Todos os lugares e tempos das nossas vidas, como indivíduos ou membros do grupo são construídos socialmente e neles nos construímos. Deste modo, a formação deve ser entendida como a mudança que, na existência de alguém, pode ser atribuída a contribuições educativas (Santana, 1993).

Os entrevistados falaram da formação numa forma fluida e em todos os discursos se verifica a preocupação em ligar a formação à mudança de opinião sobre o projecto

(...) *depois da formação já não penso assim (enf^o 2)*

(...) *eu já fui renitente, os standards, pensava que era tudo a mesma coisa (...) agora vi que não (enf^o 3)*

(...) *aqui vamos vendo o tipo de documentação que eles fizeram (enf^o 14).*

(...) *a ideia que eu tinha, à medida que ia obtendo informação, e mesmo em congressos (...) conversas com colegas do MH ia formando uma ideia minha e ideia positiva (enf^o 14).*

Para Ferry, citado por Costa (1998), não são os dispositivos nem ninguém que forma, a formação é um trabalho de cada um. A formação partilha-se através de muitos circuitos e locais, e como afirma Santana (1993), inspirado em Pierre Dominicé, o adulto é o lugar de formação. A formação situa-se na história da vida de cada pessoa como resultado de processos de reapropriação, reflexão e consciencialização do contexto. Nesta perspectiva a formação é vista do interior e não do exterior da pessoa, daquilo que ela selecciona como significado do seu percurso de vida.

No contexto da informação e da formação sobre o SDCE do projecto, os entrevistados aperceberam-se do envolvimento que os colegas do serviço de MH

tinham com o projecto, envolvimento esse que lhes transmitia entusiasmo quando eles falavam do projecto.

(...) numas jornadas em que foi apresentado precisamente o trabalho que eles fizeram no serviço, a forma como falaram, davam a entender que estavam satisfeitas com o que faziam (enfº 16).

(...) as colegas do MH andam muito envolvidas, vê-se que gostam do que estão a fazer (enfº 12).

Esta consciencialização de contexto e selecção de informação, despertou nos entrevistados alguma curiosidade que lhes serviu de estímulo para saber mais do que havia sido divulgado formalmente pela instituição.

(...) Tive alguma curiosidade em saber, eu sei pouco, mas fiz alguma formação sobre o assunto a nível individual (enfº 19).

(...) frequentei um workshop organizado pela APE sobre CIPE não quis perder a oportunidade em saber mais do o que nos informaram (enfº 12).

(...) apesar da formação dada pelo hospital sobre a CIPE (...) tive que ler, estudar,(..) esta semana temo-nos debruçado muito sobre isso, eu e as colegas enfº15).

(...) a formação que alguns colegas fizeram, conseguiram sensibilizar os outros e assim vamos lendo e sabendo um pouco mais (enfº 15).

Paralelamente e por inerência à interacção dinâmica grupo-indivíduo, o exercício da flexibilidade -objectivo de história de vida na sua vertente de auto-formação- aparece neste percurso como uma capacidade natural para se questionar, auto avaliar, e procurar razões para intervir e mudar o rumo dos acontecimentos.

(...) não estamos parados estamos a tentar (...) muitas vezes não sabemos se é fenómeno ou se é diagnóstico, mas com as colegas vamos discutindo (enfº 16).

(...) pelo que li a gente tem que andar à procura qual é o fenómeno exactamente e isso também nos ajuda a pensar como organizar as ideias para depois aplicarmos na prática (enfº 16)

(...)Entre os turnos, fico aí um bocado a gente debate com os colegas ali do MH
(...) ainda ontem estivemos a debater e chegámos a algumas conclusões para o
serviço (enf^o 17)

O desenvolvimento pessoal do enfermeiro dignifica-se e ganha força quando, na opinião de Nóvoa (1991), ele participa na construção do seu próprio conhecimento através de trocas reflectidas sobre a sua prática, de debates críticos sobre a sua função.

O envolvimento do grupo do projecto, o entusiasmo que os colegas foram apreciando tanto no serviço como na apresentação em jornadas, sobre a experiência que estão a vivenciar, confirma a teoria da circulação de elites preconizada por Pareto (cf Rosa, 1992:93), pois, «as elites exercem influência pela exemplaridade, a qual é assumida como um valor». Para o mesmo autor, as elites constituem-se como símbolos vivos de causas, de valores, de modos de agir ou de pensar. Esta influência exerce-se tanto a nível da psicologia individual, como sobre o grupo inserido na comunidade.

O termo elites, no parecer dos sociólogos, deve ser usado no plural e não no singular, elite, pela diversidade de elites existentes no todo social. As elites têm um papel activo na dinâmica social, enquanto actuam como elemento dirigente ou influente dos grupos. Deste modo contribuem para a mudança e para o sentido da mudança.

(...) estamos a tentar agora o mesmo sistema de registos (enf^o 12).

(...) estamos a tentar imitar, isto é fazer no sentido de traçar o nosso caminho (enf^o 4).

(...) recorre-se muitas vezes ao serviço MH para nos dar algumas dicas, para iniciarmos a mesma linguagem (enf^o 15).

(...) nós estamos a tentar ver a nossa realidade, para fazermos como eles (enf^o 17).

(...) estamos a trabalhar nos aspectos que nos vão levar à linguagem da CIPE, como eles fizeram no projecto (enf^o 19).

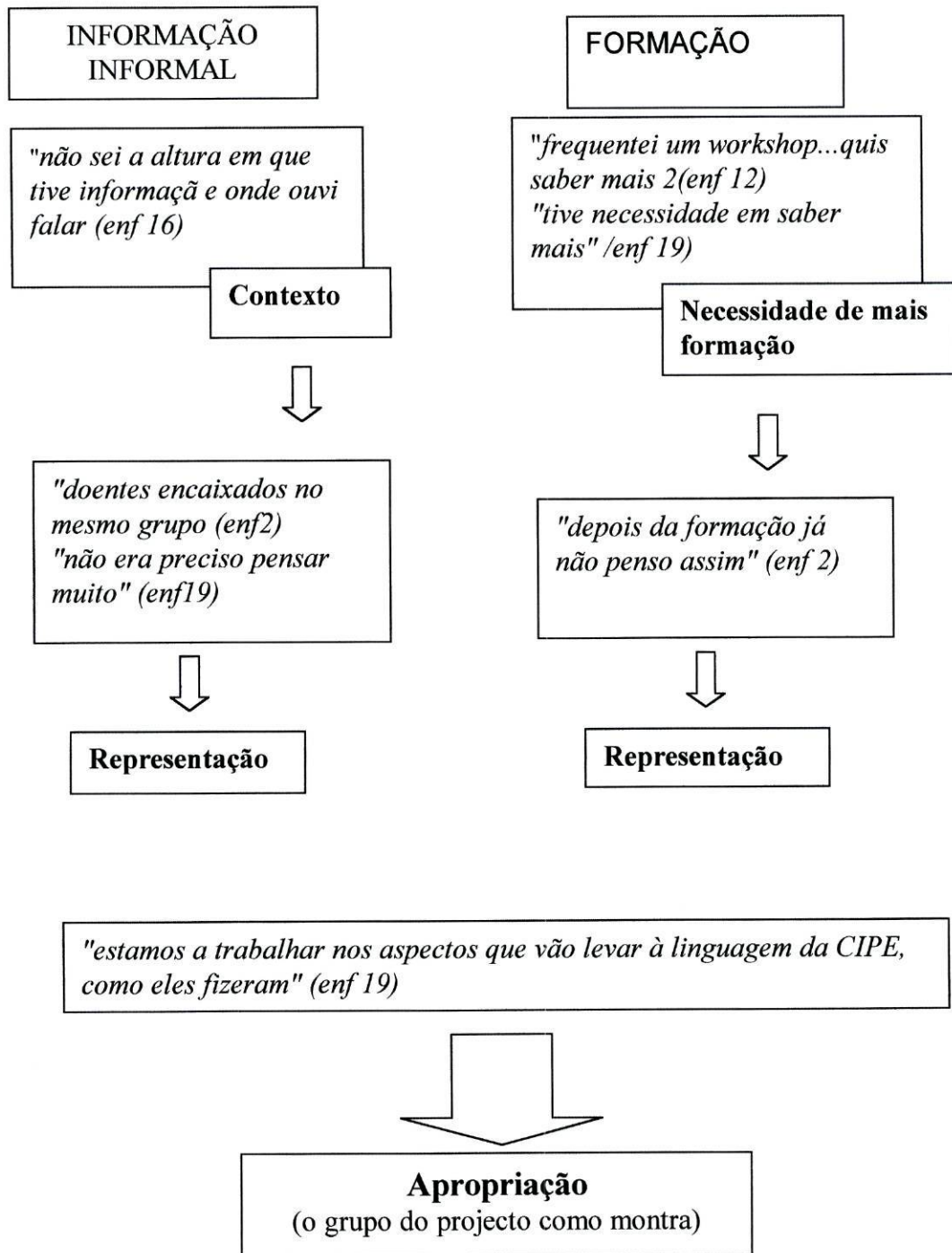
A exemplaridade liga-se à adesão de valores sejam novos ou já existentes no grupo social, e nos discursos de alguns enfermeiros verificamos que a exemplaridade do grupo envolvido no projecto sobre SDCE foi sendo assimilado pelo restante grupo deste estudo.

(...) Na formação que tivemos (...) dizem que é rentável, se é para eles também é para nós, por isso vamos começar (enf^o 5).

(...) vimos como fazem, agora é uma questão de entrar na linguagem e experimentar (enf^o 2).

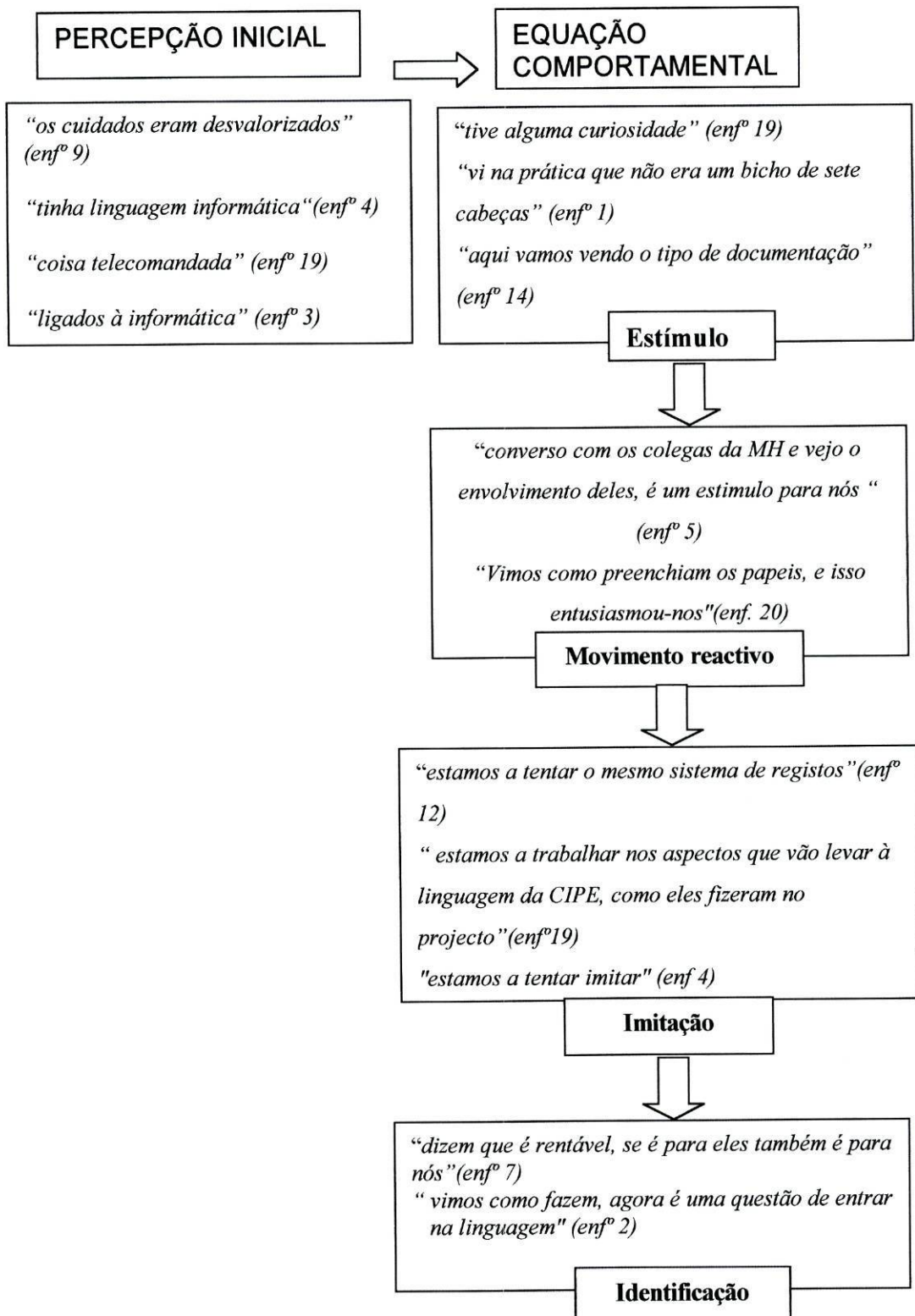
Verificamos nos discursos dos entrevistados que a informação no tempo, a formação, auto-formação, contactos com pessoas envolvidas no projecto, contribuíram para remodelar o pensamento dos entrevistados e a percepção sobre o SDCE foi também remodelada.

Figura 5 - Fontes de informação sobre o processo de mudança



Rosa (1992), considera que a exemplaridade desencadeia mecanismos de natureza psicossocial, e a sua actuação insere-se na equação comportamental, estímulo ⇒ movimento reactivo ⇒ imitação ⇒ identificação.

Figura 6 - Equação comportamental desencadeada pela percepção inicial



A adesão que leva à identificação, no parecer de Chiavenato (1999), relaciona-se com o mecanismo de desencadeamento de necessidades

III.2.3 - SENTIMENTOS MANIFESTOS COM A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA

Esta categoria inclui os segmentos dos discursos que respondem à questão sobre sentimentos de "não pertença" ao grupo de implementação do processo de mudança e à questão orientada para o interesse em implementar o SDCE preconizado no projecto de mudança.

Os sentimentos, na opinião de Asch (1977), dependem da percepção, e os motivos e emoções são componentes necessários, assim como o pensamento e a aprendizagem. A formação dos sentimentos é um processo temporal, muitas vezes de longa duração e se há sentimentos pessoais, há também sentimentos que são compartilhados por muitos ou por todos os membros de um grupo e são cognitiva e emocionalmente decisivos para os membros do grupo e ao mesmo tempo controlam directamente a acção social.

Orientados pela opinião de Asch (1977), que considera importante examinar a significação dos sentimentos considerando o sentido de "estar em" uma relação social, decidimos fazer a análise desta categoria separando as subcategorias, (relacionados com a selecção do serviço, relacionados com a implementação do projecto no serviço), pois, para o mesmo autor, há uma diferença entre ser um espectador de uma cena social, e estar envolvido nas acções do grupo. Nos sentimentos manifestos pela escolha do serviço, os entrevistados poderão ser considerados como espectadores, pois não estão directamente envolvidos na acção. O desejo de implementação do projecto no serviço, leva a sentimentos de "estar em" uma relação social; é necessário manter uma posição comum com outras pessoas, e enfrentar com compreensão, as condições diárias.

Na opinião de Asch (1977:478), «os sentimentos são as organizações mais complexas que encontramos nas pessoas». O sentimento uma vez formado, age como um amplo centro de orientação. Os sentimentos têm um conteúdo cognitivo acentuado, formam-se em torno de objectos ricos e multilaterais, tais como o "eu", as outras pessoas ou grupos ou as ideias. Os sentimentos formam-se como um resultado de experiências que se encadeiam, e no decorrer dos quais os objectivos e as emoções anteriores interagem com as condições presentes. Ter um sentimento exige, segundo Asch (1977), uma história de relações pessoais concretas com uma condição repetida.

Shand (cf Asch, 1977:481), denominou sentimento como «a organização de tendências em torno de um único objecto». Shand compreende que no nível humano, há unidades de acção que não consistem de impulsos, emoções e pensamentos isolados mas sim de organizações destas funções centralizadas em interesses específicos. Quando estes interesses aparecem, tornam-se os verdadeiros organizadores da acção.

III.2.3.1 - Relacionados com a selecção do serviço

A questão foi orientada para a selecção do serviço de modo a que os interlocutores expressassem os seus sentimentos com maior liberdade.

(...) eu vou dizer uma coisa,(...) o meu desejo era a personalização dos cuidados de enfermagem (...) mostrava essa minha preocupação aos meus superiores, mas nunca consegui, bem senti-me um pouco frustrada (enf^o 15).

O enfermeiro não verbalizou que desejaria que fosse o seu serviço seleccionado, mas pelo seu discurso, demonstrou que isso era desejável visto ter demonstrado o seu grande empenho em personalizar os cuidados, mas sentiu que não lhe foi dada a devida importância

Na situação organizacional, o enfermeiro é motivado por um conjunto de necessidades que fazem com que certos objectivos ou resultados sejam desejados ou procurados. Esta necessidade, quando não satisfeita em contexto de trabalho e segundo Ferreira (1996), geram insatisfação que pode levar à frustração.

A frustração é um sentimento conotado como negativo, mas se a frustração for moderada no parecer de Sequeira (1997), é um sentimento positivo. O autor reconhece como sentimentos positivos: entusiasmo, confiança, preocupação, felicidade, aborrecimento, tristeza, frustração moderada e compaixão.

Segundo Rodrigues (1989), toda a interferência com a realidade existencial de um indivíduo num dado momento ou não tem conotação afectiva evidente ou acaba por assumir uma tonalidade que se sente como agradável ou como desagradável. Quando agradável cria incentivo de aproximação. Este desejo de aproximação, foi verificado

nos discursos de alguns enfermeiros, os quais manifestaram sentimentos de entusiasmo por quererem que fosse o seu serviço o seleccionado para implementar o projecto.

(...) se eu estivesse lá já tinha uma experiência completamente diferente, gostava de estar desde o início (enf^o14).

(...) quando falo de pinguinho de inveja era gostar de estar lá no grupo do projecto inicial (enf 4).

(...) eu gostava de estar nesse projecto, ia mudar para algo que seja agradável, porque quando se inicia um projecto é sempre motivante (enf^o 13).

O sentimento liga-se a toda a situação de vida, e consoante o vivido dos costumes ou impregnação das crenças, assim estimula ou inibe a pessoa. A selecção do serviço para alguns enfermeiros, foi um facto que não gerou grande estímulo pois verificamos nos seus discursos, alguma indiferença.

(...) não me importei, foi confuso no início suponho eu, acho que foi bem ser aquele serviço (enf^o.17).

(...) tinha que ser alguém a começar, não me importei (enf^o18).

(...) não me importei alguém devia ser o primeiro (enf^o2).

(...) não fiquei nada triste por ter começado noutra serviço, não liguei (enf^o19).

Alguns enfermeiros, porém, manifestaram mesmo que tiveram pena por não terem seleccionado o seu serviço.

(...) fiquei com pena que fosse para o MH, e não fosse aqui desenvolvido (...) falou-se em ser aqui desenvolvido, mas não sei porquê, parece que não tinha recursos (enf^o 7).

(...) sinceramente tenho pena, foi um trabalho de grupo organizado e hoje sabia mais (enf 12).

Pena, segundo Sequeira, (1997) é um sentimento negativo, pois para o mesmo autor, os sentimentos considerados negativos e que podem gerar improdutividade são: raiva

extrema, culpa, ciúme, depressão, ressentimento, grande frustração, pena, desespero. Quando os enfermeiros verbalizaram pena, a palavra não pareceu corresponder ao sentimento vivido, pois os seus discursos ao longo das entrevistas manifestaram entusiasmo pelo projecto, o que confirma o parecer de Rodrigues (1989), quanto às emoções primárias do sistema motivacional. Para o autor, cada uma das emoções primárias obedece a características do indivíduo ou seja, têm um substrato neuronal específico inatamente determinado, têm uma expressão facial característica ou expressão neuromuscular típica e têm características subjectivas distintas. Os enfermeiros ao verbalizar pena, mostraram pelo seu fôcis e pelo seu discurso ao longo da entrevista entusiasmo pelo projecto.

Um enfermeiro no seu dialogo manifestou algum ressentimento por não ser o seu serviço seleccionado, sentimento que foi manifesto ao tentar evitar a resposta.

(...) ele era para ser aqui, mas por razões que não interessa agora ele foi desenvolvido no MH (enfº19).

O ressentimento é considerado sentimento negativo mas, na opinião de Sequeira (1997), inspirado em Ken e Kate Black, é possível remodelar o processo de pensamento e deste modo alterar os sentimentos. Para o mesmo autor, os sentimentos não são controlados pelos acontecimentos ou pelas outras pessoas, mas sim pelos próprios pensamentos. No discurso do mesmo enfermeiro, verificamos que está já envolvido em trabalho de grupo no serviço onde trabalha, para que o mesmo processo seja também aí realizado. Os sentimentos expressos pelas palavras pena e inveja, verbalizadas nos discursos dos entrevistados pela "não pertença" ao grupo do projecto, aparecem também ligados ao desejo de acompanhamento, de segurança que consideram importantes no processo de mudança.

(...) Tenho pena de não ter estado no projecto inicial, pelo acompanhamento (enfº 9).

(...) no serviço do projecto foi um acompanhamento muito mais de perto e disso tenho pena (enfº 4).

(...) Evidentemente que gostava que fosse o meu serviço, pelo menos na implementação do processo que teve grande acompanhamento (enfº 12).

(...) não me importava de fazer parte desse grupo (...) eram mais acompanhados (...) tinham prazos mais restritos para fazer as coisas (...) tinham orientação que nós não estamos a ter (enf^o 8).

(...) não é por inveja, eu acho que nestas coisas faz falta um pai (...) o MH teve esse privilégio (enf^o 19).

Estes sentimentos estão relacionados com a necessidade de segurança psicológica, manifesta em qualquer processo de mudança, quando esta está na fase de unfreezing. A insegurança psicológica surge porque, segundo Ferreira (1996), as pessoas têm necessidades de auto-estima, e no processo de mudança podem sentir a sua competência, conhecimento, reconhecimento, prestígio, respeito, ameaçados.

(...) Estão a iniciar um plano e não se trabalha lá melhor do que aqui (enf^o 15)

(...) a gente faz e eles é que registam (enf^o 4).

A auto-estima global depende do modo como avaliamos as nossas identidades de papéis específicos, e para Neto (1998), os níveis de auto-estima embora sejam relativamente estáveis, podem ter variações que ocorrem durante alguns minutos ou, outras vezes, anos.

O acompanhamento pode ajudar a satisfazer esta necessidade e ajudar as pessoas a sentirem que são capazes de mudar sem prejudicar a sua auto-estima.

Os sentimentos são consequência directa da compreensão da nossa situação quando considerarmos que, geralmente eles possuem um objecto, surgem como reacção directa à compreensão da nossa dependência do ambiente e da necessidade constante de escolher e decidir. Ter um sentimento é perceber agentes a agir sobre nós ou aprender relações de causa e efeito. Este facto, dá-lhes o carácter de adequação.

A compreensão de nós mesmos como actores e conhecedores, permite simultaneamente, um crescente distanciamento do ambiente e o seu conhecimento mais profundo. Na medida em que estamos conscientes dos nossos papéis no pensamento e na acção, tornamo-nos capazes de iniciar deliberadamente uma actividade e de alterar sua direcção.

Os enfermeiros deste estudo, pelos seus discursos revelam que os sentimentos menos produtivos como inveja, pena, ressentimento, frustração, foram alterados através do

conhecimento que adquiriram sobre o projecto e alguns remodelaram o seu pensamento, encontrando agora aspectos positivos.

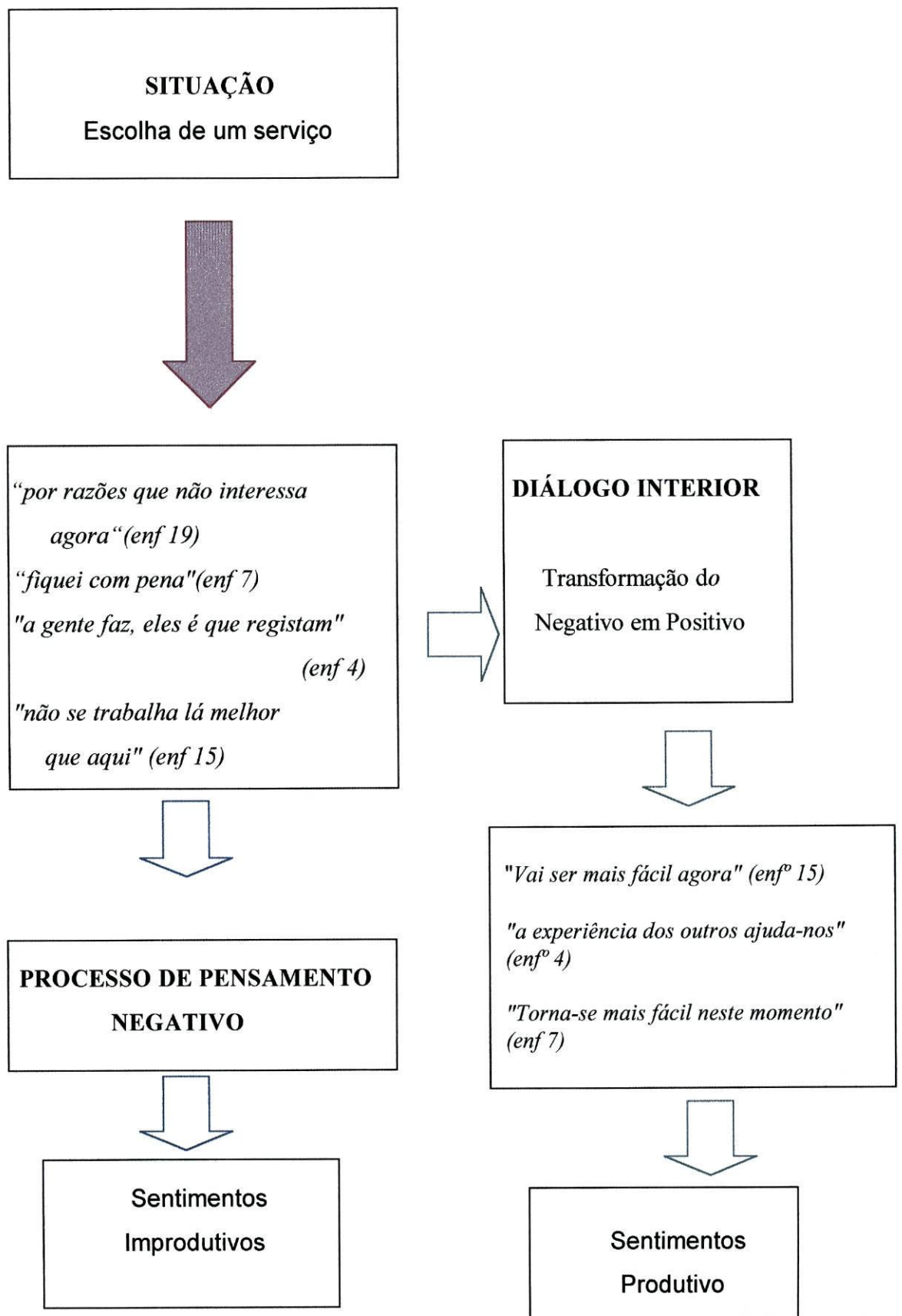
(...) sinto que vai ser mais fácil agora para nós (enf 15).

(...) torna-se mais fácil para nós neste momento, isso sem duvida ,é o que eu sinto e o que importa é que se faça (enf 7).

(...) a experiência dos outros ajuda-nos e isso é melhor porque vai ser mais fácil (enf 4).

A sequência do desenvolvimento do pensamento de alguns enfermeiros pode ser ilustrada na figura que segue.

Figura 7 - Sequência esquemática da remodelação do pensamento



Reconhecer e reflectir sobre circunstâncias em que são vividos determinados sentimentos habilita a uma melhor compreensão e melhor opção em situações similares. No parecer de Benner (1987), os sentimentos negativos não devem ser evitados, pelo perigo de lhe dar mais valor, enquanto, reconhecer, lembrar e reexperimentar sentimentos positivos dá alegria, conforto, optimismo e compreensão.

III 2.3.2 - Relacionados com a implementação do projecto no serviço

A questão relacionada sobre o interesse em implementar no serviço o SDCE preconizado no projecto de mudança, foi feita duma forma directa: O SDCE preconizado no projecto vai ser implementado no seu serviço?

Os entrevistados espontaneamente responderam afirmativamente.

(...) sentimo-nos motivados para fazermos registos com a linguagem da CIPE (enf^o20).

(...) a nossa equipa está muito motivada e quer que a CIPE seja implementada no serviço (enf^o 1).

As respostas afirmativas nos discursos dos enfermeiros deixaram no entanto transparecer alguma apreensão quanto à implementação do projecto.

(...) estamos apreensivos se vamos conseguir ou não iniciar no nosso serviço (enf^o 1).

(...) ao início há um certo medo, eu não vou dizer que não tenho medo porque tenho, pois sei pouco e isso vai custar (enf^o 6).

(...) fiquei um bocado receosa, e pensei mesmo que isso não vai resultar (enf^o 17).

A apreensão, receio, medo são sentimentos que podem ocorrer num processo de mudança e como refere Chiavenato (1999), quando a mudança é grande e intensa e traz certo impacto aos indivíduos, causa-lhes preocupação, aflição e ansiedade, sobretudo quando a natureza e as consequências são desconhecidas. Os entrevistados manifestam que sentem que a natureza do projecto, a linguagem que nele é usada, é

diferente daquela que os enfermeiros usam na actividade clinica. Este facto, no parecer dos enfermeiros entrevistados vai necessitar de muito tempo para aprender a linguagem e para se envolverem e envolver a organização.

(...) é uma linguagem completamente diferente daquela que é usada em todos os modelos (enf^o 14).

(...) vai demorar tempo à gente se integrar, é preciso aprender uma outra linguagem e nós não estamos habituados (enf^o 18).

(...) vai ser um processo muito longo, temos que nos envolver numa linguagem que não conhecemos (enf^o 4).

Toda a mudança numa organização representa modificação nas atitudes quotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos hábitos e comportamentos das pessoas que são parte da organização. Chiavenato (1999:153), diz-nos que «não se pode convocar as pessoas para a mudança, elas precisam de se envolver». Para mudar, a organização também precisa de se transformar, criando um verdadeiro ambiente de mudança, onde as pessoas se sintam seguras e encorajadas para a inovação e criatividade, para que a resistência à mudança seja menor.

No parecer de Chiavenato (1999), a resistência à mudança nas organizações é tão comum como a própria necessidade de mudança, actuando aquela em sentido contrário à efectivação desta, como consequência de aspectos lógicos, psicológicos e sociológicos.

Nos discursos dos enfermeiros verificamos aspectos que decorrem do esforço e do tempo requerido para a pessoa se ajustar à mudança, incluindo novos saberes da função que precisam ser aprendidos

A resistência psicológica é decorrente de atitudes e sentimentos a respeito da mudança, e mesmo que se acredite que ela é favorável, pode surgir medo do desconhecido e ameaças à auto-estima.

Alguns discursos dos enfermeiros, manifestam defesa de auto-estima que pode ser interpretada como forma de selectividade na novidade que na opinião de Rosa (1992), é uma forma de resistência à introdução de novos saberes.

(...) lá não têm a mesma quantidade de doentes para admitir (...) são doentes

diferentes (enf^o 8)

(...) a pediatria não é uma medicina pequenina, necessita outras formas de ver como havemos de escrever os fenómenos (enf^o 16).

Estes aspectos podem ser subvalorizados na organização e pode parecer não ter qualquer justificação, no entanto para que a mudança tenha sucesso é preciso considerar estes sentimentos como reais, respeitando-os quer sejam positivos ou negativos. Um sentimento pode gerar interesses, tendências específicas. Na opinião de Asch (1977:482), «os sentimentos formam ideais de si mesmos; incitam a pessoa à procura completa de suas finalidades». Os sentimentos formam-se em nós sem que disso estejamos conscientes; não os formamos intencionalmente e na maior parte das vezes não avaliamos completamente os seus efeitos, «os sentimentos são os determinantes decisivos da personalidade e das diferenças entre as pessoas» (Asch, 1977:479).

Há também enfermeiros que nos seus discursos manifestam que a implementação do projecto depende em parte dos investimentos pessoais.

(...) tenho algumas reservas é na minha incapacidade (...) é preciso trabalhar muito (enf^o 19)

(...) a minha formação não é tão boa nem tão desenvolvida na área, tenho que investir bastante nesta área (enf^o 18)

(...) vai ser mais árduo (...) desbravado por nós, mas temos motivação por isso vamo-nos esforçar para conseguir (enf^o 10).

Quando «a pessoa percebe que o acontecimento depende do seu próprio comportamento ou das suas características relativamente permanentes, apelidamos isto de uma crença no controlo interno» (Neto, 1998:243).

O "locus de controlo" toca a complexidade da pessoa e do seu comportamento, dada a importância das expectativas de controlo do reforço e do valor do mesmo reforço para o comportamento, considerando sempre o contexto. Se, a pessoa tem um "locus de controlo" interno, acredita que as suas acções podem influenciar os resultados dos acontecimentos. Se tem um "locus de controlo" externo, acredita que os resultados são controlados por forças ou acontecimentos exteriores a si, ainda que haja alguma

acção sua.

Outros enfermeiros porém manifestaram que são necessárias condições exteriores a si, para que possa ser implementado o projecto no seu serviço.

(...) quando houver condições em recursos humanos, pois sem eles não é possível (enf^o 1).

(...) tem que ter mais enfermeiros isso é o principal, é preciso haver quem faça (enf^o 8).

(...) não interessa ter uma coisa muito bem organizada se depois não tiver quem cumpra (enf^o 11).

(...) vai ser preciso mais pessoal, com estes elementos não é possível (enf^o 5).

(...) não passa só pela boa vontade de cada um (...) o próprio Ministério tem que dar a dotação de elementos necessários ao serviço (enf^o 10).

(...) a organização do serviço tem que mudar e envolver os enfermeiros todos neste processo (enf^o 12).

Ajzen e Fishbein (cf Neto, 1998:349), definem as crenças como «julgamentos que indicam a probabilidade subjectiva de uma pessoa ou um objecto ter uma característica particular (...) as crenças são cognitivas (pensamentos e ideias)».

Como refere Chiavenato (1999:143), «as pessoas não irão mudar por conta própria, pois sabem que há um preço a pagar em termos de desenvolvimento pessoal».

Figura 8 - Sentimentos manifestos com a implementação do processo de mudança



Freire (cf Fernandes, 1998), reafirma a importância da compreensão do valor dos sentimentos, das emoções, do desejo, quando diz que a insegurança pode ser superada pela segurança, e o medo ao ser educado vai gerando coragem. Os sentimentos, juntamente com as emoções que os originam, ao contrário da opinião científica tradicional, são tão cognitivos como qualquer outra percepção (Damásio, 1995).

III.2.4 - IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS ACTUAIS REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO

A questão orientada para saber a importância atribuída aos registos na prática de enfermagem foi posta numa forma indirecta para não correr o risco de obter respostas dum conhecimento teórico sobre a importância dos registos de enfermagem. Foi então dirigida à problemática da organização do serviço. O serviço está organizado de forma que os registos de enfermagem sejam elaborados como pretende que eles sejam?

Os interlocutores, numa forma espontânea, falaram sobre a importância que os profissionais do serviço dão aos registos de enfermagem, a metodologia do trabalho na organização dos registos e o conteúdo destes.

Esta categoria inclui os segmentos dos discursos sobre estas questões.

Podemos verificar nos discursos, que a importância que os enfermeiros atribuem, está relacionada com o contexto do serviço no que se refere à organização funcional e ao conhecimento funcional dos enfermeiros nesse serviço. Esta relação reconhece o parecer de Ferreira (1996), quando refere que os indivíduos desenvolvem percepções partilhadas da situação organizacional, que traduzem uma estrutura comum de referência, e o núcleo central é o significado. O significado que o indivíduo atribui ao ambiente, componente da percepção, pressupõe a utilização de um esquema mental, da aprendizagem e experiência para interpretar os estímulos.

Na reciprocidade organização/indivíduo a influência social não se processa entre indivíduos ou num vazio social, às redes de interacção social, construídos na base das identidades grupais, a influência social refere-se a diferentes formas de interacção e de comunicação.

Moscovici (1984), explicitou que estas formas de influência social não ocorrem num quadro de harmonia mas sim num quadro conflictual entre maiorias e minorias, o que sugere a importância de identificar no interior de uma organização, as culturas com origem no poder instituído e as culturas partilhadas por grupos desprovidos de poder. O hospital é uma organização que integra grupos potencialmente em conflito, por unidades funcionais, com particularidade, por diferentes centros e tipos de poder. O estudo realizado por Carapinheiro, (1993:185) revela que «apesar de haver regras formais na regulação e controlo do funcionamento dos serviços hospitalares, são os médicos que nas suas actividades quotidianas estabelecem normas informais de funcionamento, estabelecendo-se, para os restantes profissionais, relações permanentes inseguras e equivocadas com as regras e normas hospitalares, quando pressionados a cumprir simultaneamente umas e outras».

A importância dos factores culturais nas práticas de gestão e a crença que a cultura constitui um factor de diferenciação das organizações, tem contribuído para que vários teóricos se debrucem e investiguem os aspectos culturais em contexto organizacional e a necessidade de entender a relação dos mesmos com a eficácia da organização.

Cada organização tem a sua cultura específica que lhes proporciona as suas características próprias de pensar sentir e agir.

Para efeito de análise esta categoria (importância atribuída aos actuais registos de enfermagem no serviço) é feita por subcategorias: a organização funcional, o conhecimento funcional.

III.2.4.1 - a organização funcional

Esta subcategoria inclui segmentos de discurso sobre a importância dos registos de enfermagem que estão relacionados com a organização do serviço.

A organização do serviço exerce uma influência social nos enfermeiros, e pelos discursos dos entrevistados podemos verificar o impacto que o mesmo tem na elaboração dos actuais registos de enfermagem.

(...) os registos são as coisas mais descuradas (...) não lhe damos tanto valor

como damos ao trabalho na enfermaria (enf^o 14).

(...) dá-se ênfase ao que tem que ser feito e não há tempo para documentar (enf^o 2).

(...) acabamos por valorizar mais o fazer e não nos importamos muito com os registos (enf^o 4).

(...) estamos virados para a prática, somos os enfermeiros de cabeceira (enf^o 1).

Verificamos nos discursos dos enfermeiros que os registos de enfermagem não estão em plano de igualdade com as tarefas mais visíveis na organização hospitalar. A observação resultante de um serviço hospitalar, na opinião de Costa (1998), inspirada em Pearson e Vaughan (1992), conduz à ideia de um mundo de rotinas, onde as tarefas se sucedem umas às outras, e onde a maior preocupação dos enfermeiros se relaciona com a execução dos cuidados, dando valor aos aspectos visíveis desses cuidados, tais como: higiene, cumprimento imediato do tratamento e de prescrições. O foco sobre os cuidados práticos com origem na bem conhecida tradição de enfermagem de seguir ordens, explica em grande parte os cuidados segundo um ritual. A prática de enfermagem organiza-se em torno de diferentes tarefas prescritas pelo médico: tratar, vigiar a doença; tarefas essas que os interlocutores verbalizam quando falam da importância dos registos.

(...) tudo o que seja prescrito pelo médico nós registamos (enf^o 17).

(...) valorizamos muito os cuidados directos, as rotinas, prescrições cumpridas (enf^o 4).

(...) tudo o que seja a nível médico nós registamos (enf^o 18).

(...) para passar informação a nível de exames prescritos (enf^o 8).

A influência de outro grupo profissional é verificada nos discursos dos enfermeiros, e estes verbalizam que os registos têm pouca utilidade na comunicação da equipa de saúde, generalizando-se e preferindo-se assim a comunicação verbal sobre os cuidados de enfermagem.

(...) a informação mais relevante é oral na passagem de visita médica, não fica registado como trabalho de enfermagem (enf^o 20).

(...) os médicos não ligam, preferem que a gente diga (enf 13).

(...) transmitimos oralmente e os médicos desenvolvem acções nesse sentido (enf^o 3).

(...) os processos andam com os médicos e às vezes isso dificulta os nossos registos (enf^o 19).

A generalização e preferência pela comunicação verbal é também verificada na transmissão dos cuidados de enfermagem entre os próprios enfermeiros.

(...) embora se faça qualquer coisa mas é mais comunicação verbal (enf^o 10).

(...) na passagem de turno as coisas que são importantes são ditas e são transmitidas (enf^o 16).

(...) há coisas que falham tentam completar na passagem de turno (enf^o 7).

(...) fazemos e não registamos, a informação é oral (enf^o 3).

Na organização dos serviços os médicos ao preferirem obter directamente a informação oral, e na opinião de Carapinheiro, (1993) mais uma vez por outra via, reduzem a natureza específica do trabalho de enfermagem a uma mera execução de ordens colocando-os numa situação de subordinação.

No contexto organizacional dos serviços verificamos que o conformismo está presente nos discursos de alguns enfermeiros.

(...) acabamos por estar a ter determinadas acções se calhar até podíamos modificar (...) acabamos por nos habituar que é assim (enf^o 16).

(...) estamos habituados e depois é assim, só repetir (enf^o 18).

Esta forma de estar confere a opinião de Vala (1996), quando refere que a influência social não se relaciona apenas às expressões de exterioridade e coercitividade do colectivo sobre os indivíduos com submissão. A influência social refere-se a diferentes formas de interacção e de comunicação, que quando há estabilização das normas e valores há conformismo, mas quando há alteração das normas existentes há inovação. Assim, há também entrevistados que não aceitam conformar-se no contexto organizacional, mas acabam por verbalizar que se sentem insatisfeitos por não conseguir documentar os cuidados como é seu desejo e também porque não é dada

grande importância ao que escrevem.

(...) fica-se com pena quando não se regista, quanto mais não seja sob o ponto de vista legal (enf^o 4).

(...) temos pena em não fazer registos bem feitos, mas há outras solicitações (enf^o9).

(...) eles não olham para os registos e penso que também não vão olhar porque o que é escrito não é lido geralmente (enf^o 6).

A insatisfação do exercício profissional do enfermeiro, segundo Collière (1999), está mais relacionada com o sentimento de depreciação do seu papel enquanto actor social, do que ter o estatuto de auxiliar do médico.

A construção do papel do enfermeiro elaborou-se sobre a filiação religiosa, e a filiação médica. «Cada uma destas filiações, integradas em redes institucionais (a constituição conventual, o corpo profissional médico, o hospital), condicionaram totalmente, a aprendizagem do papel» (Collière, 1999:189). Para a mesma autora a libertação da filiação religiosa foi-se dando à medida que o enfermeiro se aproximou da prática médica por via da tecnicidade.

Os estudos que têm sido realizados do ponto de vista psicossociológico, tendem a considerar o profissional como um ser socialmente inserido e, como refere Gomes (1998:371), «esforçam-se por construir sistemas de explicação articulando o individual e o social».

Nos últimos anos temos verificado que o tempo trouxe consigo crescentes exigências à enfermagem, tais como aumento de doentes dependentes, o envelhecimento da população hospitalar, desenvolvimentos recentes na tecnologia médica. O efectivo de pessoal de cuidados, no parecer de Collière (1999), não pode ser calculado em função do número de camas hospitalares, mas em função da natureza dos cuidados às pessoas que habitam as camas. Mas os entrevistados manifestam que este calculo de pessoal não é tido em conta pelos seus superiores e na organização do serviço é pedido de forma crescente aos enfermeiros, que façam mais com os mesmos recursos.

(...) pensam que a equipa está completa mas não está, e depois temos que dar resposta ao trabalho e não registamos (enf^o 7).

(...) é tanto trabalho que é à pressa que fazemos os registos (enf^o 6).

(...) O excesso de trabalho é cada vez maior, assim não chega a haver tempo para documentarmos (enf^o 13).

(...) a gente passa a manhã toda a correr, as tardes a correr, as noites a correr, torna-se difícil fazer os registos em condições (enf^o 18).

Há serviços que pela sua especialidade médica e por tradição comum em vários hospitais, dão valor aos registos de enfermagem.

(...) perdem muito tempo nos registos (...) os nossos médicos lêem sempre as nossas notas de enfermagem (enf^o 15)

(...) os nossos registos são lidos pela maioria dos nossos médicos (enf^o 16).

O sistema das actividades profissionais do enfermeiro, corresponde a uma disposição ordenada das práticas, das representações e das entidades capazes de se adaptarem aos constrangimentos da organização e auto-regular-se sob pressão dos actores colectivos. Barbier (1985), refere que é necessário haver uma aproximação combinada no que toca às organizações, às representações e às entidades, de modo a tornar inteligíveis as situações reais.

Nas notas de evolução, pelo discurso dos entrevistados, são registados aspectos relacionados com a execução de cuidados, registos esses que os próprios enfermeiros consideram pouco importantes pela forma como são organizados e escritos.

(...) há muita repetição (...) é feito segundo o esquema prescrito (...) , tornamos a repetir a mesma coisa nas notas (enf^o 17).

(...) por exemplo o doente tem uma tracção, esta informação repete-se em todos os turnos (enf^o 6).

(...) lemos o que está atrás e vamos repetindo (enf^o 12).

(...) se alguém se esquece de passar num ou dois turnos já não se sabe qual foi a informação que teve antes (enf^o 5).

(...) estando um turno muito baralhado quando vamos fazer os registos, (...) tantas coisas (...) não ficou registado (enf^o 9).

(...) um doente fez cinésiterapia, e muitas vezes a evolução a nível respiratório não

fica registado, outras vezes fica (enf^o 20).

A organização do sistema de registos de enfermagem decorre da organização dos métodos organizativos para prestação de cuidados, e o método de eleição referenciado pelos teóricos de enfermagem para que haja personalização dos cuidados é o método individual. O método individual é referenciado pelos enfermeiros chefes e pelos enfermeiros com responsabilidades de formação em serviço, como forma de organização do trabalho dos enfermeiros.

(...) já temos o método individual (enf^o 5).

(...) de acordo com a quantidade de trabalho, cada enfermeiro fica com certo número de doentes (enf^o 11).

(...) temos trabalho organizado por doente (enf 19).

O método individual confere ao enfermeiro muita autonomia e responsabilidade. O enfermeiro assume total responsabilidade pelo atendimento das necessidades dos doentes que lhe são confiados, estabelece um clima de confiança entre o enfermeiro e o doente para melhor conhecer a pessoa doente, tomar decisões e alterar os planos quando necessário.

O método individual com referência à individualização dos cuidados e personalização dos mesmos, não é referenciado, e os discursos dos enfermeiros que verbalizam a utilização do método individual fora desta questão vão deixando transparecer que este não é o método praticado por todos os enfermeiros.

(...) o método é individual, mas é mais de manhã (enf^o 13).

(...) nós ainda utilizamos, estamos um pouco, um pouco ou muito, portanto um trabalho misto (enf^o 18).

(...) temos a distribuição dos meninos, mas à tarde e à noite já se sabe (enf^o 20).

(...) em relação à terapêutica (...) acaba por uma preparar a terapêutica e dar a todos (enf^o 16).

Verificamos assim que o método individual não está interiorizado pelos enfermeiros, nem é assumido como um valor que leva à personalização dos cuidados, por isso,

acabam por praticar com frequência o método funcional ou o método misto nos restantes turnos em que o chefe não está presente. A enfermagem por método misto ou por equipa, é liderada por um enfermeiro e os restantes elementos do grupo possuem toda a autonomia para realizarem as tarefas designadas. Segundo Marquis (1999), este método surgiu para colmatar lacunas que o método funcional ou por tarefa provocava nos doentes, mas na prática é igual ao método funcional.

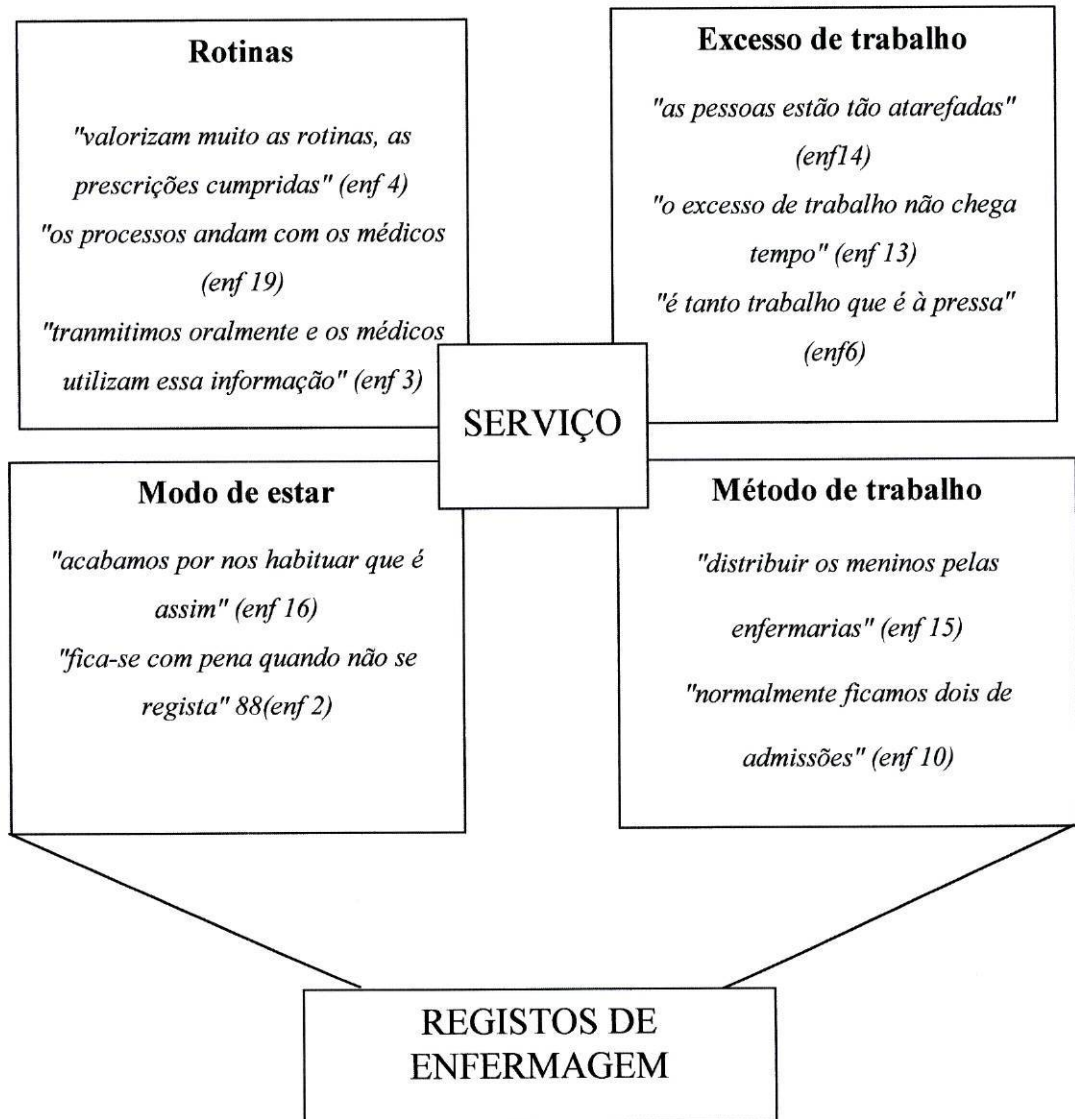
O método funcional surgiu como consequência da Segunda Guerra Mundial, em que foram necessários muitos funcionários auxiliares para ajudar a cuidar dos doentes. Esses funcionários não habilitados, foram treinados para realizar tarefas simples e obter experiência com treinos sucessivos. Teoricamente, esta forma de trabalho deveria terminar no pós guerra, mas o consequente crescimento populacional no fim da guerra gerou um défice de profissionais de enfermagem que levou à necessidade de manter pessoas sem qualificação a cuidar de doentes. Muitos administradores entendem a enfermagem funcional como uma forma económica de oferecer cuidados, pois não havendo a visão holística, rapidamente as tarefas são executadas com pouca confusão quanto às responsabilidades.

O método funcional pode levar à fragmentação dos cuidados e deficiência no atendimento das necessidades do doente, e a sua eficiência pode ser reduzida, pois cada enfermeiro está focalizado na sua tarefa com menos interesse pelo todo.

A importância que é dada aos registos de enfermagem nos serviços e a organização do trabalho para a elaboração desses registos, confirma a opinião de Chiavenato (1999:173), «são uma complexa mistura de pressuposições, crenças, comportamentos, mitos, ideias, que em conjunto, representam o modo particular de uma organização funcionar e trabalhar».

Cada organização tem a sua própria cultura e para Jacques (cf Chiavenato, 1999), a cultura é a maneira tradicional de pensar e fazer as coisas, que são partilhadas pelos membros da organização, e que os novos membros devem aprender e aceitar para serem aceites.

Figura 9.- Registos de enfermagem em contexto de serviço



III.2.4.2 - o conhecimento funcional

Esta subcategoria integra os extractos dos discursos sobre a importância dos actuais registos de enfermagem que se relacionam com a continuidade de cuidados, ou seja, o conhecimento que é transmitido através dos registos que actualmente são elaborados nos serviços.

Na opinião de Collière (1999:245), há dois aspectos a considerar em relação aos conhecimentos: «as fontes de conhecimentos utilizados; o seu modo de organização e de utilização».

Quando se inicia o processo de cuidados de enfermagem por um levantamento de fenómenos que necessitam intervenções de enfermagem, há necessidade de fazer apelo a diversos conhecimentos para perceber o processo saúde/doença, o processo vida/morte.

Os interlocutores expressam que na actuação do exercício profissional desenvolvem acções que não são documentadas, mesmo que elas sejam relevantes, e que a informação escrita é feita de uma forma dispersa e sem sequência.

(...) às tantas são importantes e não valorizamos e não escrevemos (enf^o 2).

(...) A informação está dispersa ao longo do texto porque não temos linhas orientadoras para fazer os registos (enf^o 4).

(...) tudo muito disperso não temos sequência naquilo que escrevemos (enf^o 1).

No parecer de Collière (1999), se as informações se mantêm espalhadas dispersas sem ligação entre si, rapidamente constituem objecto de uma generalização. Para se tornarem mais significativas, as informações têm de ser reagrupadas. A informação organizada torna o acesso mais fácil e a transmissão mais adequada à continuidade de cuidados.

A organização dos registos, no parecer de Riopelle (1995), deve ser organizada com base nas actividades do enfermeiro, cumprindo as três dimensões funcionais do profissional: cumprimento de prescrições médicas, vigilância e processo de enfermagem.

Para que o conhecimento seja comunicado através da escrita, a dificuldade da linguagem é um dos constrangimentos referidos pelos enfermeiros.

(...) uma colega diz uma coisa, outra quer dizer o mesmo, mas diz diferente (enf^o 2).

(...) usamos termos pouco correctos ou melhor, é uma linguagem comum a qualquer pessoa, não é científica (enf^o 3).

(...) o que está dito naquele está dito no outro (...) um bocado pobre (enf^o 16).

(...) as notas de enfermagem são, não tem cuidados, mantém cuidados isto pouco diz (enf^o 1).

Segundo Carpenito (1997:53), «embora as enfermeiras tenham tradicionalmente,

uma linguagem comum para certos problemas, essa linguagem tem sido incompleta para descrever todas as respostas do cliente que elas diagnosticam e tratam».

No interesse em desenvolver suportes teóricos para os cuidados de enfermagem, os teóricos elaboraram modelos conceptuais, que não foram fáceis de assimilar, teoricamente e muito menos de fazer o tranfert para a prática de cuidados. A informação que foi divulgada sobre essas teorias gerou algumas tentativas de implementação na prática, que não passaram de intenção.

(...) andávamos muito à volta das correntes teóricas (enf^o 19).

(...) não sabíamos que teoria íamos pôr (enf^o 15).

Na opinião de Collière (1999:218), o modelo não deve ser visto e aplicado de um a forma rígida mas sim «compreender as bases do conhecimento a que se referem, e como é que estes conhecimentos, combinando-se indefinidamente em diferentes situações, trazem algo de insubstituível ao conteúdo e à aproximação dos cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que abrem pistas de orientação e reflexão.»

As teorias propostas para os cuidados de enfermagem evidenciam uma variedade de factos, de aspectos, de características, de fenómenos, cuja dinâmica há que procurar, a partir da forma como se organizam na realidade da vida das pessoas. Na abordagem ao processo de enfermagem, os enfermeiros referem-se a ele para dizer que não é feito, ou que não conseguiram organizá-lo no serviço, o que no parecer de McCloskey (1994), não foi interiorizado pelos enfermeiros de maneira que flua naturalmente numa conversa.

(...) embora se dissesse que era preciso um PE, não se tinha ainda organizado uma maneira de o implementar no serviço (enf^o 16).

(...) na escola fazíamos o PE mas no serviço não fazemos. Temos a folha de colheita de dados e não fazemos o resto (enf^o 13).

(...) tentei implementar o plano de cuidados mas até hoje ainda não consegui (enf^o 19).

(...) ultimamente temos aquela folha de admissão mas é só isso (enf^o 10).

Verificamos que os saberes adquiridos na situação escola não foram transportados

para o local de trabalho e vice-versa, não houve articulação entre a teoria e a prática. Segundo Mestrinho (1997), os conceitos de transfert e isoformismo têm sido utilizados para caracterizar diferentes tipos de relação entre duas situações ou dois contextos; os saberes adquiridos numa situação ao ser aplicado numa outra situação tem como princípio o transfert e a análise das relações estruturais entre a formação e a prática, o isomorfismo, é uma das condições para haver transfert.

As origens do processo de enfermagem são de facto as de um instrumento educacional que se foi tentando transpor para o ambiente clínico. A literatura sobre enfermagem está repleta de tentativas meritórias para mostrar o valor do processo de enfermagem, mas vários estudos têm demonstrado exiguidade na aplicabilidade, e se passadas algumas décadas ainda não foi aceite na prática significa que deve haver alguma reflexão sobre a forma de o vincular à prática clínica. Isto não invalida o sentido positivo do processo de enfermagem, pois a nível teórico e as tentativas de aplicabilidade na prática têm contribuído para aumentar a compreensão da complexidade da enfermagem.

O vasto âmbito da enfermagem exige que os enfermeiros usem conhecimentos de diferentes fontes incluindo o empírico, o ético, o pessoal, e os componentes estéticos, o que faz com que haja sempre um conhecimento subjectivo (Collère, 1999).

O conhecimento subjectivo, envolve o uso de percepções de características únicas de um indivíduo que não pode ser categorizado só de acordo com a lógica ou a razão. O conhecimento pessoal refere-se ao encontro humano e está preocupado em promover o todo e a integridade do Ser Humano, integrando a componente moral dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros reconhecem que, para registar os cuidados de enfermagem, há necessidade de reflectir sobre os cuidados que executam para organizar a forma de os registar.

(...) dando algum tempo de reflexão para pensarmos tanto no que fazemos como na maneira de registar (enf^o 11).

(...) é preciso falar muito sobre cuidados, registos, mas dar tempo às pessoas para reflectir (enf^o 4).

(...) somos muito preparados para prestar cuidados e pouco para discutir sobre registos, e é necessário reflectir e discutir (enf^o 12).

(...) falta o tempo de organização do PE e de pensar sobre o processo (enf^o 13).

Jarvis (cf Costa, 1998:45), diz que «a prática reflexiva é mais do que a prática pensada, porque aquela é problematizada. Para a sua existência, na profissão de enfermagem, considera serem necessárias estruturas; para que a reflexão da prática ocorra, são necessários gestores, formadores, chefes, colegas ... que ajudem os práticos a aprender com a prática; e tempo e oportunidades para que os práticos pensem».

Este esforço de dizer as coisas da profissão, para tornar partilhável, acrescenta-lhe sentido social e diminui a insegurança com que nos confrontamos nos actos profissionais. São estes momentos privilegiados de troca que alimentam as redes de desenvolvimento pessoal que, na opinião de Nóvoa (1991), desencadeiam desafios, criam compromissos e fazem avançar.

O enfermeiro ao transferir-se de um estatuto de estudante para um estatuto qualificado de praticante precisa da lógica e da ordem que o processo de enfermagem impõe, de modo a que tenha responsabilidade pelos cuidados que possam ser prestados de uma forma segura. Contudo passado um tempo o enfermeiro perito emprega uma série de capacidades, perícias, incluindo algo que pode ser reconhecido como intuição e que frequentemente operam na lógica, mas fora das regras formais.

Nos discursos, verificamos que enfermeiros houve que expressaram que planeiam os cuidados antes de agir, mas não relacionam este planeamento ao processo de enfermagem.

(...) a gente não faz as coisas por fazer, pensa e planeia as actividades que vai fazer (enf^o 3).

(...) planear a gente traz na cabeça e depois faz, os registos é que falham (enf^o 6).

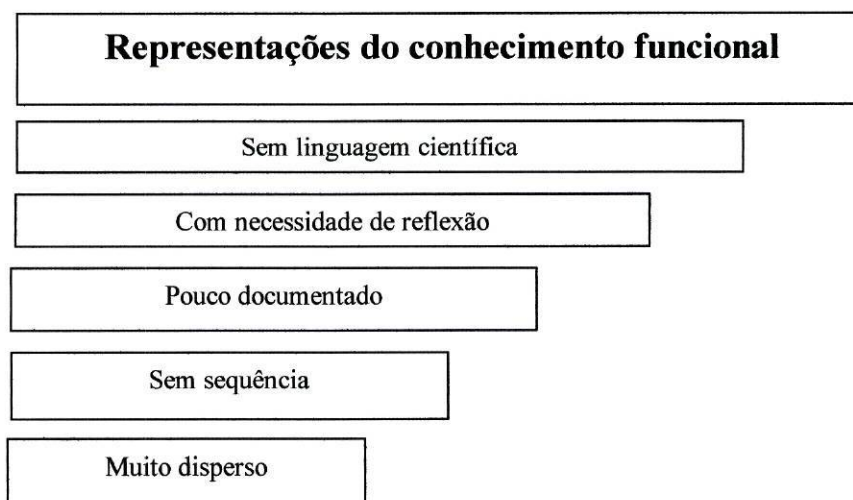
(...) planeamento...de uma forma genérica, planeamos para todos os doentes (enf^o 10).

(...) a gente planeia, é bom terem a percepção disso (enf^o 5).

Vemos que os enfermeiros, operam de maneira diferente daquela que é postulada pelo processo de enfermagem, mas o foco analítico para o planeamento de cuidados está presente, ficando ausente a tarefa burocrática desse mesmo planeamento.

Na opinião de Collière (1999), é importante que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que geram outros conhecimentos e contribuam para a evolução profissional. No entanto, no parecer da mesma autora, o património não pode ser constituído se não houver documentação que sirva de garantia, de referência para o processo evolutivo, pois se não houver documentação está tudo perdido, não há continuidade, nem elaboração, nem criação.

Figura 10 - Representações do conhecimento que é transmitido nos registos que praticam



III.2.5 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NO SERVIÇO

Esta categoria, compreende os segmentos dos discursos relacionados com a metodologia de implementação da mudança no seu serviço. Verificamos que os enfermeiros, pretendem implementar a mudança orientados por metodologia de implementação, com recurso a meios informáticos e com o apoio de uma liderança facilitadora do sucesso.

Para efeito de análise, esta categoria é dividida nas duas subcategorias: metodologia de implementação, liderança do processo.

III.2.5.1 - Metodologia de implementação

A questão foi orientada no sentido de os entrevistados manifestarem a sua opinião sobre a metodologia de implementação que foi adoptada no projecto. Nos discursos dos entrevistados, pudemos verificar que não concordam com a metodologia de implementação que foi adoptada, pois preferem uma metodologia que evita a reformulação do SDCE em suporte de papel, preferindo evoluir logo para a utilização do suporte informático.

(...) sem o computador é muito complicado, é muito papel, é difícil a consulta,(...) já vi o programa no computador, penso que deve ser assim (enfº 4).

(...) ligado à informática tem pernas para andar, não ligado à informática passaríamos a vida a registar (enfº 9).

(...) a informática é mais motivadora ,e isso é a melhor forma de nos motivar (enfº 20).

(...) havendo um sistema informático é diferente, com ele sentimo-nos mais motivados (enfº 3).

(...) vejo ligado ao computador doutra forma não é viável (enfº 10).

(...) o sistema informático é a grande informação, qualquer outra forma só vai complicar (enfº 5).

(...) a informatização pode dar imagem de sucesso (enfº 1).

(...) os resultados são mais nítidos e mais evidentes com a informática (enfº 12).

Na opinião de Vala (1995), a percepção de que a opinião pública é favorável aos computadores, parece ser um factor importante na determinação das atitudes positivas face aos mesmos. O desenvolvimento e a difusão das novas tecnologias têm tido uma influência múltipla e generalizada sobre a vida social, contudo, o exemplo que mais se tem evidenciado é sem dúvida a informática nas suas múltiplas aplicações.

Na opinião de Chiavenato (1999), as tecnologias de informação revelam-se fundamentais à condução de processos de mudança.

Todos os interlocutores consideram que a implementação da CIPE tem que ter como fim, a introdução da informática, mas reconhecem que na informatização deve haver

conhecimento e reflexão sobre o que é introduzido no computador.

(...) informatização com conhecimento (...) sabermos como aquilo aparece é importante, e temos que ser nós a dizer o que queremos (enf^o 1).

(...) tem que ser com informática, mas com conhecimento do que podemos pedir e exigir (enf^o 6).

Há enfermeiros que consideram prudente iniciar com os meios tradicionais não esquecendo que o fim último é a integração da linguagem da CIPE nos meios informáticos.

(...) enquanto não estivermos habituados o papel ajuda, (...) papel como caminho para entrar na informática (enf^o 2).

(...) penso que é importante começar com o papel (...) a partir do momento que seja trabalhado (...) a informática vai ajudar (enf^o 19).

(...) estamos a passar pelas etapas que passou o MH mas com dificuldades inerentes ao próprio serviço (...) é um trabalho suplementar (enf^o 4).

Sabemos que nem todos os enfermeiros têm conhecimentos e perícia na área da informática, o que pode levar a querer manter registos tradicionais no início. Sabemos também que há pessoas que não mostram interesse pela tecnologia informática, e neste grupo verificamos que há enfermeiros que verbalizam ter necessidade de alguma aprendizagem.

(...) vai demorar até as pessoas conseguirem mexer no computador (enf^o 5).

(...) o computador que temos é para nos habituarmos, ainda precisamos de praticar muito (enf^o 3).

Lieskovsky (cf Vala, 1995), refere que os indivíduos mais empáticos têm atitudes mais negativas face aos computadores, e este facto, segundo o autor, pode dever-se à ideia de que o computador é um meio técnico impessoal, frio, que não permite desenvolver contactos sociais. McCloskey (1994:35), considera que a tecnologia do computador é importante mas ela irá variar bastante através do tempo e refere

também, «além disso nem toda a enfermeira ou instituição de saúde tem um computador». Na opinião do mesmo autor, os sistemas actuais exigem a linguagem comum e a enfermagem precisa fornecer esta linguagem de modo a que possamos usar a tecnologia disponível

III.2.5.2 - liderança do processo

Os segmentos de discurso que incluem esta subcategoria, são decorrentes dos opiniões dos enfermeiros sobre a metodologia de implementação que foi adoptada no serviço piloto onde foi realizado o projecto de mudança. Integra também segmentos dos discursos decorrentes da questão sobre o interesse em aderir ao projecto de mudança no serviço em que os enfermeiros trabalham. A liderança do processo de mudança é verbalizada com frequência pelos entrevistados. A liderança foi durante muito tempo conotada em termos de líderes políticos, militares, históricos, ligado também ao termo direcção, supervisão, executivo. Desta forma a liderança estava conotada com situações formais e o líder tinha um posto de direcção. A tendência predominante na actualidade, considera essencial fazer a distinção entre direcção e liderança, e considera líder aquela pessoa que tem um papel chave em actos de liderança. Para Morales (1994), só podemos conhecer os líderes depois da realização de actos de liderança, que pressupõe um processo de influência entre líder e seus seguidores. A liderança é um processo de influência interpessoal tendo em vista a persecução dum propósito comum. O acto de liderança é sobretudo a arte de influenciar, e os entrevistados manifestam que têm vontade em participar nesse processo.

(...) alguém que, nós ao falar com ela, já estamos a mudar o nosso pensamento, estamos a mudar (enf^o 3).

(...) porque se nós vamos falar com uma pessoa que saiba (...) a pessoa ao falar connosco está-nos a mudar interiormente (enf^o 18).

(...) de certa forma mudando a mentalidade das pessoas para se irem habituando à ideia da mudança pois iria implementar um sistema novo (enf^o 7).

Influenciar é levar as outras pessoas a agirem de outro modo, é levá-las a modificar o seu comportamento intencionalmente. Como refere Madureira, (1990), é provocar no outro uma alteração da sua cognição, no seu comportamento ou na sua emoção.

Nos últimos anos vários autores fizeram pesquisa sobre liderança e desenvolveram algumas teorias para melhor explicar a influência do líder sobre os restantes elementos do grupo. Na literatura das ciências sociais, o termo liderança aparece com três significados bem definidos: como atributo de uma posição; como característica de uma pessoa; como uma categoria de conduta.

Se a liderança for considerada um atributo duma posição, ela não pode ser eficaz se o líder não tiver certas características e se não pautar a sua conduta por certos princípios que o levarão a ter seguidores.

Binet citado por Adair (1992), designa “*leader*” como pessoa que tem autoridade e influência no grupo. O líder possui autoridade pessoal, numa ascendência ou prestígio, é capaz de atrair e de conduzir pessoas. A autoridade do líder provém da adesão que tem a sua liderança, pois o líder tem seguidores e não necessita de imposição.

Durante muitos anos considerou-se que o líder devia possuir certas características, como a amabilidade e a inteligência, mas há pessoas que são possuidoras destas características e não são líderes. O que os enfermeiros referem nos seus discursos, não é propriamente a necessidade de uma pessoa com traços de personalidade específica, mas um estilo de liderança e se falarmos em termos de análise transaccional, um líder em que predomine o Eu adulto para recolher as informações e o Eu de criança adaptada para aceitar as decisões do grupo.

(...) nós temos as nossas ideias, mas é necessário haver alguém para tirar dúvidas, para esclarecer, para discutirmos com ele (enf^o 5).

(...) o X incentiva-nos muito e nós precisamos desse incentivo, assim vamos começando e avançando (enf^o 6).

(...) estamos a tentar, só em caso de não conseguir é que recorremos a quem sabe mais (enf^o 3).

Verificamos que a liderança desejada é uma liderança de estilo democrático, que na opinião de Marriner (1996), é um estilo de liderança em que o líder se sente como

membro integrante do grupo sem se encarregar muito das tarefas. O grupo define as técnicas para a execução das tarefas, solicitando aconselhamento ao líder quando necessário, e este estimula e assiste o grupo.

A liderança requer alguma congruência de objectivos do líder e dos liderados. É esta congruência que os entrevistados querem e vão conquistando.

(...) é preciso orientar e liderar, mas se cada um não estiver motivado não leva a lado nenhum. Temos que estar em acordo (enfº 8).

(...) o elemento que é responsável pela formação (...) acho que neste momento está a tentar dar resposta às dificuldades que nós temos (enfº 15).

Segundo Chiavenato (1999), a verdadeira liderança decorre do poder de competência e do poder de referência. A existência de conhecimentos adequados são atributos que os interlocutores consideram importantes no líder para que a implementação da mudança dos registos de enfermagem no serviço seja possível. É interessante verificar que os entrevistados reconhecem "o saber" ao grupo do projecto de implementação, não só pelo saber teórico mas também porque já vivenciaram a experiência.

(...) tem que haver uma pessoa que lidere o processo, eu acho (...) uma pessoa que coordene e que saiba do assunto para nos falar e esclarecer (enfº 18).

(...) na instituição há pessoas, nomeadamente no MH (...) que são capazes de nos ajudar (enfº 5).

(...) se vier cá por exemplo as colegas do MH (...) que nos incentivam (....) a gente vê a motivação dos outros (enfº 7).

A influência informativa segundo Deutsch e Gerard citado por Ferreira (1996:158), «subentende um modelo cognitivista, centrado na decisão racional e na argumentação lógica dos factos em análise». Moscovici (1984), refere que os grupos minoritários, não impõem os seus pontos de vista atraem mais a atenção sobre o que dizem estimulando a criatividade e a inovação.

Os interlocutores vêem o pequeno grupo que experienciou o projecto, como grupo coeso nas opiniões, o que confirma o parecer de Gerard citado por Morales (1994), «os grupos minoritários são mais coesos e por isso a tendência para influenciar é mais

intensa (...) e quanto mais implicado se está nessa opinião, maior é também a confiança que se tem nessa opinião e melhor a defende».

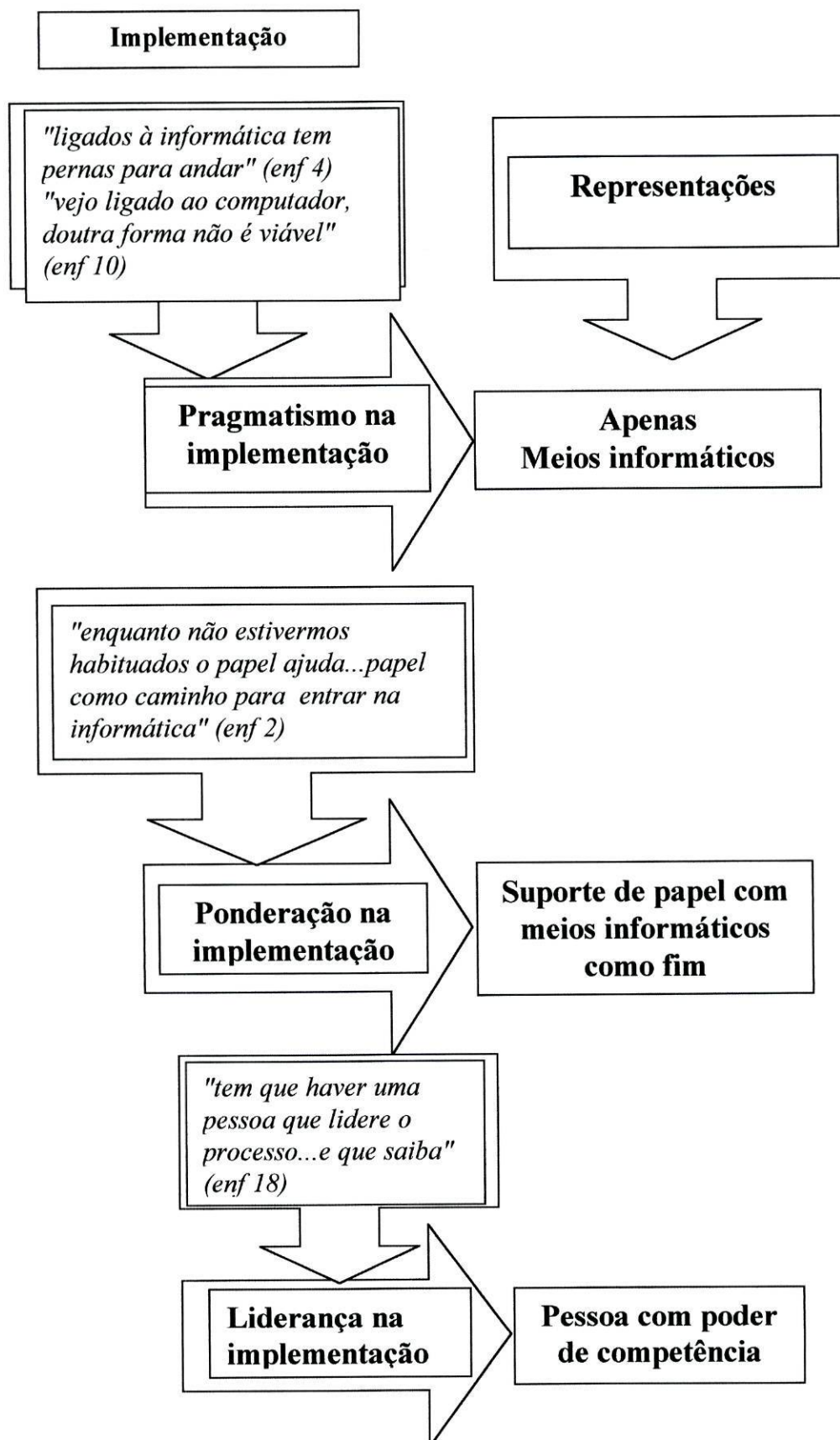
Os entrevistados manifestam que o saber do grupo, lhes dá segurança na medida em que reconhecem que são capazes de lhes tirar dúvidas e os ajudam a reflectir.

(...) não sabemos a diferença entre fenómeno e diagnóstico, informamo-nos com as colegas do MH (...) connosco vamos vendo, pensamos e elas ajudam-nos no pensamento e depois decidimos (enf^o 16).

Allpot (cf Morales 1994), descreve que o consenso, a certeza e a intensificação das opiniões passam por quatro fases: a tomada de consciência por parte da pessoa de qual é a sua própria opinião; projecção dessa opinião sobre os outros, o que cria o consenso; o efeito recíproco do consenso como apoio da própria opinião e o efeito de intensificação da opinião. O grupo ajuda no diálogo e isso é apreciado pelos entrevistados

Na opinião de Covey (cf Chiavenato 1994:144), «os líderes eficazes são aqueles que “transformam” pessoas e as organizações, promovem mudanças em suas mentes e em seus corações, ampliam a sua visão e a sua compreensão, esclarecem as metas, tornam os comportamentos congruentes e consonantes com as crenças, os princípios, os valores e implementam transformações permanentes, que se autopropagam e cujo ímpeto e intensidade é cada vez maior».

Figura 11 - Representações da implementação do projecto no seu serviço



III.2.6 - VANTAGENS PERCEBIDAS FACE À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Esta categoria inclui segmentos de discurso sobre a questão que foi posta no sentido de identificar a percepção que os enfermeiros têm sobre o SDCE preconizado no projecto de mudança.

Nenhum dos interlocutores verbalizou aspectos negativos sobre o SDCE. Todos foram unânimes em considerar que o SDCE preconizado no projecto tem aspectos positivos, aspectos esses que os entrevistados percebem como contributos para a criatividade na personalização dos cuidados, rentabilidade na organização e investigação em enfermagem. Estas três subcategorias são analisadas individualmente.

III.2.6.1 - Criatividade na personalização dos cuidados

Cada pessoa é um conjunto de experiências, conhecimentos, reflexões pessoais que em certa altura deseja exteriorizar de maneira própria e original. «À capacidade de explorar, sem constrangimentos, de maneira bruta, o campo inicial dos possíveis, sem desejo preciso de construir e de elaborar - capacidade essa que reside em cada indivíduo - eis aquilo a que chamamos criatividade» (Rocha, 1991:116).

O homem é um ser activo, realiza tarefas, tarefas essas que contribuem para modificar o ambiente e este modifica-o a ele. Nesta energia reciproca, ele pretende agir sobre o ambiente e sobre si. Neste sentido, o Ser Humano deseja criar originalidade, seja em que campo for, «a criatividade radica no âmago da própria pessoa» (Rocha, 1991:116).

Seguindo a opinião de Rocha todos os Seres Humanos possuem criatividade em maior ou menor grau e, como seres inteligentes, têm potencialidades para a desenvolver, o que eventualmente é necessário, é a oportunidade para desenvolver e expressar essa criatividade.

Os enfermeiros percebem que o sistema de documentação de cuidados preconizado no projecto de mudança, tem uma estrutura que dá oportunidade a que possam desenvolver a sua criatividade.

(...) *pode haver flexibilidade se quiser criar ou inovar, tanto nos cuidados como nos registos (enf^o 1).*

(...) *a linguagem não vai limitar, nós continuamos a ser enfermeiros e fazemos as mesmas acções (enf^o 10).*

(...) *não tira a criatividade como tanto se falou no início, pois até ajuda a reflectir no que fazemos (enf^o 4).*

(...) *não corta a imaginação, porque se há aspectos que são fáceis há outros que exigem criatividade (enf^o 6).*

(...) *tem espaço para o enfermeiro fazer o seu raciocínio, digamos o raciocínio que foi necessário aos cuidados (enf^o 9).*

O que constitui a essência da criatividade, no parecer de Rogers (1961), é a originalidade e singularidade. O autor na sua teoria de criatividade, define o processo criativo como emergência na acção de um novo produto relacional, que surge da singularidade de cada indivíduo, de um lado, e dos materiais, acontecimentos ou circunstâncias da sua vida, de outro lado.

A motivação para a criatividade, segundo Rogers (1961), está na tendência humana para se auto-realizar; perspectiva que é também comungada por Maslow (cf Ferreira, 1996), que dá ênfase à abertura na experiência como uma característica de criatividade auto-realizadora e a tendência do Homem para se auto-realizar.

Para Guilford (cf Rocha, 1988), a criatividade passa a acto quando se dá a combinação integrada de seis factores: sensibilidade aos problemas; fluidez de pensamento; flexibilidade ou capacidade de transformar pontos de vista; originalidade ou tendência para resposta idiossincrática; elaboração.

Para o autor, a criatividade é um dinamismo, mas para se manifestar necessita encontrar condições favoráveis, um ambiente de respeito e aceitação mútuos, onde os enfermeiros possam compartilhar. A criatividade implica uma sensação de liberdade para inovar e sem medo de avaliação, fazer uso dos próprios recursos criativos para contornar as barreiras e dificuldades encontradas e resolver os problemas.

Os enfermeiros percebem que o sistema de documentação criativo contribui para se sentirem mais satisfeitos no trabalho que desempenham.

(...) *é um sistema que dá mais satisfação aos profissionais, porque o seu trabalho*

tem forma para ser documentado, tanto com os standards como em espaço, onde escrevemos os cuidados que fizemos, sem limitar a criatividade (enf^o 5).

(...) há maior satisfação dos profissionais, a gente tem que saber o que faz mas também gostamos de mostrar o que fazemos, mostrar que pensamos, que somos criativos, e este sistema de registos permite, tem espaço para isso (enf^o 6).

A satisfação no trabalho, na teoria EREC desenvolvida por Alderfer (cf Chiavenato, 1999), está relacionada com necessidades de desenvolvimento de potencial humano e desejo de crescimento e competência pessoal. Para o autor, os comportamentos intrínsecos da necessidade de estima de Maslow (auto-confiança e de auto-realização) é a necessidade de crescimento pessoal.

Herzberg (cf Ferreira, 1996), na sua teoria sobre factores higiénicos associados com o contexto do trabalho, reconhece que o trabalho para ser enriquecido e para que possa contribuir para satisfação profissional, deve ter qualidades ou características únicas. Os enfermeiros têm a percepção que o SDCE do projecto permite que cada enfermeiro expresse a sua criatividade tal qual ele é, com o seu saber fazer, saber ser, saber estar.

(...) cada um tem a sua maneira de ser e de fazer e a CIPE permite que assim seja (enf^o 16).

(...) os standards não obrigam os enfermeiros a ter acções iguais para todos os doentes, cada enfermeiro tem as suas características para saber inovar quando necessário (enf^o 3).

As referências teóricas e os enfermeiros, desde há muito que dão importância à individualização dos cuidados ao doente, e o uso de uma linguagem comum não compromete com este valor, pelo contrário, os enfermeiros deste estudo percebem que o uso da linguagem comum permitirá aos enfermeiros terem mais tempo e oportunidade para se centrarem nos aspectos singulares dos cuidados de cada doente. A linguagem da CIPE não é, no ponto de vista dos enfermeiros, incompatível com os cuidados individualizados, pelo contrário, vai contribuir para os desenvolver.

(...) vai permitir mais individualização dos cuidados porque tem um espaço para

individualizar (enfº 2.)

(...) é um sistema de registos que tem uma linguagem organizada para individualizarmos os cuidados (enfº 15).

(...) está organizado de forma a podermos ficar mais tempo com o doente (enfº 5).

Segundo Silva (1999), no desenvolvimento da CIPE, foram empreendidos os esforços para manter a linguagem clinicamente útil. Quando foi necessário escolher entre termos, escolheu-se o termo que já estava aceite e era usado entre os enfermeiros na prática dos cuidados.

A aceitação de uma linguagem comum exige aos enfermeiros que aprendam, mas torna-se fácil se a linguagem for fácil e se estiver em consonância com a prática.

(...) forma de nos entendermos para que haja continuidade de cuidados (enfº 15).

(...) é mais aquela continuidade de cuidados, porque nos entendemos e falamos a mesma linguagem para os mesmos problemas (enfº 16).

(...) é uma linguagem mais homogénea e isso faz com que nos entendamos melhor quando prestamos cuidados (enfº 2).

(...) os enfermeiros podem entender e entender-se nos cuidados que prestam aos doentes (enfº 6).

A linguagem é uma parte da vida e da cultura, uma linguagem comum no parecer de McClosKey (1994), unirá os enfermeiros e tornará os cuidados de enfermagem numa essência identificável na prestação de cuidados de saúde de qualidade. A qualidade é sobretudo um estado de espírito que leva a aplicar todo o potencial criativo das pessoas, e isto é percebido pelos entrevistados.

(...) também vai haver melhoria dos cuidados, centramo-nos mais nos cuidados ao doente (enfº 1).

(...) também avalia os cuidados, e isso vai exigir que se não estiver bem temos que mudar (enfº 6).

(...) há alterações inerentes aquele indivíduo o que leva a maior personalização e qualidade do que fazemos (enfº 10).

Qualidade é definida como «a capacidade de atender, durante todo o tempo as necessidades do cliente» (Chiavenato, 1999:678). Isto significa que tem que haver consonância entre os serviços prestados e as expectativas dos clientes.

A qualidade não se faz somente com tecnologia, ela faz-se com as pessoas, principalmente com pessoas capacitadas, motivadas, plenamente conscientes das suas responsabilidades. Qualidade faz-se com a participação e envolvimento das pessoas, e os entrevistados manifestam que o SDCE do projecto, contribui para esse envolvimento.

(...) vai ter um grande empenho e uma grande dedicação de todos nós (enfº 12).

(...) vai incutir a necessidade de não ficar por aí e empenharmo-nos mais (enfº 1).

A qualidade exige o comprometimento das pessoas em tomar decisões adequadas à situação com vista à excelência. Marriner (1996), considera o processo de resolução de problemas na tomada de decisão, similar ao processo criativo.

Para a autora, a primeira fase do processo criativo é a sensação de necessidade. De modo similar, quando na tomada de decisões enfrenta um problema, começa a procurar uma solução.

Quando emergem as ideias criativas num processo criativo o autor no processo de tomada de decisão vê a inovação, que depende em parte do número de opções.

A tomada de decisão para a resolução de problemas dos doentes e a criatividade é também percebida com similaridade como vantagem do SDCE.

(...) com a criatividade necessária possa fazer o seu raciocínio e possa decidir em função do seu doente (enfº 9).

(...) permite decidir os cuidados precisos em função do seu doente em criatividade (enfº 20).

(...) não vai cortar a imaginação nem a capacidade de resolução face os doentes (enfº 4).

No parecer de Alencar (1986) a criatividade dos recursos humanos é talvez o mais seguro recurso em que se deve investir nas instituições. O homem é o único recurso que já mais se tornará obsoleto enquanto mantiver viva e acesa a sua capacidade de se

adaptar, criar e recriar o mundo que o cerca e a si mesmo.

III.2.6.2 - Rentabilidade na organização

Em qualquer sociedade de mercado, o custo económico anda associado ao seu valor monetário, e no parecer de Collière (1999), a rentabilidade do enfermeiro na organização hospitalar baseia-se no elevado número e frequência de tarefas, arrastando uma acção repetitiva de actos estereotipados, mais procurados pelo seu valor comercial, o que fazem dos cuidados um bem de consumo, produzido através do corpo da pessoa doente.

Os cuidados que se baseiam na escuta, no esclarecimento do que é importante para que a vida do doente possa prosseguir, para que as capacidades da pessoa doente sejam estimuladas e que seja desencadeada uma acção significativa em relação aos fenómenos, estes cuidados estão cotados com valores mais baixos na escala económica ou ignorados nessa escala.

Os cuidados de saúde no hospital são, por natureza, resultado do trabalho multidisciplinar de diversos profissionais e os enfermeiros revelaram que o SDCE preconizado no projecto, contribui para que o trabalho do enfermeiro possa entrar nos índices de produtividade do hospital com visibilidade do trabalho do enfermeiro.

(...) permite colocar contributos de enfermagem, ganhos em saúde no sistema de informação do hospital (enfº 12).

(...) permite quantificar o que é trabalho de enfermagem (enfº 13).

(...) maior contabilização do que nós estamos a fazer (enfº 1).

Os enfermeiros percebem também, que o SDCE preconizado no projecto vai contribuir para reduzir o tempo na elaboração dos registos o que pode rentabilizar o trabalho do enfermeiro na instituição.

(...) dizem que há redução de tempo, facilidade de organização (enfº 4).

(...) permite ganhos em tempo (enfº 9).

(...) demoram menos tempo a fazer (enfº 16).

A redução do tempo que os enfermeiros reconhecem está relacionada com a existência de padrões de documentação de cuidados, elaborados pelos enfermeiros do serviço, que são planos de cuidados pré-escritos com intervenções estandardizadas, com adaptação às necessidades individuais de cada doente.

(...) os cuidados poderão beneficiar já estão estandardizados (enf^o 14).

(...) com os standards é mais fácil (enf^o 8).

(...) registos mais fáceis e alterações mais fáceis (enf^o 10).

(...) já tem aquele padrão e depois há alterações mais fáceis (enf^o 11).

(...) PE de forma organizada (enf^o 3).

O plano de cuidados, na opinião de Whittemore (1999), são planos de cuidados baseados na avaliação dos princípios relativos aos cuidados exigidos para qualquer problema apresentado. Eles são nitidamente constantes por definição, doutro modo não seriam princípios. Esses planos, no parecer de Hansebo (1999), quando desenvolvidos no seio da equipa, e com reflexão, terão provavelmente uma maior possibilidade de atingir os objectivos já que são vistos como a própria solução dos enfermeiros para os problemas relativos ao planeamento dos cuidados, cabendo a cada um adoptar tais princípios gerais às necessidades individuais da pessoa doente.

(...) evitar o que se repete tantas vezes (enf^o 2).

(...) não há repetições dos registos (enf^o 11).

(...) está anexado aos registos (...) para ser feito, se não há nada a dizer é porque foi feito (enf^o 16).

As restrições financeiras a que os hospitais são submetidos e a necessidade que eles têm em dar resposta aos clientes que diariamente a eles ocorrem, estão a desenvolver formas de rentabilizar os seus recursos.

Uma das formas de rentabilizar recursos a que hoje assistimos, consiste em internar doentes em qualquer enfermaria que tenha uma cama disponível, seja qual for a patologia do doente. Consoante a patologia desse doente, os médicos que tratam doentes com essas patologia deslocam-se às várias enfermarias para os tratar.

Na opinião de Hansebo (1999), os enfermeiros que têm que cuidar dos doentes em

condições fora do comum se tiverem padrões relativos aos cuidados específicos que um serviço concebeu podem prestar melhores cuidados a esses doentes.

(...) já sabem o tipo de cuidados que a pessoa vai ter (enf^o 14).

(...) com os standards pelo menos o mínimo é feito (enf^o 19).

(...) ali está tudo (...) acaba por não esquecer (enf^o 6).

(...) permite não esquecer o tipo de tarefas que tem que fazer (enf^o 11).

(...) com os standards o enfermeiro já sabe o que vai fazer naquele momento (enf^o 8).

Outra vantagem percebidas que os entrevistados referem nos seus discursos e que vai rentabilizar o trabalho na instituição, é que o SDCE do projecto ajuda na integração dos enfermeiros no serviço.

(...) ajuda na integração do serviço (enf^o 6).

(...) quando se admite um enfermeiro ele já sabe (enf^o 7).

(...) se vem um enfermeiro novo, é mais fácil para ele (enf^o 8).

Auxilia adequadamente os enfermeiros na integração à actividade clínica porque tem uma informação de acordo com o vocabulário definido. Affara (1995), salienta que não facilita o trabalho, facilita sim para que façam um bom trabalho.

III.2.6.3 - Investigação em enfermagem

Uma outra vantagem perceptível nos discursos dos enfermeiros, é de que o SDCE com a linguagem comum, é um bom instrumento para fornecer dados para investigação em enfermagem.

(...) justifica investigação na área de enfermagem, porque os registos e a linguagem são de enfermagem (enf^o 9).

(...) permite um tipo de investigação em enfermagem diferente, permite investigar o que fazemos e também como fazemos, porque a linguagem escrita é comum (enf^o 9).

12).

(...) permite uma investigação com informação à posteriori (enf^o 5).

(...) a informação a nível de estudos é mais fácil numa linguagem comum (enf^o 2).

Durante vários anos, os enfermeiros investigadores realizaram estudos que não foram direccionados para a prática de enfermagem. Isto porque, no parecer de Hansebo (1999), os enfermeiros investigadores eram poucos e exerciam outros cargos como professores, supervisores, cargos esses que não estavam ligados à prática diária dos cuidados de enfermagem.

O processo de evolução académica desenvolveu exigências em conhecimentos e a metodologia de investigação integra já os currícula dos cursos superiores de enfermagem. A investigação faz também parte do conteúdo funcional do enfermeiro, no entanto a grande produção de investigação na área de enfermagem continua a ser realizada por exigência académica.

Na opinião de Collière (1999), a investigação em cuidados de enfermagem, oferece caminhos à profissão, se o pesquisador tentar identificar o serviço que oferece à população e identificar os factores que favorecem ou inibem esse serviço e as implicações éticas, sociais, económicas e políticas do serviço prestado.

Um enfermeiro verbalizou que tentou fazer um estudo sobre úlceras de pressão, mas quando foi colher dados através dos registos de enfermagem ficou com dificuldades e não avançou com o estudo. Referiu que os registos que o projecto preconiza ajudam a investigar porque já estão organizados para que todos escrevam com a mesma linguagem acerca do mesmo problema. Outros enfermeiros também reconhecem que o SDCE com a linguagem da CIPE, vai contribuir para que se possa fazer investigação, tornando esta menos exaustiva por haver disponibilidade de dados, dados esses que são fáceis de procurar porque se conhece a linguagem.

(...) colhe melhor a informação para estudos (enf^o 19).

(...) fácil consulta para trabalhos de investigação (enf^o 3).

(...) investigação mais fácil (enf^o 5).

Os enfermeiros reconhecem também que, com a linguagem comum, é possível ultrapassar fronteiras.

(...) *trocar informação com outros países, ver resultados positivos e negativos (enf^o 9).*

(...) *fazer estudos com o auxílio da Internet (enf^o 16).*

Os enfermeiros estão constantemente envolvidos no sentido de mudar e melhorar a sua prática clínica em relação às exigências da sociedade da qual são parte.

Os desenvolvimentos no campo dos cuidados de saúde exigiram um aumento no conhecimento base, habilidades clínicas e responsabilidades dos enfermeiros. Contudo, o impacto dos cuidados de enfermagem na qualidade dos cuidados fornecidos aos clientes ainda não foram totalmente documentados.

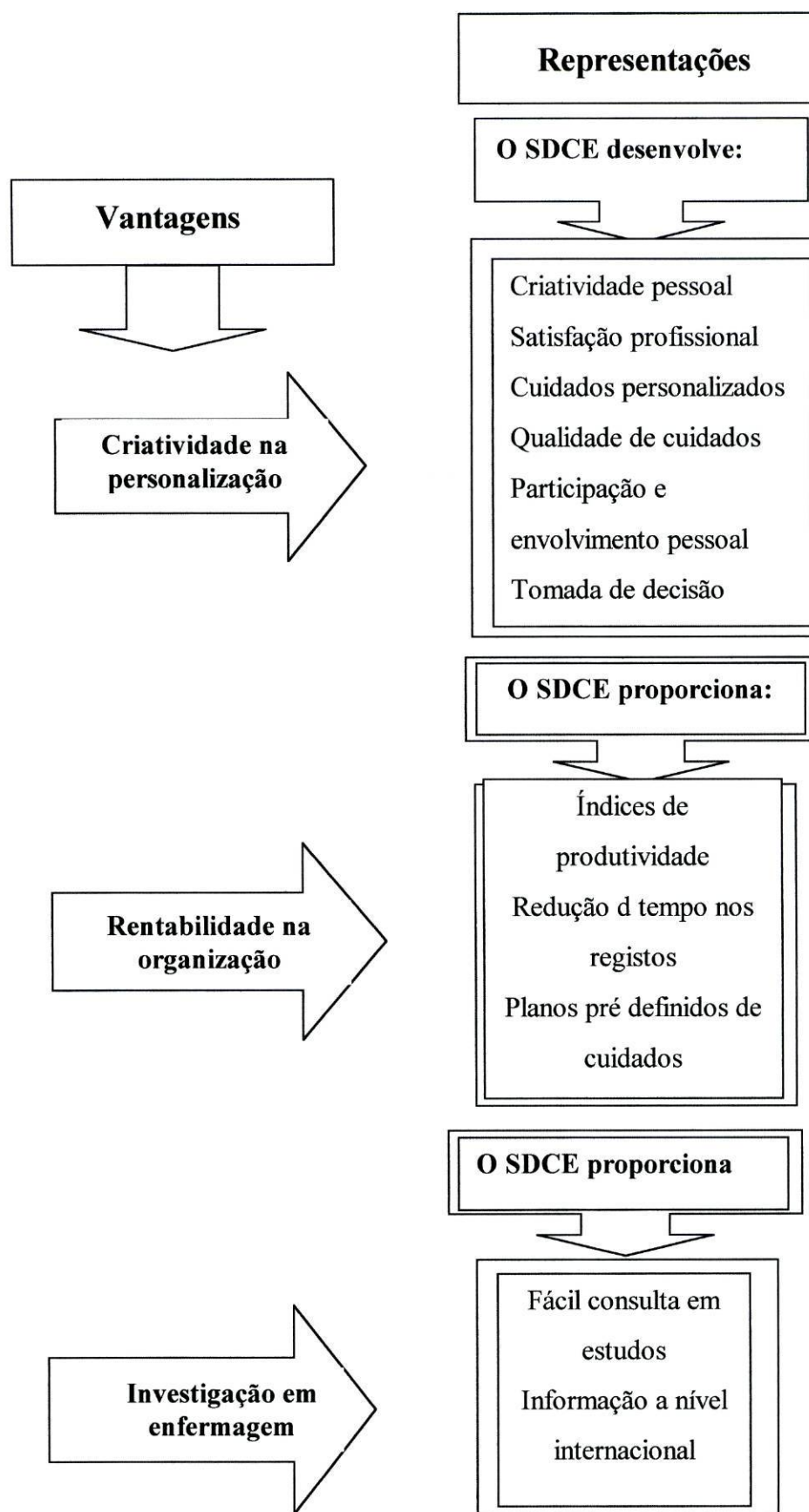
O estudo analítico dos cuidados fornecidos pelos enfermeiros na componente prática é uma experiência desafiante que requer uma grande abertura, flexibilidade, conhecimento e vontade para mudar, como refere Whitemore (1999).

A identificação dos fenómenos de enfermagem, constitui uma dimensão do domínio de enfermagem. A avaliação destes fenómenos, é o processo que os enfermeiros usam para observar a função e o status dos clientes que recebem cuidados de enfermagem. Baseado nestas avaliações, os enfermeiros tomam decisões para intervir no sentido de resolver/minimizar o problema, prevenir a ocorrência, promover a saúde.

Segundo Affara (1995), a pesquisa de enfermagem deverá esforçar-se por testar estas intervenções específicas de enfermagem, para que a sua contribuição para os cuidados de saúde possam ser valorizados de forma idêntica aos cuidados fornecidos por outros profissionais da área da saúde.

Na opinião de Cavalcante e Rudge (cf Chiavenato, 1999:138), «muros fossos e arames farpados não separam mais os países». O conhecimento, e a criatividade modificam a maneira de estar no mundo, de o compreender e aprender. O conhecimento oriundo de situações vividas no decurso da prática profissional, enriquecido e alimentado com conhecimentos investigados, na opinião de Collière (1999), contribuem para não ficar submetido ao mundo.

Figura 12 - Representações actuais do SDCE do projecto

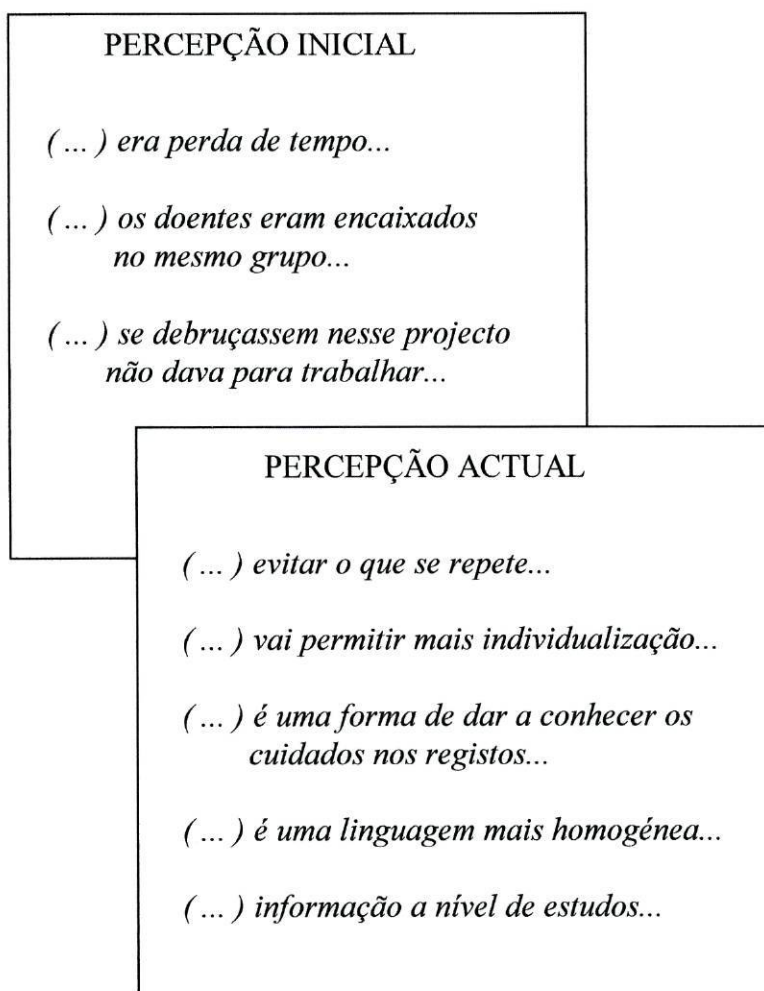


III.2.7 - DA PERCEPÇÃO INICIAL À PERCEPÇÃO ACTUAL

Na análise do conteúdo dos discursos dos entrevistados pudemos verificar que durante os três anos de implementação do SDCE no serviço piloto, os enfermeiros adquiriram um conhecimento sobre o projecto, conhecimento esse, que foi sendo modificado. Para melhor compreender e identificar os factores que condicionaram a representação dos enfermeiros sobre o SDCE ao longo do projecto, pareceu-nos importante neste estudo, fazer uma análise transversa dos discursos dos sete enfermeiros que verbalizaram a percepção inicial.

Figura 13 - Percepção do enf^o 2

Mudança de percepção pela formação formal e auto formação



O enfermeiro 2, percepcionou que o SDCE do projecto era perda de tempo, tempo esse que deveria ser ocupado a trabalhar com os doentes, e não num projecto que não

permitia a singularidade dos doentes.

Na percepção actual o enfermeiro refere que essa singularidade é possível visto que ele percepçiona mais individualização dos cuidados. Na percepção actual verificamos alguma ligação com a vivência dos registos actuais, pois percepçiona o SDCE do projecto como uma forma de colmatar as deficiências que encontra nos registos que efectua.

Quadro 3 - Percepção sobre os registos de enfermagem do serviço e a percepção sobre o SDCE do projecto

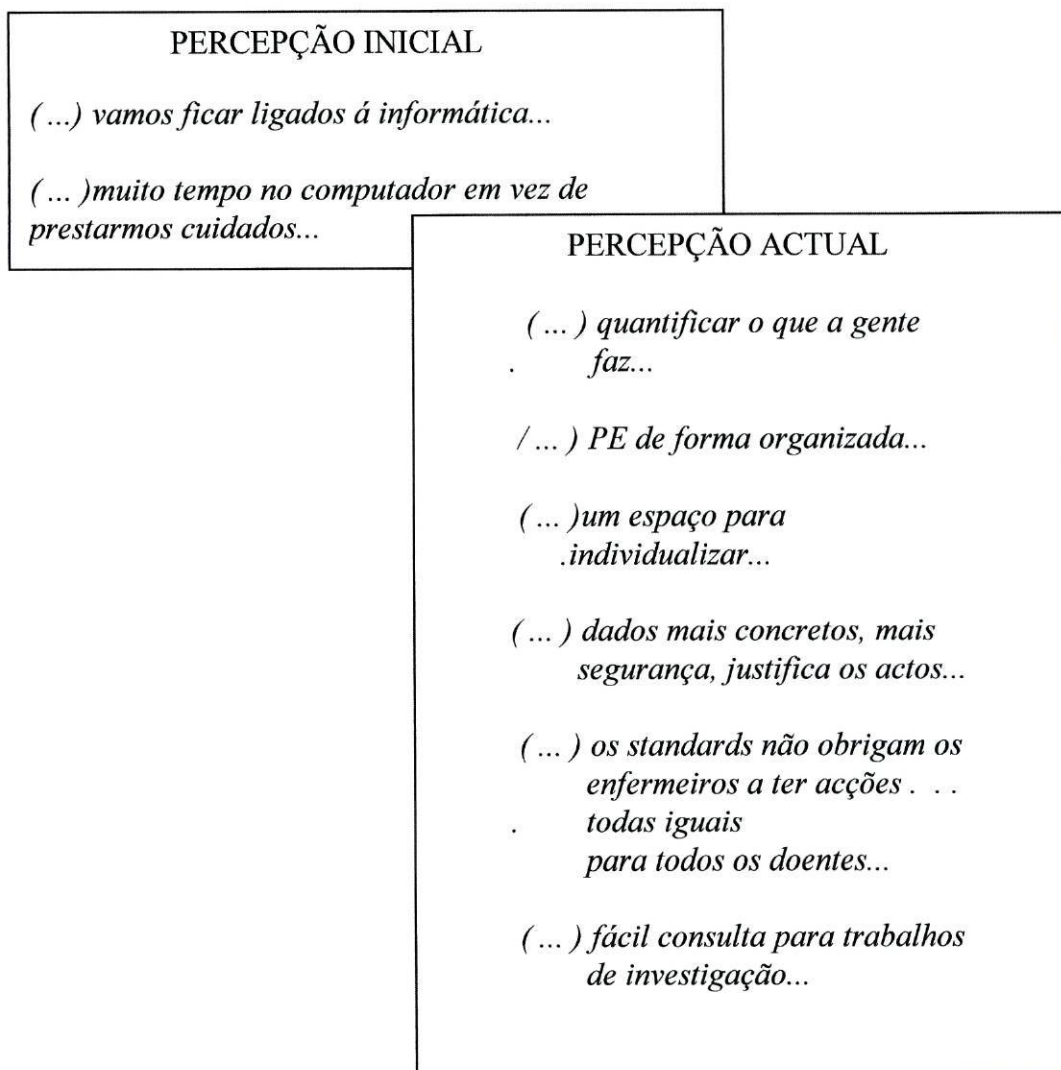
Registos que elabora	Percepção do SDCE do projecto
<i>“há sempre repetição dos registos”</i>	<i>“evitar o que se repete”</i>
<i>“as pessoas não sabem que a gente planeia”</i>	<i>“é uma forma de dar a conhecer os cuidados nos registos”</i>
<i>“uma colega diz uma coisa outra quer dizer o mesmo mas diz diferente”</i>	<i>“é uma linguagem mais homogénea”</i>
<i>“são difíceis de consultar mesmo a nível de estudos”</i>	<i>“melhor informação a nível de estudos”</i>

O enfermeiro teve formação e refere: *“depois da formação já não penso assim”... vimos como preenchem os papeis.”*

Fez formação sobre o projecto, mas não referenciou o seu envolvimento em trabalhos de grupo sobre a temática do SDCE. Verificamos no entanto, que além da formação formal, foi ver como os enfermeiros do serviço de MH preenchem os documentos de informação sobre os doentes, o que manifesta interesse em saber mais do que o que lhe foi transmitido. Os sentimentos relacionados com a implementação do projecto no serviço são positivos, pois refere que *“temos que ir para a frente.”* O cansaço da situação que vivencia sobre os registos de enfermagem, a formação sobre a temática do processo de mudança, a auto formação e os sentimentos positivos face ao projecto, foram factores condicionantes da actual representação do SDCE. Para ele o SDCE leva a mais individualização dos cuidados, sem repetições e com informação a nível de estudos.

Figura 14 - Percepção do en^o 3

Mudança de percepção pela formação formal e prática reflexiva



O enfermeiro 3, pela informação que obteve sobre o projecto quando ele se iniciou, percepcionou que o projecto de mudança estava relacionado com a informática e que os enfermeiros iriam dar mais importância ao tempo que ocupavam junto do computador do que a prestar cuidados. O enfermeiro fez formação sobre o SDCE que o projecto preconiza e envolveu-se em trabalho de grupo com enfermeiros do serviço, e segundo ele, estes processos contribuíram para mudar a sua opinião sobre o projecto

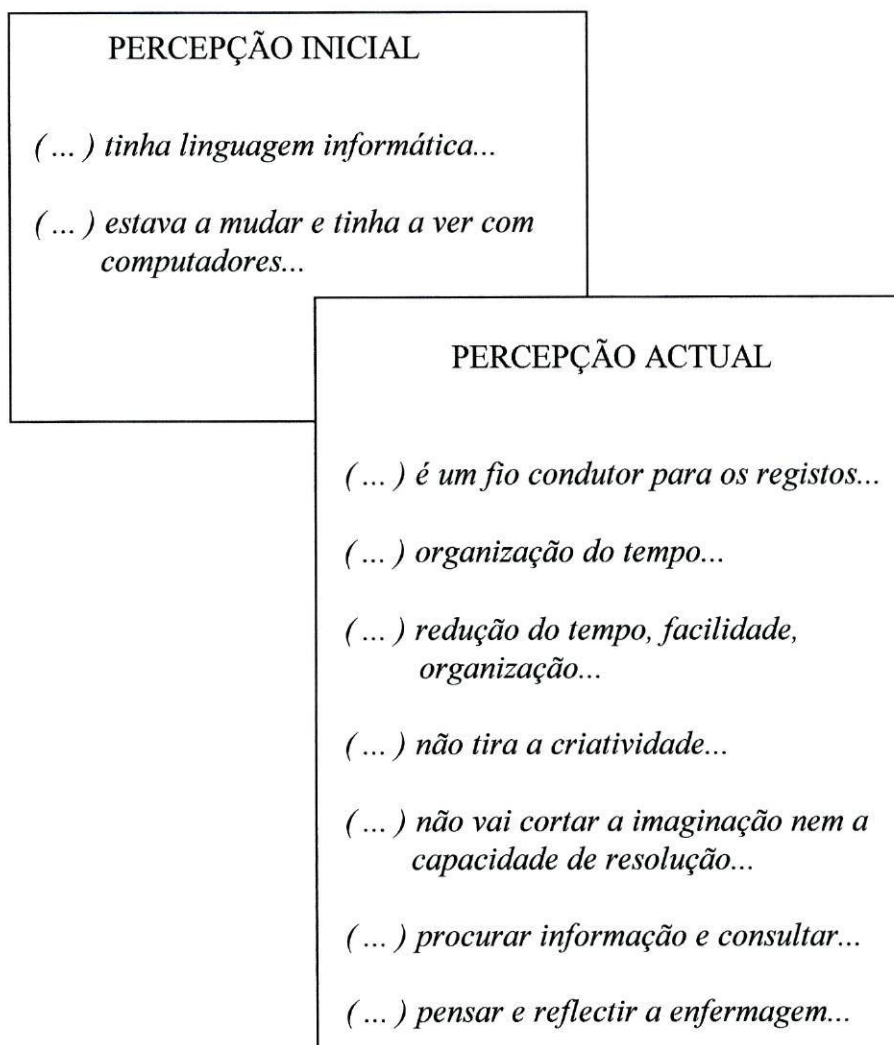
“com a formação já não acho isso ... hoje penso diferente ... já escolhemos os diagnósticos, as intervenções ... eu fui renitente, os standards pensava que era tudo a mesma coisa, agora vi que não.”

Com a formação e o seu envolvimento na reflexão e discussão no grupo de trabalho,

o enfermeiro percebe que o SDCE preconizado no projecto de mudança é o processo de enfermagem organizado em que os standards não obrigam os enfermeiros a ter acções todas iguais, que é possível individualizar, justificar e quantificar os actos de enfermagem, o que contribui para maior segurança. Este enfermeiro demonstra preocupação em que o processo de enfermagem seja realizado no seu serviço, pois verbalizou que “*o PE não é feito*”. Os sentimentos que verbalizou quanto à selecção do serviço para implementar o projecto foram de indiferença quando referiu “*nem triste nem contente, agora vamos ver*”, quanto à implementação do projecto no serviço onde trabalha manifestou que tem interesse em o implementar, mas há condições externas a si que deverão estar associadas, pois “*precisamos de mais informação e formação ... nós queremos e vamos fazer, mas tem que ter mais enfermeiros*”.

Os factores que condicionaram a mudança de representação, foram a formação e a reflexão em grupo, que o levou a desejar o projecto no seu serviço. A representação actual é a de um SDCE que produz dados concretos, segurança, consulta fácil organização, quantificação, individualização de cuidados.

Figura 15 - Percepção do enf^o 4
Percepção em mudança pela interiorização



A percepção inicial do enfermeiro 4, está relacionada com a informatização. Podemos verificar que no percurso dos três anos do projecto, o enfermeiro mantém a ideia relacionada às vantagens que a própria informática pode gerar, e verificamos também que a percepção actual recebeu influência do modo como o enfermeiro vê os actuais registos de enfermagem. Para o enfermeiro estes são pouco valorizados, pois verbalizou "*acabamos por valorizar mais o fazer*". Assim segundo este enfermeiro a informatização irá contribuir para: "*redução de tempo, facilidade, organização,*" sendo essa organização "*um fio condutor para os registos*" e também para "*procurar informação e consultar*".

O envolvimento em trabalho de grupo sobre a temática do projecto levou-o "*a tentar imitar, isto é fazer no sentido de traçar o caminho*" e levou-o também a perceber

que o SDCE *"não tira a criatividade."* O enfermeiro reconhece que nos actuais registos de enfermagem *"é preciso falar muito sobre cuidados e sobre registos"*, e o SDCE do projecto leva a *"pensar e a reflectir enfermagem"*. Os seus sentimentos em relação à selecção do serviço foram de *"pinguinho de inveja"* por *"gostar de estar lá"* no serviço seleccionado. Quanto à implementação no serviço, os sentimentos são de interesse em implementar o projecto quando refere *"estamos com vontade"*, mas percepção *"um processo muito longo"*, necessário à mudança que exige reflexão para ser interiorizada.

Figura 16 - Percepção do enfº 8
Percepção em mudança pela formação

PERCEPÇÃO INICIAL
<i>(...) iam fazer uma experiência...</i>

PERCEPÇÃO ACTUAL
<i>(...) tendo os standard é mais fácil...</i>
<i>(...) se vem um enfermeiro novo é mais fácil para ele...</i>
<i>(...) mais precisos, mais concisos, obtêm bons resultados...</i>
<i>(...) contabilizar o nosso trabalho...</i>
<i>(...) com os standards já se sabe o que vai fazer naquele momento...</i>
<i>(...) têm uma grelha e registam mais ao pormenor...</i>

O enfermeiro 8, na sua percepção inicial, viu o projecto de mudança como uma experiência. Ao longo do seu discurso, verificamos que fez uma semana de formação organizada pelo hospital onde trabalha, mas não se envolveu em trabalhos de grupo; os sentimentos que manifestou em relação à selecção do serviço foram de indiferença, pois verbalizou que *"não me importava de fazer parte do grupo"*, mas não demonstrou um estímulo forte por pertencer ou não pertencer ao grupo do projecto. Quando questionado sobre o interesse na implementação do projecto no serviço onde

trabalha, manifestou alguns sentimentos que mostram a sua defesa de auto estima quando refere que *"lá não têm a mesma quantidade de doentes, são doentes diferentes"*, e sentimentos de medo, quando refere *"uma coisa nova sempre assusta ... vai ser um bocado complicado"*. Para que o projecto seja implementado no seu serviço o enfermeiro percebe que não depende dele, mas sim de condições externas, pois segundo ele *"tem que ter mais enfermeiros"* para que possa ser implementado. Podemos verificar no discurso deste enfermeiro que ele não se envolveu em trabalho de reflexão sobre o SDCE do projecto, embora tenha feito uma semana de formação sobre a temática do projecto. Assim a representação actual focaliza-se em aspectos de facilitação para a prática clínica, pois vejamos:

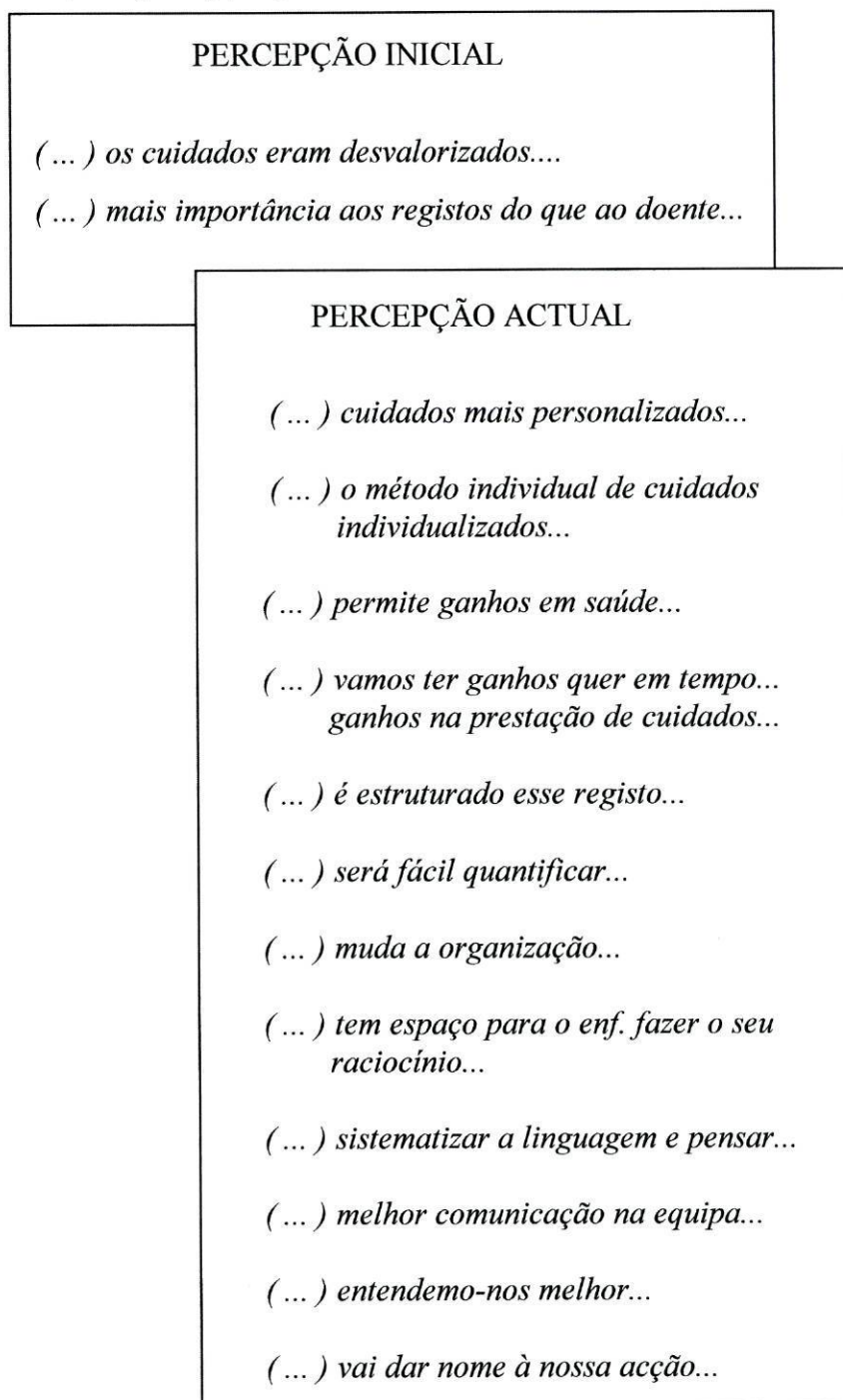
"tendo os standards é mais fácil";

"se vem um enfermeiro novo é mais fácil para ele";

"com os standards já se sabe o que vai fazer naquele momento".

Os elementos que condicionaram a representação, são os sentimentos de indiferença, medo, que levam à fraca aproximação, pois apenas fez a formação que o hospital lhe proporcionou.

Figura 17 - Percepção do enfº 9
Mudança de percepção pelo envolvimento



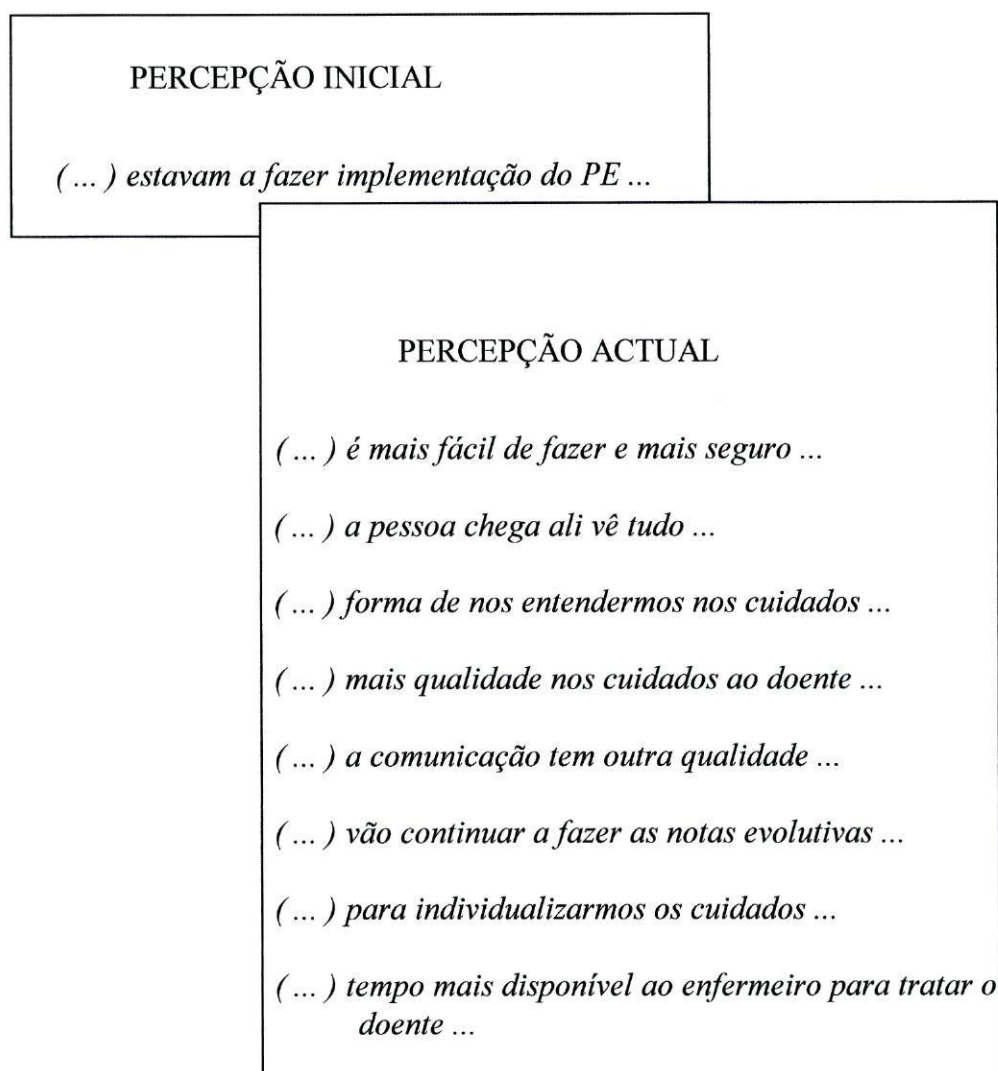
Na percepção inicial do enfermeiro 9, verificamos que este tinha uma ideia negativa sobre o SDCE do projecto. Durante o seu percurso profissional teve "*conversas com os colegas do MH*" e envolveu-se em trabalhos de grupo, "*estamos a trabalhar em grupo sobre a CIPE ... estamos a começar a ver os fenómenos do serviço ... com o envolvimento penso diferente*".

Este envolvimento modificou a sua percepção sobre o SDCE e actualmente é bem

diferente daquela que tinha no início, pois para ele o SDCE do projecto proporciona *"cuidados mais personalizados ... ganhos em tempo ... ganhos na prestação de cuidados ... vai dar nome à nossa acção"*. Este enfermeiro verbalizou que o sistema de registos que vivencia no serviço é um sistema que contribui para a insatisfação profissional, pois segundo ele *"temos pena em não fazer os registos bem feitos, mas há outras solicitações ... nós damos importância, mas o serviço não está organizado a pensar nos registos de enfermagem"*.

Para ele, para que seja implementado o SDCE que o projecto preconiza, necessita de meios informáticos, mas exige também organização do serviço de modo a que o método de organização do trabalho de enfermagem seja *"o método individual de cuidados"*. O principal elemento que condicionou o processo de mudança para a actual representação, foi o envolvimento nos trabalhos de grupo e as conversas com os colegas do projecto.

Figura 18 - Percepção do enf^o 15
Mudança de percepção pelo reforço



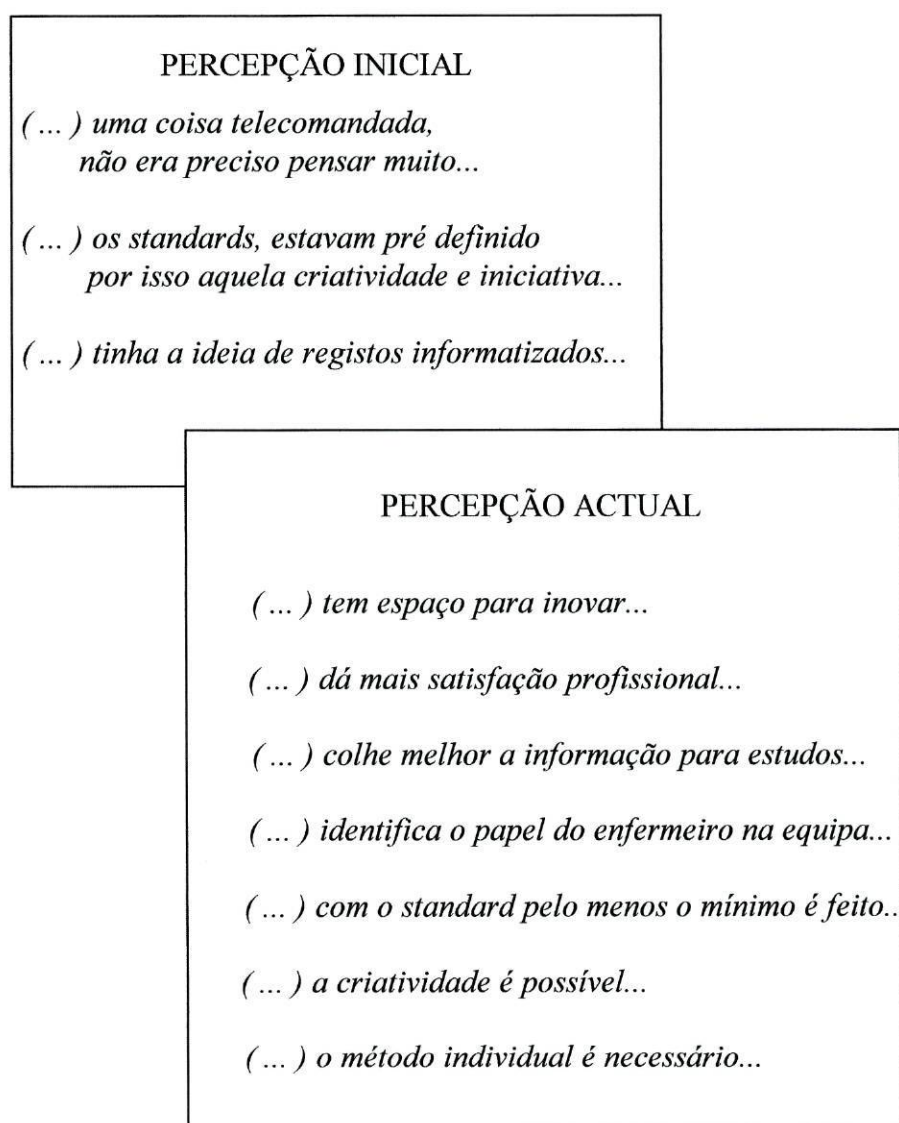
A percepção inicial do enfermeiro 15, está relacionada com o desejo de implementar o PE no serviço, *"era um dos meus objectivos, a personalização dos cuidados"*. Esta preocupação gerou no início alguma frustração por não terem seleccionado o seu serviço, mas o interesse pelos registos envolveu o enfermeiro em trabalho de grupo sobre a temática do projecto, recorrendo mais tarde ao apoio do grupo do projecto, pois verbalizou, *"esta semana temo-nos debruçado muito sobre isso, eu e as minhas colegas ... recorre-se muitas vezes ao serviço MH para nos dar algumas dicas"*.

A percepção actual sobre o SDCE tem relação com a sua percepção inicial pois percebe o SDCE do projecto com as características do PE: individualização dos cuidados, comunicação nos cuidados, existência de notas evolutivas. Percepciona também um sistema de documentação mais fácil, mais seguro e de maior visibilidade e

qualidade. Para este enfermeiro o SDCE representa o processo de enfermagem, e os trabalhos de grupo com reflexão entre colegas, fez focalizar o seu interesse nos aspectos que caracterizam o processo de enfermagem.

Figura 19 - Percepção do enf^o 19

Mudança de percepção pela formação e reflexão em grupo



Uma coisa telecomandada, com standards pré-defenidos que não permitiam a individualização com criatividade nem com iniciativa, percepcionado pelo enfermeiro 19, é hoje algo que serve para: dar satisfação profissional, colher melhor a informação, identificar o papel do enfermeiro com espaço para inovar.

Para o enfermeiro que não se quer envolver para trabalhar com qualidade, este

enfermeiro percepção que os standards ajudam, pois *"com os standards pelo menos o mínimo é feito"*.

O enfermeiro fez alguma *"formação sobre o assunto a nível individual"*, envolveu-se em trabalhos de grupo *"sobre aspectos que vão levar à linguagem da CIPE"*, e refere que já não pensa *"como pensava no início, que ia ser uma coisa telecomandada"*.

As suas reflexões sobre os actuais registos de enfermagem, as tentativas de os alterar, *"tentei implementar o plano de cuidados ainda não consegui... andávamos muito à volta das correntes teóricas"*, e o seu envolvimento em grupo sobre a temática do projecto, foram contributos positivos na mudança de pensamento sobre o SDCE.

Verificamos que a percepção dos enfermeiros referenciados, foi modificada durante o processo em que decorre o projecto de investigação no serviço piloto

A relação dinâmica entre os aspectos internos e externos, que se estabelece no processo de sociabilização, isto é, a forma particular como a pessoa interioriza os elementos socioculturais do meio e se adapta a esse meio, traduz-se pela experiência de vida da pessoa (Nunes, 1995:239).

Os enfermeiros pertencentes à organização hospitalar e actores neste estudo, evidenciam todos eles, uma percepção positiva no sentido de modificar a situação actual dos registos.

Os enfermeiros envolveram-se em trabalhos de grupo de reflexão e auto-formação no sentido de aderir à mudança que o projecto preconiza sobre o SDCE. A socialização e a formação são muito similares, pois em qualquer dos dois casos, o indivíduo será agente, sujeito ou objecto, de acordo com as condições de desenvolvimento do processo.

A grande consequência da interacção psicológica é o aparecimento dos objectivos e dos actos sociais que em situação de trabalho é mais do que uma adaptação momentânea de meios a um fim. Para Neto (1998), há grandes diferenças entre o esforço individual e o social, e isto foi verificado, pois os enfermeiros que se envolveram em trabalho de grupo percebem mais atributos positivos ao SDCE do projecto do que os enfermeiros que não verbalizam estar envolvidos nesses grupos de trabalho.

Segundo Asch (1977), o trabalho de grupo significa ajustar as acções de cada um ao objectivo comum, num "dar-e-receber" que exige sensibilidade para não usar o

trabalho como adição de esforços, mas uma organização dos esforços.

Na relação social, cada indivíduo pode, em certo sentido, agir com referência ao que é presente e passado, próximo e distante. Em grupo tornamo-nos também capazes de projectar os objectivos que não seriam concebíveis ou não teriam sentido sem a acção cooperativa (Neto, 1998).

CONCLUSÕES

Nos capítulos anteriores demos conta do percurso do estudo. Pretendemos aqui e agora fazer algumas reflexões e consolidar o que de mais importante neste estudo se nos afigura, para daí poder tirar os necessários ensinamentos. Partimos duma problemática centrada num processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem e as representações dos enfermeiros face a essa mudança na instituição onde trabalham, procurando evidenciar condições de acessibilidade e adesão na comunicação na produção das representações.

A partir das nossas preocupações iniciais resultantes das práticas profissionais, perscrutámos na bibliografia os fundamentos e esclarecimentos que nos permitiram precisar e aprofundar a problemática da documentação dos cuidados de enfermagem no hospital. Através da pesquisa ficou desde logo claro, que não é por lacunas na produção legislativa nem da formação académica que a documentação dos cuidados de enfermagem é deficiente. Confrontamo-nos sim com um problema de prática no contexto hospitalar, o que também foi comprovado neste estudo.

Atendendo ao carácter exploratório e descritivo deste trabalho e às características dos dados obtidos, numa metodologia qualitativa, podemos considerar que os resultados evidenciados pela análise efectuada, constituem por si só ponto de partida para uma reflexão com diversas e múltiplas interpretações. A nossa consciência individual e social como seres pensantes, social e culturalmente, é marcada fortemente pelas vivências espaciais e temporais estabelecidas na convivência humana, a partir da sua própria organização do trabalho e do seu processo de socialização.

O hospital tem a sua socialização organizacional, que na opinião de Schein (1968), é um processo de endoutrinamento e formação, no qual se aprende o que é importante numa organização. A capacidade de pensar, criar, sentir, lembrar, amar, trabalhar sobreviver, memorizar e buscar, pode depender em grande parte dessa aprendizagem. Para que haja uma representação social, no parecer de Morales (1994), tem de haver elaboração, objecto social e comunidade. As representações sociais enquanto processo social só podem aparecer em grupo e sociedade, quando há discurso social que inclui a comunicação; comunicação que implica pontos de vista comuns e divergentes sobre diversas questões. Esta experiência e conhecimento contraditório, permite um tipo de discurso colectivo que cria um conhecimento ordinário e sentido

comum. Criamos e elaboramos os objectos sociais através da informação, nos processos de conversação e nos meios de comunicação social.

No estudo pudemos comprovar que o acesso à informação sobre o processo de mudança do SCDE, decorreu durante algum tempo através da conversação entre enfermeiros que trabalham no hospital, informação informal que favoreceu a transmissão indirecta dos saberes e por conseguinte algumas distorções.

Nesta dispersão da informação, alguns enfermeiros focalizaram interesses em determinados aspectos do SDCE, o que os levou a desenvolver processos de formação e auto-formação sobre a temática do SDCE preconizado no projecto.

A auto formação na opinião de Pineau (1996), fortifica-se, utilizando as forças que dependem de si, ou seja, a dinâmica reflexiva da força do EU. O EU tem a característica única de ser o sujeito e o objecto da sua experiência; sendo uma estrutura cognitiva, pode determinar transformações no funcionamento intelectual e na produção de novas necessidades em saber. Em termos psicológicos relaciona-se com o auto desenvolvimento e no processo de formação «é a dinâmica reflexiva da acção sobre si e sobre os elementos físicos e sociais que o determinam» (Costa, 1998).

Quando houve formação formal, os enfermeiros não souberam precisar. Esta parece ter coincido com o plano de actividades elaborado pelo enfermeiro director dos serviços de enfermagem, (cerca de um ano e meio depois do inicio do processo de mudança no serviço piloto), em que um dos objectivos desse plano era implementar a linguagem da CIPE nos registos de enfermagem nos serviços de internamento.

O entusiasmo dos enfermeiros que desenvolvem o projecto, verificado pelos enfermeiros deste estudo, levou estes a desenvolverem acções de maior procura de saber. Neste fenómeno de pressão à inferência a adesão dos entrevistados à temática do projecto de mudança do SDCE gerou mecanismos de reacção que os levou a procurar informação no grupo do projecto, grupo este que os enfermeiros reconhecem com conhecimentos adequados, e que vão tentando imitar para implementarem o projecto de mudança do SDCE com adaptação às características de cada serviço. Isto comprova a opinião de Rocha (1998:117), quando refere que imitar é uma espécie de passagem contínua que vai da imitação à criação, «essa gradação é concebível se os homens e as obras imitadas são aceites».

Na opinião de M. Ravel (cf Rocha 1988), não se deve ter medo de imitar, pois a

individualidade pessoal forçosamente cria novo. Seguindo o pensamento do autor consideramos que a imitação é um meio que a pessoa necessita para inovar. Comprovámos assim que os espaços formativos informais, quando bem geridos e quando articulados com formação contínua instituída, adquirem maior poder de reflexão pessoal, o que na opinião de Pires (1994), o adulto confronta o saber constituído que lhe é transmitido com o que ele viveu e vive.

O indivíduo está constantemente em relação com o universo, e nunca está nele numa forma neutra, pois há sempre algo que o atrai, anima, gerando imensas atitudes relacionadas com a sua história de vida. A atracção pela mudança do SDCE do projecto, gerou nos entrevistados alguns sentimentos que evidenciaram maior positividade quando relacionados com a escolha do serviço, do que relacionados com a implementação no serviço onde os enfermeiros trabalham.

Relativamente à escolha do serviço os sentimentos foram positivos e aqueles que parecem menos positivos foram remodelados no decurso do tempo e tornaram-se produtivos pelas experiências de auto-formação e reflexão.

Para Dewey (cf Rocha, 1988:107), o interesse «reside numa relação muito estreita com a vida emocional, por um lado, e acha-se ligado à vida intelectual, pelas suas relações, ou até pela sua identidade, com a atenção», o que leva o autor a considerar que o interesse é uma realidade complexa. O interesse tem um valor de acção pelo facto de corresponder a uma necessidade, é aquilo que nos importa em determinado momento. Os entrevistados expressaram interesse em aderir ao projecto de mudança, «mas a mudança não é uma vocação é uma tarefa; apesar de exigir muita fé para que aconteça, a mudança é um trabalho a ser realizado e não uma religião ou credo» (Chiavenato, 1999:153). Para o mesmo autor, quando se pretende a mudança, há que esquecer o equilíbrio, e a ambiguidade torna-se uma constante.

Como a mudança se faz com as pessoas, com cada pessoa individualmente, na fase de *unfreezing* no processo de mudança há uma tentativa de equilíbrio psicológico para proteger a estima pessoal, e isso foi verificado em alguns enfermeiros deste estudo. Como a mudança destrói o equilíbrio ou a harmonia pessoal ou do grupo deve-se sempre esperar resistência por parte dos enfermeiros, resistência que está relacionada com a história de vida de cada enfermeiro e com a experiência de mudança da instituição.

Alguns enfermeiros consideram que a adopção do SDCE no serviço onde trabalham

depende da sua força interior, provém do interior do indivíduo. Segundo Marquis (1999), a força interior é a motivação intrínseca que está relacionada com a aspiração pessoal. Para o autor, estes enfermeiros acreditam que um melhor desempenho conduzirá a resultados coerentes com o seu sistema de valores e que um maior esforço levará a um melhor desempenho.

A teoria da expectância proposta por Vroom (cf Chiavenato, 1999), argumenta que a tendência para agir de uma certa maneira depende da força da expectativa de que a acção possa ser seguida por algum resultado e da atractividade desse resultado para o indivíduo. «A lógica da teoria é: as pessoas querem aquilo que elas podem e quando elas o querem» (Chiavenato, 1999:607).

Outros enfermeiros porém, consideram que são necessárias condições exteriores à sua vontade para adoptarem o SDCE preconizado no projecto. Embora a totalidade dos enfermeiros esteja de certa forma intrinsecamente motivada, seria irreal presumir que todos os enfermeiros possuem níveis adequados de motivação intrínseca para implementar o SDCE do projecto.

As condições exteriores a si, que os enfermeiros valorizam são relacionadas com a existência de recursos humanos, considerando ser necessário haver mais enfermeiros para que a adopção do SDCE se possa efectuar no serviço. Deste modo comprovámos que num processo de mudança a auto estima dos intervenientes tem que ser respeitada, pois a mudança só ocorrerá quando houver forças de apoio e suporte e quando se reduzirem as forças de resistência: «na realidade ambas devem ser influenciadas» Chiavenato (1999:15).

Segundo Benavente (1992), as resistências interiores têm os seus próprios tempos e que, se visamos mudanças duráveis e não pontuais e aparentes, estas terão lugar mais por ultrapassagem das referidas resistências, do que por pressões exteriores. Para a mesma autora, a resistência é a necessidade que cada um tem em descobrir os seus próprios tempos, os seus próprios ritmos, na sua relação com o mundo. Importa ajudar a mudança a ser aceite e conseqüentemente integrada às novas práticas.

Para Chiavenato (1999:113), um aspecto fundamental no ambiente de trabalho contemporâneo, é o impacto da alta tecnologia, que actua como força dominante. «Com os computadores e com tecnologia de ponta, o trabalho jamais será o mesmo». Alguns enfermeiros deste estudo valorizam a adopção do SDCE do projecto, mas pretendem que a metodologia de implementação seja feita com a introdução dos

computadores no serviço. Esta metodologia é também defendida por Grobe (cf McCloskey, 1994), que acredita que os computadores devem ser usados como forma de uniformizar a linguagem em enfermagem, em vez de esperar que os enfermeiros aprendam e usem uma terminologia comum. Outros enfermeiros porém, embora acreditem que deve haver computadores para que a linguagem de enfermagem se torne comum entre eles, reconhecem que se deve iniciar a metodologia de implementação da linguagem da CIPE, com o método tradicional em suporte de papel, como forma de aprendizagem. Esta foi a metodologia seguida no projecto piloto e que McCloskey defende, pois considera que as representações do conhecimento de enfermagem devem ser frontais e visíveis, isto é, a transmissão em parte, do modo como pensamos e comunicamos uns com os outros. A mesma autora considera que as decisões para entrar na informática devem ser tomadas pelos enfermeiros com conhecimento para não aceitarem decisões que o computador decide. A melhor imagem que o computador pode dar sobre o SDCE é a do conhecimento que nele foi introduzido, pois como refere Hansebo (1999), o avanço da tecnologia nem sempre exige maior qualificação da mão-de-obra, e o mesmo autor acrescenta ainda que qualquer pessoa mediana, com uma escolaridade mínima e alguma experiência é capaz de aprender a tocar as teclas de um computador. O que os enfermeiros necessitam é de desenvolver sistemas de documentação de cuidados de enfermagem onde os cuidados e consequências dos mesmos possam, através de uma linguagem comum, entrar no sistema informático de forma a fornecer dados sobre os cuidados de enfermagem (Hansebo, 1999).

A linguagem comum, preconizada no SDCE do projecto, está a ser conhecida actualmente no nosso país, e os enfermeiros deste estudo, reconhecem ser necessário haver no processo de implementação alguém que oriente, que saiba e que influencie à mudança. A influência na opinião de Marquis (1999), é uma transacção interpessoal, em que uma pessoa age no sentido de modificar ou provocar o comportamento de uma outra pessoa, de maneira intencional. Assim, neste processo há alguém que influencia, "o líder" e aqueles que são influenciados, "os liderados." A capacidade de influenciar, persuadir e motivar os liderados está muito ligada ao poder que se percebe no líder.

Segundo Chiavenato (1999), existem cinco tipos de poder diferentes que um líder pode possuir: poder coercivo, poder de recompensa, poder legitimado, poder de

competência, poder de referência. Para o mesmo autor a verdadeira liderança decorre geralmente do poder da competência e do poder da referência do líder. Quando a liderança funciona na base do poder de coerção, poder de recompensa ou poder legitimado, baseia-se exclusivamente no poder que o líder detém na organização ou no grupo.

No contexto deste estudo, os enfermeiros mostraram interesse em aderir ao SDCE do projecto e pretendem ser liderados por pessoas cujo poder esteja baseado no conhecimento, ou seja, uma pessoa com competência nessa área. Reconhecem este poder ao grupo de implementação do projecto, tanto no coordenador do projecto como nos restantes membros do grupo. Este grupo, é considerado pelos entrevistados como pessoas que possuem conhecimentos que excedem os seus próprios conhecimentos, mas não excluem os investimentos pessoais de auto-formação sobre a temática do SDCE. A liderança que os enfermeiros reconhecem como importante na implementação do SDCE é uma ajuda para a reflexão, ajudá-los a pensar como caminho aberto para a compreensão, o que confere o parecer de Freire (1975), é a dimensão social do conhecimento de uns e a necessidade de outros, que na sua construção, gera desenvolvimento pessoal. Os conhecimentos detidos pelos enfermeiros do grupo do projecto tornam-se estratégicos e são terreno de construção na mudança.

Os enfermeiros querem adoptar o SDCE pois reconhecem que a situação actual não lhes dá satisfação profissional, não se sentem reconhecidos pelo tipo de registos que actualmente realizam na organização do serviço. Os registos que executam, são vistos como rotinas que transmitem pouco, ou nada sobre os cuidados de enfermagem que são prestados aos doentes. Verbalizam que os registos são mais uma forma de dar resposta à organização do serviço, essencialmente para dar resposta a prescrições médicas, do que dos cuidados de enfermagem.

A comunicação sobre os problemas dos doentes e/ou sobre os resultados obtidos no processo de evolução dos doentes, é feita oralmente, tanto à equipa médica como à equipa de enfermagem. Os registos actuais parecem ser fruto duma organização mais centrada no método funcional que noutro método de trabalho. Os enfermeiros têm que dar resposta rápida às solicitações da organização do serviço, onde a organização médica estabelece normas de funcionamento.

Neste contexto da organização do serviço, há enfermeiros que assumem posição de

conformismo, enquanto outros sentem insatisfação por não poderem registar adequadamente os cuidados que prestam aos doentes.

As vantagens que os enfermeiros percebem sobre o SDCE expressas nos seus discursos, trazem consigo a esperança de ver as suas competências traduzidas neste sistema de informação escrito sobre os cuidados de enfermagem. A satisfação profissional é percebida pela individualização dos cuidados com criatividade, eficácia e produção de conhecimentos em enfermagem.

É curioso verificar que quando os enfermeiros falaram dos actuais registos de enfermagem, a preocupação pela tradução escrita da continuidade de cuidados não foi evidenciada, e quando falaram do SDCE preconizado no projecto, percebem que este vai contribuir para a continuidade de cuidados, para a qualidade dos mesmos e que é possível decidir cuidados de enfermagem em função do doente.

Os padrões de documentação de cuidados elaborados pelos grupos de enfermeiros do serviço, em que já houve reflexão sobre eles, e deixando espaço livre para acrescentar ou justificar cuidados individualizados, é um aspecto positivo que os enfermeiros reconhecem no SDCE preconizado no projecto. Este aspecto positivo é também defendido por McCloskey (1994), o qual considera que desenvolver planos de cuidados nucleares, ou seja planos de cuidados para os princípios relativos aos cuidados de enfermagem, pode ser uma actividade de desenvolvimento das competências do enfermeiro uma vez que toda a equipa que presta cuidados de enfermagem se pode envolver, bem como doentes e familiares.

A reflexão sobre o estabelecimento de critérios que demonstram que os padrões de documentação foram alcançados, mostra semelhança com o estabelecimento de objectivos. Construir planos a partir de princípios relativos aos cuidados, assenta na experiência e perícia de toda a equipa de enfermagem e como tal pode-se esperar que produza um plano mais forte do que qualquer um feito por um só indivíduo.

A linguagem comum que o SDCE preconiza é tido pelos entrevistados como uma forma de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem na organização. McCloskey (1994), diz-nos que os enfermeiros podem agora dizer, e mesmo mostrar aos outros, aquilo que os enfermeiros fazem. Para a autora, quando os enfermeiros são capazes de falar uma linguagem comum, a comunicação entre médicos, administradores de cuidados de saúde e legisladores de saúde, torna-se eficaz, com participação nos problemas de saúde. Na opinião de Affara (1995), uma classificação dos fenómenos,

intervenções e resultados de enfermagem, auxilia os esforços dos profissionais de modo a descrever a sua singularidade, bem como as suas semelhanças com outros profissionais.

Os enfermeiros percebem que a organização dos registos com a linguagem comum, cria bases de dados derivados de dados de doentes, contendo elementos de enfermagem, o que tornará possível novos tipos de pesquisa em enfermagem. Será possível observar as ligações entre o fenómeno de enfermagem, as consequências desejadas e mesmo entre as intervenções de enfermagem, e os diagnósticos e as intervenções de outros profissionais.

Os enfermeiros percebem que no SDCE com linguagem comum é possível identificar contributos dos enfermeiros nos ganhos em saúde. Quando os enfermeiros usam sistematicamente uma linguagem comum para documentar os diagnósticos de enfermagem, os tratamentos que executam e as consequências resultantes nos doentes que cuidam, serão capazes de determinar quais as intervenções mais adequadas para uma determinada população (Affara, 1995).

Há a percepção que a comunicação entre colegas do serviço se tornará mais fácil e poderá ser partilhada internacionalmente.

Em síntese diríamos que o acesso à informação, sentimentos envolventes de maior ou menor aproximação face ao SDCE do projecto, ligações afectivas mais ou menos fortes com os actuais registos de enfermagem impregnados na história de vida de cada enfermeiro, leva-nos a acreditar na quantidade da subjectividade que pode conter cada discurso, mas as reflexões sobre o seu conteúdo semântico ajudaram a melhor compreender o fenómeno que nos propusemos estudar.

A percepção inicial concebida através da informação informal, foi que o SDCE do projecto não permitia a criatividade, nem a singularidade de cada doente e o tempo do enfermeiro para trabalhar passaria a ser ocupado com o computador.

Os enfermeiros geriram essa informação, que foi activada com a formação, auto-formação, plano de actividades do enfermeiro director, e reflexão liderada pelos enfermeiros do projecto, que motivou para sentimentos produtivos e modificação da percepção inicial. Nestas condições de acessibilidade e adesão ao processo de mudança, os enfermeiros percebem agora que o SDCE preconizado no projecto contribui para que o enfermeiro tenha criatividade nos actos de enfermagem, tenha poder de decisão nesses actos, de forma a tornar a acção de enfermagem com mais

qualidade, com possibilidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro através de um sistema de documentação com a integração dos seus actos na produtividade do hospital visível nos computadores, onde a investigação se torna mais fácil tanto a nível nacional como internacional.

Sabemos que o tempo corta e alarga muitos sonhos, e como refere Cabrera (1999), o passado não garante o presente e muito menos o futuro. Sabemos também que convivemos com um clima organizacional nem sempre facilitador, que leva a enfrentar problemas onde a civilidade e o respeito são necessários para que as pessoas diferentes possam trabalhar juntas. Mas sabemos ainda que o sonho pode ser alimentado e concretizado, assim nós enfermeiros saibamos aproveitar os desafios do tempo, pois «passar em tão pouco tempo de formas de comunicação oral à informática, sem uma aprendizagem escrita é um verdadeiro desafio para a enfermagem» (Collière, 1999:156).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. (1994) - Pratique sociales représentations, Presses Universitaires de France, Paris.

ADAIR, J. (1992) - A eficácia na tomada de decisão, Publicações Europa América, Sintra.

AFFARA, F. (1995) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, comunicação apresentada no primeiro encontro Internacional de Enfermagem de Países de língua oficial portuguesa, Baia, Brasil.

ALENCAR, E. (1986) - Psicologia de criatividade, Editora Artes Médicas Sul, Lda, Porto Alegre.

ALFARO, L. R. (1996) - Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático, Artes Médicas, Porto Alegre.

ALVES, J. (1991) - Educação e loucura, ed. do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

AMARAL, D. (1987) - Registos, in Servir, n.º 35, Março/Abril, pg 107-108, Lisboa.

AMENDOEIRA, J. (1998) - O estatuto dos cuidados de enfermagem, in Pensar Enfermagem, ESEMFR vol. 2, nº2, pg. 18-22, Lisboa.

ANJOS, L. (1998) - Pensar Enfermagem, ESEFR, vol 1, nº 2, pg 8-10, Lisboa.

BARBIER J. M (1996) - De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation, in dossier formation et dynamiques identitaire des cahier de Education Permanent, nº 128, Paris.

BARDIN, L. (1995) - Análise de Conteúdo, Edições 70, Lisboa.

BASTO, M. (1993) - Valores Profissionais: opções a fazer, in Enfermagem em foco, nº 10, pg 42–47, Lisboa.

BASTO, M. (1998) - A imagem externa dos enfermeiros: Representação social dos enfermeiros, in Enfermagem nº 12, pg 24–28, Lisboa.

BENAVENTE, A. (1992) - Escola, professores e processos de mudança, Livros Horizonte, Lisboa.

BENNER, P. (1987) - Práctica progresiva en Enfermería, Ediciones Grijalbo S.A, Lisboa.

BLANCHARD, A et al (1985) - L'Entretien dans les Sciences Sociales, Dunod, Paris.

BOGDAN, R. (1994) - Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos, Porto Editora, Porto.

BOQUÉ,J. (1990) - Funcion del hospital en la superacion de la crises de la medicine, Revista Rol de Enfermeria, nº145, pg13-15, Madrid.

BRUGES, M. et al (1994) - cuidar bem, sem registar? In: Servir, vol 42, nº3, pg 140-144, Lisboa.

BRUNER, J. (1983) - Le Developpement de l'enfant: savoir faire, savoir dire, PUF, Paris

CABRAL, I. (1998) - O objecto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na Enfermagem, Editora Guanabara, Koogan S.A, Rio de Janeiro.

CABRERA, J.(1999) - O trabalho da memória como condição do futuro in Dirigir, Julho-Agosto, pg 9-11, Lisboa.

CANÁRIO, R (1997) - Formação e Mudança no Campo da Saúde. in Canário, R. (

Org.), Formação e Situações de Trabalho, Porto Editora, Porto.

CARAPINHEIRO, G. (1993) - Saberes e Poderes no Hospital, uma Sociologia dos serviços hospitalares, Edições Afrontamento, Porto.

CARPENITO, L. J. (1995) - Diagnóstico de Enfermeria, 5ª Ed, Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

CARNEIRO, M. (1998) - Signo de Lucina-Contextos de institucionalização e formação das parteiras, Dissertação de Mestrado (não publicado) FPCE, Universidade do Porto, Porto.

CASTRO, L. (1994) - Mudança e atitudes empresariais, in *Dirigir*, nº34, pg 3-6, Lisboa.

CATARINO, H., et al (1993) - Enfermagem profissão autónoma, *Revista Rol*, vol 42, nº2, pg 18-21, Madrid..

CHAIZE, J. (1992) - La parte de changement s'ouvre de l'intérieur - Les trois mutations de entreprise, Calman - Levyaris, Paris.

CHIAVENATO, I. (1999) - Administração nos novos tempos: os novos horizontes em administração, Makron Books, São Paulo.

CHIAVENATO, I. (1987) - Administração de empresas: uma abordagem contingencial, Makron Books, São Paulo.

CLAPIER, V. (1980) - L'enquete psycho sociale et son analyse de contenu, in *Psychologie Française*, Tome 25, Paris.

COLLIÈRE, M. F. (1999) - Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa.

COSTA, D. (1994) - Registos em Enfermagem, Revista de Enfermagem Oncológica, Divulgação, Ano VIII, nº 31, pg 13-16, Porto.

COSTA, M. A. M. (1998) - Enfermeiros – dos percursos de formação à produção de cuidados, Fim de Século, Lisboa.

DAMÁSIO, A. (1995) - O erro de Descartes - Emoção, Razão e Cérebro, Publicações Europa América, Sintra.

DOENGENS, M. E.(1992) - Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem, Lusodidacta, Porto Alegre.

DOENGENS, M. E. (1998) - Diagnóstico e intervenção em enfermagem, Artmed, Porto Alegre.

DOENGENS, M. E.(1992) - Guia de Bolsillo de diagnósticos y actuaciones de enfermería, Doyma, Barcelona.

DU GAS, B. (1984) - Enfermagem Prática, 4ª Ed, Guanabara ,Rio de Janeiro.

ELAINE, L. (1994) - Direccion y Administracion en enfermeria, un enfoque práctico, Doyma Libros, Barcelona.

FAZENDA, M. (1993) - Cuidar Personalizado: o futuro de Enfermagem em Portugal, Nursing, nº 64, pg 13-14, Lisboa.

FERNANDES, J. V. (1998) - Relevância universal da obra de Paulo Freire, Inovação, vol 11, nº 3, pg 9-31, Lisboa.

FERREIRA, J. M. et al (1996) - Psicossociologia das Organizações, McGRAW-HILL, São Paulo.

FERREIRA, J. (1923) - A fronteira do espanto, in Dirigir, nº51, pg 34-36, Lisboa.

FILIPE, E. T. (1993) - A enfermagem portuguesa, passado, presente e futuro, I parte in Nursing, nº69, pg 7-13 , Lisboa.

FORMOSINHO, J. (1983) - Currículo e Cultura Escolar, in Noções de Sociologia da Educação, Universidade do Minho, Braga.

FORTIN, M. et al (1988) - Introduction à la recherche Auto-Apprentissage Assisté pour Ordinateur - Decarré, Montréal, France, Paris.

FREIRE, P.(1975) -Pedagogy of the Oppressed, Harmondsworth Penguin.

GALHANAS, C. (1997) - Da qualificação à produção de competências em Enfermagem, in Pensar Enfermagem, ESEMFR, vol 1, nº 0, pg 5-9,Lisboa.

GANDARA, M. (1994) - Cuidar em enfermagem, uma novidade? – Foco, SEP, Ano IV, pg 16, Agosto/Outubro, 94,Lisboa.

GAUTHIER, J. (1998) - Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

GEORGE, J. e Colaboradores (1993) - Teoria de Enfermagem, Os fundamentos para a prática profissional, Atlas Médicos, Porto Alegre.

GIGLIONE; R e MATALON, P. (1992) - O Inquérito Teoria e Prática, Celta Editora L^a, Oeiras.

GIL, A. C. (1991) - Como elaborar projectos de pesquisa, Editora Atlas, São Paulo.

GOETZ, J.; et al. (1988) - Etnografia e diseño cualitativo en investigation educativa, Ed Morata, Madrid.

GOMES B. (1999) - Enfermagem de Reabilitação, das Práticas às Competências, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem (não publicado) ICBAS, Porto.

GOMES, S. (1990) - Percepção do desempenho e satisfação profissional dos enfermeiros, in *Pensar enfermagem*, vol 3, nº 1, pg 8-10, Lisboa.

GOOSEN, W. (1999) - *Nursing Information Systems*, palestra apresentada em Jornadas de enfermagem, Porto.

GRANDE, N. (2000) - *A Ética e a Pedagogia*, conferência apresentada nas Jornadas de Investigação em Enfermagem, Porto.

HANSEBO, G. et al (1999) - Review of nursing documentation in nursing home wards - changes after intervention for individualized care, in *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, nº 1, July 1462-1473, Oxford.

HENDERSON, B. (1993) - *Diagnóstico de Enfermagem teoria e prática*, Revista *Servir*, vol nº 41, nº2, pg 12-15, Lisboa.

HILGARD, E. et al (1979) - *Introdução à psicologia*, Editora Nacional, S. Paulo.

HONORÉ, B. (1992) - *L'Hôpital e son project d'entreprise*, Ed Privar, Toulouse.

HUBERMAN, A. MILLES M. (1991) - *Analyse descant données qualitative*, De Boeck-wesmael, S A, Bruxelas.

IYER, P. et al (1993) - *Processo de diagnóstico em enfermagem*, Artes Médicas, Porto Alegre.

JARROSON, B. (1994) - *Convite a uma filosofia de management*, Instituto Piaget, Lisboa.

JODELET, Denise (1989) - *Les Représentations Sociales*, Presses Universitaires de France, Paris.

JOSSO, C. (1988) - *Da formação do sujeito ao sujeito da formação*, MS, DRHS,

CFAP, Lisboa.

KEROUAC, S. et al (1994) - La pensée Infirmière, Editions Études Vivantes, Quebec.

KOZIER, B. (1989) - Enfermeria Fundamental, conceptos, procesos y prácticas, 2ª Ed, Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

KRON, T. (1994) - Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente, 6ª Ed, Interlivros, Rio de Janeiro.

LE BOTERF, G. et al. (1995) - Comment investir en formation, Ed D'Organization, Paris.

LEININGER, M. (1991) - Culture care diversity & universality: a theory of nursing, National League for nursing, New York.

LINCOLN, I. (1992) - Sympathetic Connection Between Qualitative Methods and Health Research, vol 2, nº 4.

MADUREIRA, M. (1990) - Introdução à gestão, Publicações D. Quixote, Instituto Superior de Gestão, Lisboa.

MAHONEY, M. J. (1998) - Processos humanos de mudança, Art Med Metropole Porto Alegre.

MARCONI, e LAKATOS (1982) - Técnicas de Pesquisa, Editora Atlas, São Paulo.

MARQUES, M. (1997) - Relações criativas com o trabalho, in Dirigir nº 49, Maio/Junho, pg 48-53, Lisboa.

MARQUIS, B. (1999) - Administração e liderança em enfermagem, teoria e aplicação, Editora Artes Médicas Sul Lda, São Paulo.

MARRINER, A.(1996) - Administracion Liderazgo en enfermeria, 5ª ed, Madrid.

MARRINER, A. (1993) - Manual para Administracion de Enfermeria, 4ª edição Interamericana, McGraw Hill, Madrid.

MATOS, Elisa (1998) - Documentação de Cuidados de Enfermagem, Estudo desta Realidade numa unidade coronária, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, (não publicado), ICBAS, Porto.

McCLOSKEY, J. C. (1994) - Estandarizing of the language for nursing treatements, Overview of the Issues Nursing Outlook, vol 42, nº2,

MEDINA, J. L. (1998) - A Pedagogia del cuidado: Saberes e Prácticas en la Formation Universitária en enfermaría, Editorial Laertes, Barcelona.

MEGRE, P. (1998) - Novas competências numa perspectiva de desenvolvimento profissional in Pensar Enfermagem, ESEMFR, vol. 2, nº 2, pg. 9-15, Lisboa.

MENDES, J. M. (1996) - Ser enfermeiro, contributos para o estudo de uma representação social, in Revista Portuguesa de Enfermagem, IFE ,Ano 1, nº 2, Lisboa.

MESTRINHO, M. (1997) - Teoria e Prática uma relação possível, Revista Sinais Vitais, nº 11, Março, pg 9-11, Coimbra.

MICHEL, S. (1993) - Sens, et contresens des bilans de competences, Éditions Liaisons, Paris.

MITCHELL, E. (1986) - Multiple Triangulation: a methodology for nursing science, Vol. 8, nº 3, Paris.

MOLINA, C. (2000) - Las necesidades del cuidado de enfermeria; critérios para definir requerimentos de personal de enfermeria, in Enfermeria, vol.XVIII, nº 1, Marzo, pg 49-68, Madrid.

MONTENSEN, R. (1999) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, IGIF, Lisboa.

MOORE, S. (1988) - Investigating Deviance/step, Unwin Hyman, London.

MORALES J. (1994) - Psicologia Social, McGraw-Hill, Madrid.

MOSCOVICI S. (1984) - Psychologie social, Presses Universitaires de France, Paris.

MOURA, R. (1994) - Formação e novas competências, núcleo estratégico na empresa do sec. XXI, in *Dirigir*, nº 34, pg 14-19, Lisboa.

MUCCHIELLI, A. (1991) - Les Methodes Qualitatives, PUF, Paris.

NETO, F. (1998) - Psicologia social, Universidade aberta, vol 1, Lisboa.

NÓVOA, A. (1988) - A formação tem de passar por aqui: as Histórias de Vida no Projecto Prosalus. O Método (Auto) Biográfico e a formação, DRHS, Lisboa.

NUNES, L. (1995) - As dimensões formativas dos contextos de trabalho in *Inovação* vol 8, nº3, pg 233-249, Lisboa.

OLIVEIRA, et al. (1991) - Formação contínua, desenvolvimento pessoal e mudanças na escola, SPCE, Porto.

PARETO, V. (1991) - *Traité de sociologie General*, Presses Universitaire de France, Paris.

PEDRO, J. M. (1999) - A gestão de Informação e a Comunicação nas Organizações, in *Dirigir*, Setembro/Outubro, pg 42-44, Lisboa.

PEREIRA, I. F. (1992) - Reflexão sobre a Importância da Comunicação Escrita em Enfermagem, in *Servir*, vol 40 n.º5, Setembro/Outubro, pg 257-262, Lisboa.

PINEAU, G. (1986) - Temps et contre temps en formation permanente, Maurecourt, Mésonnance.

PIRES, A. L. O (1994) - As Novas Competências Profissionais, Formar, nº 10, Fev./Abril, Lisboa.

PIRES, A. L. (1996) - Os balanços de competências, Formar, nº 21, Dezembro, Lisboa.

POLIT, D. F; HUNGER, B. (1995) - Investigación científica em ciencias de la salud, 2ªed, Interamericana, México.

PORTUGAL (1967) - Carreira de Enfermagem, Dec-Lei nº 48166 de 27 de Dezembro, Lisboa.

PORTUGAL (1981) - Carreira de Enfermagem, Dec-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro, Lisboa.

PORTUGAL (1991) - Carreira de Enfermagem, Dec-Lei nº 437 de 8 de Novembro, Lisboa.

PORTUGAL (1996) - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Dec-Lei nº 161 de 4 de Setembro, Lisboa.

PORTUGAL (1998) - Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, Dec-Lei nº 104 de 21 de Abril, Lisboa.

PORTUGAL (1998) - O Hospital Português, Ministério da Saúde, Lisboa.

POTTER, P. A. (1990) - Fundamentos de enfermagem Teoria y práctica, Mosby/Doyma Libros, Barcelona.

QUIVY, R. e al. (1992) - Manual de Investigação em ciências sociais, Gradiva

Publicações Lda, Lisboa.

RAMOS, J. (1999) - A integração do computador na escola e no currículo, problemas e perspectivas, Inovação, vol. 12, nº 2, pg 45-49, Lisboa.

RIBEIRO, L. (1995) - Cuidar e tratar, Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral, SEP, Lisboa.

RIBEIRO, L. et al (1996) - o texto e o contexto nas tendências de enfermagem in Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol 14, nº 4, pg 25-37, Lisboa.

RICOEUR, P. (1998) - Da metafísica à moral, conferência apresentada nas Jornadas de Enfermagem sobre Ética Profissional, Porto.

RIOPELLE, L. (1990) - Conferência: A informatização do Processo de Enfermagem, Jornadas da Associação dos Enfermeiros Especialistas de médico-cirúrgica, Coimbra.

ROCHA, F. (1988) - Correntes pedagógicas contemporâneas, Editora Estante, Aveiro.

ROCHA, J. (1989) - Estrutura do Hospital – tendências, comunicação apresentada nas VIII Jornadas de Administração Hospitalar, Lisboa.

RODEIA, J. (1993) - Registos de Enfermagem, in Servir, vol 41, n.º2, Março/Abril, pg 24-27, Lisboa.

ROGERS, C. (1970) - Tornar-se Pessoa, Moraes Editores, Lisboa.

ROKEACH, M. (1991) - Crenças atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança, Interciência, Rio de Janeiro.

ROPER, N. e al (1995) - Modelo de Enfermagem, McGraw-Hill de Portugal Lda, Lisboa.

ROSA, L. (1992) - Sociologia de Empresa, mudança e conflito, Editorial Presença, Lisboa.

SALGUEIRO, A. J. M. (1994) - A enfermagem amanhã, in Nursing, Lisboa.

SAMPAIO, F. et al (1993) - Os valores humanos na gestão: sua influência na arte e ciência de cuidar, in Servir, nº 3, pg 119-121, Lisboa.

SANTANA, I. (1993) - A influência da escola moderna em percursos de formação, Inovação, vol. 6, nº 1, pg 42-47, Lisboa.

SCHEIN, E. H. (1982) - Psicologia Organizacional, Editora Prentice Hall Lda, Rio de Janeiro.

SILVA, A. (1995) - Registos de Enfermagem, da tradição scripto ao discurso informo, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, (não publicado), ICBAS, Porto.

SILVA, A. (1999) - A mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem, conferência apresentada no simposium Inovação para a Saúde, Porto.

SILVA, A. (1999) - Os Serviços de Saúde e as Novas Tecnologias, conferência integrada no Seminário - Os Serviços de Saúde ao Serviço do Cidadão, Porto.

SILVA, A. (2000) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Dissertação apresentada para concurso a professor coordenador na ESE de S. João (não publicado) Porto.

SILVA, J. (1989) - Sistemas de Saúde rendimento e perspectiva, conferência apresentada nas VIII Jornadas de Administração Hospitalar, Lisboa.

SILVA, J. M. (1996) - Novos métodos para novas competências, in Dirigir, nº 41, Janeiro/Fevereiro, pg 20-24, Lisboa.

SIMMS, L. et al (1986) - Administracion de Serviço de Enfermerie, Interamericana, México.

SIMPSON, W. A. (1993) - A motivação, Gravidia, Lisboa.

SMITH, J. (1991) – Estratégia empresarial, Publicações Europa América, Sintra.

SOARES, M. I. (1997) - Da Blusa de Brim à Touca Branca, Educa, Lisboa.

SOUSA, F. J. V. (1995) - Criatividade, in: Formar, nº15, Jul, pg 20-25, Lisboa.

SOUSA, M. D. (1983) - Evolução do ensino de enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos, in Servir, vol 31, n.º 2, Março/Abril, pg 89-102, Lisboa.

SOUSA, P. F. (1997) - As representações Sociais no campo educativo, in Enfermagem oncológica, Ano 1, nº 4, Porto.

STHALL, T. et al. (1993) - A Organização Qualificante – Uma visão para o desenvolvimento dos Recursos Humanos, CCE Eurotecnet, Caldas da Rainha.

SULEMAN, F. (1996) - Competência: eixos de difusão de um conceito, in Dirigir nº 41, Janeiro/Fevereiro, pg 3-7, Lisboa.

TAVARES, J. et al (1989) - Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Livraria Almedina, Coimbra.

TEIXEIRA, C. (1996) - Aprender ao longo da vida, in Dirigir, nº42, Março/Abril, pg 35-38, Lisboa.

TRIVIÑOS, A. (1992) - Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais, Editora Atlas, São Paulo.

VALA, J. (1986) - Análise de Conteúdo, 6ª Ed, Edições Afrontamento, Porto.

VALA, J. et al (1995) - Psicologia Social das Organizações, estudos em empresas portuguesas, 2ª ed, Celta Editora, Oeiras.

VALE, M. (1995) - Registos de Enfermagem no bloco operatório, Dissertação apresentada no curso Administração dos Serviços de Enfermagem, (não publicado) ESECP, Porto.

VAZ, A. (1989) - Estratégia de Intervenção do hospital português na década de noventa, comunicação apresentada nas VIII Jornadas de Administração Hospitalar, Lisboa.

WALSH, M. (1989) - Asma: abordagem do modelo de enfermagem do autocuidado de Orem, in Nursing, nº23, Novembro, pg 14-17, Lisboa.

WALTER, B. (1988) - Le Savoir Infirmier – Constrution, évolution, revolution de la pensée infirmier, Ed. Lamarre Poinat, Paris.

WATSON, J. (1988) - Nature of human care and caring values, in: Human Science and Human Care – A theory of nursing, Bartlett Jones Publisher, New York.

WHITTEMORE, R. (1999) - Natural Science and nursing science when do the horizons fuse? in Journal of Advanced Nursing, vol. 30, nº 5, pg 1027-1033, Oxford.

WILK, E. (1994) - Criatividade: a ferramenta do 3º. Milénio, in Dirigir, Ano 6º, nº 31, Junho, pg 52-55, Lisboa.

WILKINSON, S. (1996) - Stress in cancer nursing: does it really exist? in Journal of Advanced Nursing, vol 20, nº 6, Dezembro, pg 1079-1084, Oxford.

ZARIFIAN,F.(1992) - Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante, in Dossiers L`Organization Qualifiante des cahiers de Education Permanent, nº112, Paris.

ANEXOS

ANEXO - I

Autorização do CA do Hospital para realizar as entrevistas

Exm^a Senhora,
Enfermeira Luísa Ruivo
Escola Superior Enfermagem Cidade do
Porto
Rua Alvares Cabral, 384
4050 – 040 PORTO

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

ASSUNTO

Nº

Procº **08/ED**

00/02/18

Pedido de autorização para realização de um estudo sobre representações dos enfermeiros relacionadas com o sistema de documentação de cuidados de enfermagem em mudança.

Em resposta ao solicitado por V.Ex^a, em ofício datado de 07/02/2000, relativo ao assunto em epígrafe, informamos que foi autorizado, conforme despacho anexo.

Com os melhores cumprimentos,

H.P.A.- V.S., 00/02/18

A Secretária da Direcção de Enfermagem,

Susana Magalhães

(Susana Magalhães)

/SM

Minut.

Dact.

SELLO DE ADMINISTRACIÓN
8.02.00 Nº.CA-52

Ante todo, de acordo com o pedido de autorização para a realização de um estudo sobre representações dos enfermeiros relacionadas com o sistema de documentação de cuidados de enfermagem em mudança.

HOSPITAL PADRE AMÉRICO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REUNIÃO Nº 3 1002/2000

Ex.mo. Conselho de Administração
do Hospital Padre Américo
Vale de Sousa

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo sobre representações dos enfermeiros relacionadas com o sistema de documentação de cuidados de enfermagem em mudança.

No âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem estou a realizar um estudo sobre representações de enfermeiros relacionadas com implementação de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem. Para a concretização do mesmo pretendo realizar entrevistas a enfermeiros com o objectivo de colher informação sobre o projecto de mudança do sistema de documentação de cuidados em implementação nesse hospital. Neste contexto solicito autorização para efectuar entrevistas a 20 enfermeiros que trabalhem em unidades de internamento excluindo o serviço de medicina desse hospital onde o projecto está a ser realizado. Os resultados do estudo serão postos à disposição de V^ª Ex.^ª e dos serviços da Instituição.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 7 de Fevereiro de 2000
Luisa Ruivo

ANEXO - II
Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

**Entrevista dirigida aos
enfermeiros em estudo**

Porto, Fevereiro, 2000

OBJECTO DA ENTREVISTA - Enfermeiros que exercem a sua actividade em unidades de internamento hospitalar.

FOCO - Representações dos enfermeiros face ao projecto de mudança do sistema de documentação de cuidados de enfermagem.

OBJECTIVO - Identificar as representações dos entrevistados acerca do projecto de mudança.

Foco	Objectivos parcelares	Questões orientadoras	Observações
<p>Motivação para a entrevista</p>	<p>Contextualizar a entrevista na investigação</p> <p>Explicitar os objectivos da entrevista</p> <p>Assegurar a confidencialidade da entrevista</p> <p>Verbalizar a importância da opinião do enfermeiro sobre o projecto de mudança do sistema de documentação de cuidados</p>	<p>Quer clarificar algum aspecto sobre o trabalho que estou a desenvolver?</p>	

Foco	Objectivos parcelares	Questões orientadores	Observações
<p>Percurso profissional e de formação</p>	<p>Colher dados sobre idade e percurso profissional</p> <p>Colher dados sobre formação</p>	<p>Em que ano nasceu?</p> <p>Há quantos anos trabalha?</p> <p>Quantos anos trabalhou em serviços de internamento?</p> <p>Qual a categoria profissional que possui?</p> <p>Tem alguma especialização em enfermagem?</p>	

Foco	Objectivos parcelares	Questões orientadores	Observações
<p>Percepção do projecto de mudança do sistema de documentação de cuidados de enfermagem.</p>	<p>Identificar informação obtida sobre o projecto</p> <p>Identificar expectativas acerca do projecto</p> <p>Identificar formação específica sobre o projecto</p> <p>Identificar opiniões sobre a metodologia de implementação do projecto</p> <p>Identificar a percepção actual sobre o projecto de mudança do SDCE</p>	<p>Quando se iniciou o projecto de mudança do SDCF no serviço MH deste hospital, teve informação sobre o projecto?</p> <p>Se sim . Como foi obtida a informação?</p> <p>Qual a percepção inicial do projecto?</p> <p>Frequentou formação específica sobre o projecto?</p> <p>Qual a sua opinião acerca da metodologia de implementação adoptada no projecto?</p> <p>Qual a percepção que tem hoje acerca do projecto?</p>	

Foco	Objectivos parcelares	Questões orientadoras	Observações
Percepção actual da organização	<p>Identificar a metodologia do trabalho de enfermagem</p> <p>Identificar factores que interferem no actual sistema de registos de enfermagem</p> <p>Identificar a importância que os enfermeiros atribuem aos registos</p>	<p>Qual o método de trabalho que esta implementado no Serviço?</p> <p>Que tipo de registos são feitos no serviço?</p> <p>Que valor atribui aos registos na prática de enfermagem?</p>	

Foco	Objectivos parcelares	Questões orientadoras	Observações
Reacções à implementação do projecto no serviço	Identificar sentimentos que traduzam adesão ou rejeição ao projecto	<p>Como se sentiu face ao processo de selecção do serviço para implementação do projecto?</p> <p>O SDCE preconizado no projecto vai ser implementado no seu serviço?</p>	

ANEXO - III

Categorias, subcategorias, unidades de registo,
do conteúdo das entrevistas

CATEGORIAS; SUBCATEGORIAS UNIDADES DE REGISTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
Acesso à Informação	Informação Informal	"iniciou-se no MH ouviamos falar"	1 p1
		"diziam que era perda de tempo"	2 p1
		"falava-se que os doentes eram todos encaixados no mesmo grupo, os cuidados eram iguais para todos os doentes"	2 p1
		"diziam que se se debruçassem nesse projecto não dava para trabalhar"	2 p2
		"tinha a ideia que íamos ficar ligados à informática, íamos passar muito tempo com o computador em vez de prestarmos cuidados"	3 p2
		"toda a gente sabia começou logo a constar por todo o hospital "	3 p4
		"diziam que estavam a mudar e que tinha a ver com os computadores"	4 p2
		tinha linguagem informática"	4 p3
		"penso que a informação chegou por todo o lado"	5 p2
		"não me lembro o que pensava, agora estamos envolvidos"	5 p1
		"não tenho ideia do que pensava nessa altura"	6 p2
		"falava-se, ouvia-se, mas não me interessei muito"	6 p1
		"em encontros com colegas, íamos falando e foi assim que eu soube"	7 p5
		"iam fazer uma experiência "	8 p1
		"foi por via informal"	8 p1
		"falei com alguns colegas de lá do serviço onde está a ser implementado, e fui ficando com alguma informação"	8 p2
		"era o processo do enfermeiro Abel"	9 p1
		"diziam que se iam centrar na escrita e os cuidados eram desvalorizados"	9 p4
		"iam dar mais importância aos registos do que ao doente"	9p4
		"foi informal começou-se a falar que ia para outros serviços"	9 p4
		"tive informação quando iniciaram o estudo"	10 p2
		"quando iniciaram o estudo, bem eu tive conhecimento, mas precisar quando, eu não sei sinceramente. Já passou muito tempo"	10 p1
		"tenho um conhecimento informal, mas tem que se estar por dentro"	10 p12
		"foi informalmente, começou-se a constar que ia haver um projecto"	11 p1
		"através dos colegas, é essencialmente isso"	11 p1
		"a informação chegou-me através dos meus colegas do MH"	12 p1
		"foi na altura em que começou, acho que foi logo no início"	13 p2
		"através dos colegas essencialmente"	14 p1
		"isto começou na medicina, e acho que foi um senhor da medicina"	15 p2
		"em contactos com colegas, começou-se a falar do projecto e algumas davam o seu parecer"	15 p5
"estavam a fazer a implementação do PE"	15 p6		
"não sei exactamente a altura em que tive informação e onde ouvi falar" mas soube"	16 p1		
"ia fazer uma experiência piloto (...) tentar utilizar o PE"	16 p3		
"não tinha grande informação como era realmente feito"	16 p3		
"quando chegava um doente havia um enfermeiro de referência"	16 p4		
"implementado a nível de todos os serviços de internamento"	17 p1		
"de contactos com colegas"	17 p2		
"ouvia-se que era um projecto do hospital"	18 p2		
"ouvia-se que ia ter pouca criatividade"	19 p1		
"tinha a ideia de registos informatizados "	19 p1		
" os standards estavam prédefinido por isso aquela criatividade iniciativa"	19 p1		
"falava-se que era uma coisa telecomandada e não era preciso pensar muito"	19 p3		
"falava-se em todo o lado"	20 p1		
Formação		" os doentes vinham transferidos e não entendiamos muito bem (...) fomos vendo"	1 p2
		"já fizemos a classificação estudámos os fenómenos"	1 p4
		"esta semana fomos ao MH ver os registos"	1 p4
		"saber como é que as coisas aparecem"	1 p5
		"vi na prática que não era um bicho de sete cabeças "	1 p9
		"só quando o serviço começou a envolver é que me envolvi"	2 p5

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		"além da formação que tivemos no DF estivemos no MH, vimos como	
		prenchiam os papeis"	2 p1
		"tivemos formação com o enfermeiro Abel"	2 p3
		"vimos como fazem, agora é uma questão de entrar na linguagem	2p5
		e experimentar"	
		"depois da formação já não penso assim"	2p4
		"eu já fui renitente, os standards pensava que era tudo a mesma coisa (...)	
		agora vi que não"	3 p10
		"com a formação já não acho isso"	3 p4
		"já escolheu os diagnósticos (...) intervenções"	3 p2
		"tive formação na ARS"	4 p1
		"tenho a formação informal que vai transpirando aqui pelo serviço e	
		pelo hospital, mas também já fiz formação, tive interesse"	4 p1
		"estamos a tentar imitar, isto é fazer no sentido de traçar o nosso	
		caminho"	4 p4
		"agora está a ser estendido a todos os serviços"	4p8
		"na formação que tivemos, (...) dizem que é rentável, se é para eles	
		também é para nós, por isso vamos começar"	5 p4
		"já li algumas coisas e converso com os colegas do MH e vejo o	
		envolvimento deles, é um estímulo para nós"	5 p4
		"nos grupos discutimos bastante sobre a CIPE"	5 p6
		"eu ainda sei pouco ainda não fiz formação"	6 p2
		"com os enfermeiros do serviço já escolhemos os fenómenos"	6 p8
		"foi no forum da Maia, ouvi o enfermeiro Abel falar"	7 p1
		"estamos a trabalhar (...) ver se vai ser benéfico ou não"	7 p4
		"tive formação que o CFAP organizou"	8 p1
		"em congressos que participava e era debatida essa temática,	
		conversas com colegas do MH"	9 p2
		"fase em que estamos agora enquanto projecto do hospital"	9 p8
		"estamos a trabalhar em grupo sobre a CIPE"	9 p8
		"com o envolvimento penso diferente"	9p10
		"estamos a começar a ver os fenómenos do serviço"	9p10
		"já estamos a dar os primeiros passos, penso que estamos a ver os	
		cuidados "	10 p2
		"há certo empenhamento, por isso a necessidade de formação"	10 p2
		"toda a gente colaborou (...) fez a sua parte"	10 p2
		"não tive formação, mas vou fazer"	11 p3
		"frequentei um workshop organizado pela APE sobre CIPE, não quis	
		perder a oportunidade em saber mais do que nos informaram"	12 p1
		"identificámos os fenómenos"	12 p6
		"as colegas do MH andavam muito envolvidas, vê -se que gostam	
		do que estão a fazer"	12p4
		"estamos a tentar agora o mesmo sistema de registos"	12p6
		"não tive formação andamos a ler a CIPE"	13 p2
		"aqui vamos vendo o tipo de documentação que eles fizeram"	14 p3
		"a ideia que eu tinha, à medida que ia obtendo informação (...) e mesmo	
		em congressos"	14 p3
		"conversas com colegas do MH, ia formando uma ideia minha ideia	
		positiva"	14 p5
		"já começámos já estamos em curso"	14p7
		"a formação que alguns colegas fizeram, conseguiram sensibilizar	
		os outros e assim vamos lendo e sabendo um pouco mais"	15 p3
		"o director de enfermagem fez um projecto para começarmos a	
		trabalhar no sentido de implementar a CIPE nos serviços de internamento"	15 p4
		"seleccionámos os fenómenos (...) as acções desses fenómenos"	
		"depois houve também protocolos feitos "	15 p5
		"apesar da formação dada pelo hospital sobre a CIPE (...) tive que	
		ler, estudar"	15 p3
		"esta semana temo-nos debruçado muito sobre isso, eu e as colegas"	15 p3
		"remodolaram também algumas acções que nós fazemos"	15 p4
		"muitas vezes nem sabemos se são fenómenos se são diagnósticos"	15 p4
		"por exemplo prematuridade tem várias, é um diagnóstico não é"	15 p4
		"enfermeiros a fazer o complemento de formação e têm formação sobre	
		CIPE esperamos mais alguma coisa para continuarmos"	15 p5
		"recorre-se muitas vezes ao serviço MH para nos dar algumas dicas	
		para iniciarmos a mesma linguagem"	15 p8
		"as pessoas muito interessadas e motivadas e preocupadas (...)	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		como é que vamos conseguir"	15 p14
		"numas jornadas em que foi apresentado precisamente o trabalho que eles fizeram no serviço, a forma como falaram, davam a entender que gostavam do que faziam"	16 p1
		"levantaram diagnósticos mais frequentes"	16 p2
		"pelo que li a gente tem que andar à procura qual é o fenómeno exactamente, e isso também nos ajuda a pensar como organizar as ideias para deoiois aplicarmos na prática"	16 p3
		"o facto de não estar habituado a conhecer os termos (...) é o início"	16 p3
		"não estamos parados estamos a tentar(...) muitas vezes não sabemos se é fenómeno ou se é diagnóstico mas com as colegas vamos discutindo"	16p4
		"do enfermeiro director, um dos objectivos dele era implantar a linguagem através da CIPE, nos serviços de internamento, pelo menos nestes"	17 p2
		"colocámos as intervenções que nós fazíamos na prática "	17 p3
		"nós estamos a tentar ver a nossa realidade para fazermos como eles"	17p4
		"ainda ontem estivemos a debater e chegámos a algumas conclusões para o serviço"	17 p10
		"tentar dividir essas intervenções por aqueles processos que são o monitorizar"	17 p8
		"a formação que tenho é a que oiço dos colegas do MH"	18 p5
		"a ideia era que isto deveria avançar para outros serviços, por isso houve um plano que o enfermeiro director fez para começarmos a trabalhar"	18p7
		"entre os turnos fico aí um bocado a gente debate com as colegas ali do MH, (...)vimos, porque nós não sabemos como é que havíamos de fazer um standard"	18 p10
		"nós estamos a começar (...) estamos a fazer os standards"	18 p2
		"tive alguma curiosidade em saber,eu sei pouco, mas fiz alguma formação sobre o assunto a nível individual"	19 p2
		"já não penso como pensava no início, que ia ser uma coisa telecomandada"	19 p3
		"estamos a trabalhar nos aspectos que nos vão levar à linguagem da CIPE, como eles fizeram no projecto"	19 p4
		"o hospital tem um departamento de formação e faz formação para nos informar e podermos esclarecer o que ouvimos"	19 p4
		"vimos como preenchem os papeis e isso entusiasmou-nos"	20 p5
		"alguns enfermeiros já fizeram formação mas eu não"	20 p2
		"experimentando e vendo o que é bom e não é"	20 p6

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
Sentimentos manifestos com a implementação do projecto	relacionados com a selecção do serviço	"fiquei contente porque agora é mais fácil"	1 p18
		"não me importei alguém devia ser o primeiro"	2 p18
		"nem triste nem contente, agora vamos ver"	3 p17
		"eu penso que vai ser mais fácil agora"	3 p10
		"a experiência dos outros ajuda-nos e isso é melhor, porque vai ser mais fácil"	4 p13
		"a gente faz e eles é que registam"	4 p15
		"quando falo de pinguinho de inveja era gostar de estar lá no grupo do projecto inicial"	4 p17
		"inveja no bom sentido, querer também e ver, querer com o enfermeiro Abel"	4p17
		"no serviço do projecto foi um acompanhamento muito mais de perto e disso tenho pena"	4p18
		"era mais motivante de certeza, mas agora já está"	5 p 19
		"não sei suponho que agora é mais fácil"	6p9
		"fazemos tão bem como os outros"	6 p14
		"fiquei com pena que fosse para MH, e não fosse aqui desenvolvido(...) falou-se em ser aqui desenvolvido, mas não sei porquê, parece que não tinha recursos"	7 p16
		"torna-se mais fácil para nós neste momento isso sem dúvida, é o que eu sinto e o que importa é que se faça"	7p16
		"não me importava de fazer parte desse grupo (...) eram mais acompanhados"	8 p18
		"tinham prazos restritos para fazer as coisas"	8p19
		"tinham orientação que nós não estamos a ter"	8p19
		"tenho pena de não ter estado no projecto inicial, pelo acompanhamento (...)"	9 p19
		"gostava no início é sempre um entusiasmo"	10 p17
		"foi uma esperança (...) pois uma das nossas lacunas são os registos (...) deve ser muito difícil"	11 p18
		"sinceramente tenho pena, foi um trabalho de grupo organizado e hoje sabia mais"	12p13
		"evidentemente que gostava que fosse o meu serviço, pelo menos na implementação do processo que teve grande acompanhamento"	12 p13
		"eu gostava de estar nesse projecto ia mudar para algo que seja agradável porque quando se inicia um projecto é sempre motivante"	13 p10
		"se eu estivesse lá já tinha uma experiência completamente diferente gostava de estar desde o início"	14 p18
		"eu vou dizer uma coisa (...) o meu desejo era a personalização dos cuidados (...) mostrava essa preocupação aos meus superiores, mas nunca consegui, bem senti-me um pouco frustrada"	15 p17
		"sinto que vai ser mais fácil agora para nós"	15p20
		"estão a iniciar um plano e não se trabalha lá melhor do que aqui"	15 p17
		"tinha que pôr exactamente daquela forma, eu penso que vai ser mais fácil"	16 p18
		"O que importa é que se faça"	17p16
		"estavam um bocadinho cépticos, pronto estávamos todos"	17 p10
		"não me importei foi confuso no início suponho eu, acho que foi bem ser aquele serviço"	17p16
		"não sei, não estou triste (...) eu acho que o que é importante é a gente fazê-lo"	18 p16
		"tinha que ser alguém a começar, não me importei"	18p17
"não é por inveja, eu acho que nestas coisas faz falta um pai (...) o MH teve esse privilégio"	19 p14		
"não fiquei nada triste por ter começado noutro serviço, não liguei"	19 p16		
"ele era para ser aqui, mas por razões que não interessa agora ele foi desenvolvido no MH"	19 p20		
"foi bem assim, neste serviço era complicado começar"	20 p19		
Relacionados com a implementação do projecto no serviço		"não vou se calhar dominar com muita facilidade"	1 p20
		"a nossa equipa está muito motivada e quer que a CIPE seja implementada no serviço"	1 p10
		"quando houver condições em recursos humanos pois sem eles não é possível"	1 p11
		"estamos apreensivos se vamos conseguir ou não iniciar no nosso serviço"	1 p13
		"inicialmente deve ser muito difícil"	2 p16

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		"temos que ir para a frente"	2p19
		"precisamos de mais informação e formação"	3 p7
		"nós queremos e vamos fazer mas tem que ter mais enfermeiros"	3p19
		"vai ser um processo muito longo, temos que nos envolver numa linguagem que não conhecemos"	4 p21
		"estamos com vontade"	4p21
		"se calhar já não vai ser para o meu tempo"	4p21
		" não depende só de nós"	5p11
		"vai ser preciso mais pessoal com estes elementos não é possível"	5 p16
		"vai exigir muita mudança"	5p17
		"ao início há um certo medo, eu não vou dizer que não tenho medo porque tenho, pois sei pouco e isso vai custar"	6 p15
		"queremos já estamos a trabalhar na CIPE"	7p14
		"não vai ser uma coisa fácil, temos que trabalhar"	7p14
		"lá não têm a mesma quantidade de doentes para admitir (...) são doentes diferentes"	8 p20
		"tem que ter mais enfermeiros isso é o principal, é preciso haver quem faça"	8 p17
		"uma coisa nova sempre assusta"	8p15
		"eu acho que vamos querer no nosso serviço"	8p19
		"vai ser um bocado complicado"	8 p20
		"em medicina é mais fácil do que aqui"	8p21
		"é o futuro, temos que nos empenhar"	9 p12
		"não podemos continuar como estamos"	9 p12
		"só depois de eles praticarem é que posso ter a minha opinião"	10 p15
		"vai ser mais árduo (...) desbravado por nós, mas temos motivação por isso vamo-nos esforçar para conseguir"	10 p9
		"não passa só pela boa vontade de cada um (...) o próprio Ministério tem que dar a dotação de elementos necessários ao serviço"	10 p18
		" inicialmente deve ser difícil"	10 p20
		"estamos motivados mas não sei se vamos conseguir"	11 p19
		"vamos ver, temos que mudar é importante fazermos coisas diferentes"	11 p20
		"não interessa ter uma coisa muito bem organizada se depois não tiver quem cumpra"	11 p21
		"a organização do serviço tem que mudar e envolver os enfermeiros todos nesse processo"	12p12
		"vai ser implementado no nosso serviço"	13 p12
		"estamos a trabalhar para começar"	13 p 13
		"é uma linguagem completamente diferente daquela que é usada em todos os modelos"	14 p4
		"temos que voltar a estudar muito"	14 p15
		"estamos a envolver-nos para implementar no serviço"	14 p17
		"já estamos a trabalhar, mas tem que haver adaptações"	15 p19
		"a pediatria não é uma medicina pequenina, necessita outras formas de ver como havemos de escrever os fenómenos"	16 p18
		"não condiz bem com a pediatria"	16p20
		"fiquei um bocado receosa, e pensei mesmo que isso não vai resultar"	17 p10
		"um bocado complicado a implicação desse processo"	17 p17
		"há muita coisa que se aplica ao adulto e não se aplica à criança"	18 p10
		"não vamos ter tempo de fazer"	18 p10
		"vai demorar tempo a gente a integrar-se, é preciso aprender uma outra linguagem e nós não estamos habituados"	18 p17
		"a minha formação não é tão boa nem tão desenvolvida na área tenho que investir bastante nesta área"	18 p17
		"tenho algumas reservas é na minha incapacidade (...) é preciso trabalhar muito"	19 p14
		"quando começa é sempre difícil mas estamos a adaptar a linguagem da CIPE no nosso serviço"	19 p11
		"temos que ter meios para organizar"	20 p19
		"sentimo-nos motivados para fazermos registos com a linguagem da CIPE"	20 p8

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
Importância atribuída aos actuais registos de enfermagem no serviço	A organização funcional	"as informações são quase sempre as mesmas a repetir"	1 p14
		"passamos o turno pelo computador"	1 p16
		"estamos virados para a prática, somos os enfermeiros de cabeceira"	1 p13
		"são difíceis de consultar (...) mesmo para fazer estudos"	2 p14
		"dá-se ênfase ao que tem de ser feito e não há tempo para documentar"	2 p15
		"a informação mais relevante é oral"	2 p14
		"há sempre repetição dos registos"	2 p17
		"há alturas em que há falta de tempo"	2 p16
		"transmitimos oralmente e os médicos desenvolvem acções nesse sentido"	3 p15
		"letra mal feita, dificuldade em ler"	3 p15
		"fazemos e não registamos, a informação é oral"	3 p15
		"criticam a letra e os erros"	3 p15
		"valorizam muito os cuidados directos, as rotinas, prescrições cumpridas"	4 p15
		"acabamos por valorizar mais o fazer e não nos importamos muito com os registos"	4 p15
		"fica-se com pena quando não se regista, quanto mais não seja sob o ponto de vista legal"	4 p18
		"se alguém se esquece de passar num ou dois turnos já não se sabe qual foi a informação que teve antes"	5 p14
		"já temos o método individual"	5 p16
		"não ligamos muito, é à pressa"	5 p17
		"estamos sempre a repetir o que está atrás"	5 p17
		"fazer imensas coisas mas (...) não há (...) não registamos"	5 p16
		"é tanto trabalho que é à pressa que fazemos os registos"	6 p13
		"são muito repetitivos"	6 p16
		"por exemplo o doente tem uma tracção, esta informação repete-se em todos os turnos"	6 p16
		"perde-se muito tempo"	6 p16
		"eles não olham para os registos e penso que também não vão olhar porque o que é escrito não é lido geralmente"	6 p17
		"há coisas que falham, tentam completar na passagem de turno"	7 p14
		"pensam que a equipa está completa, mas não está, e depois temos que dar resposta ao trabalho e não registamos"	7 p15
		"fazemos os registos só no fim e é à pressa"	7 p16
		"gostávamos que fosse de outra maneira mas é muito serviço"	7 p16
		"repetitivos, que isso acontece com frequência"	7 p17
		"são rotinas quase sempre a mesma coisa"	8 p14
		"damos mais valor ao serviço do doente do que registar"	8 p15
		"acabamos por não registar"	8 p16
		"para passar informação a nível de exames"	8 p14
		"estando um turno muito baralhado quando vamos fazer os registos (...) tantas coisas (...) não ficou registado"	9 p13
		"nós damos importância, mas o serviço não está organizado a pensar nos registos de enfermagem"	9 p15
		"temos pena em não fazer registos bem feitos mas há outras solicitações"	9 p16
		"os médicos têm a sua organização complicam a nossa"	9 p16
		"embora se faça qualquer coisa mas é mais comunicação verbal"	10 p15
		"nós aqui cada enfermeiro tem um certo número de doentes atribuídos (...) normalmente ficamos dois de admissões"	10 p16
		"antigamente era à tarefa (...) mas agora já são distribuídos os quartos (...) eu estou situado com os doentes que estão de 10 a 18"	10 p16
		"quando vai escrever já não se lembra"	11 p14
		"há muitas coisas que são omitidas"	11 p14
		"depois acabamos por passar oral"	11 p15
		"de acordo com a quantidade de trabalho cada enfermeiro fica com certo número de doentes"	11 p15
		"se alguém se esquece fica esquecido"	12 p14
		"fica para o fim do trabalho"	12 p15
		"trabalho de enfermagem (...) não é, não se regista"	12 p15
		"ficam para o fim do trabalho e é uma coisa mecanizada"	12 p15

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		"lemos o que está atrás e vamos repetindo"	12 p16
		"se introduzo algo de novo, depois copiamos sempre"	12 p16
		"repetimo-nos um bocado "	13 p16
		"o excesso de trabalho é cada vez maior, assim não cheaaa haver tempo para documentarmos"	13 p15
		"são quase sempre iguais são repetitivos"	13 p15
		"a passagem de turno é o mais importante, é oral"	13 p12
		"os médicos não ligam preferem que a gente diga"	13 p15
		"o método é individual, mas é mais de manhã"	13 p16
		"o mais importante é oral porque o que é escrito não é lido geralmente"	13 p16
		"os registos são as coisas mais descuradas (...) não lhe damos tanto valor como damos ao trabalho na enfermaria"	14 p14
		"a informação vai-se perdendo"	14p16
		"as pessoas estão tão atarefadas"	14 p16
		"esquecem-se de determinados registos que têm que fazer"	14 p17
		"não damos muita importância isso não"	14 p17
		"perdem muito tempo nos registos (...) os nossos médicos lêem sempre asnotas de enfermagem"	15 p15
		"escrevem sempre a mesma coisa, repetem sempre a mesma coisa"	15 p14
		"já era hábito (...) têm muito interesse pelos registos" os enfermeiros aqui"	15 p14
		"distribuir os meninos pelas enfermeiras "	15 p15
		"os nossos registos são lidos pela maioria dos nossos médicos "	16p13
		"na passagem de turnos as coisas que são importantes são ditas e são transmitidas"	16 p15
		"acabamos por estar a ter determinadas acções e que se calhar até podíamos modificar (...) acabamos por nos habituar que é assim"	16 p14
		"em relação à terapêutica, acaba por uma preparar a terapêutica e dar a todos"	16 p15
		"são tipo rotinas, o que um diz também dizem os outros"	16 p15
		"temos os cartões e tudo isso está registado"	17p14
		"há uma repetição muito grande, dizemos a mesma coisa N vezes"	17 p16
		"tem um exame às X horas (...) a ambulância está pedida (...) em todos os turnos a repetir"	17 p16
		"tudo o que seja prescrito pelo médico nós registamos"	17 p15
		"há muita repetição (...) é feito segundo o esquema prescrito (...) tornamos a repetir a mesma coisa nas notas"	17 p16
		"a gente passa a manhã toda a correr, as tardes a correr, as noites a correr, torna-se difícil fazer os registos em condições"	18 p14
		"estamos habituados e depois é assim só repetir"	18 p15
		"nós ainda utilizamos, estamos um pouco, um pouco ou muito, portanto um trabalho misto"	18 p15
		"tudo o que seja a nível médico nós registamos "	18 p16
		"temos trabalho organizado por doente"	19p14
		"cada um faz o que entende "	19 p14
		"os processos andam com os médicos e às vezes isso dificulta os nossos registos"	19p15
		"as notas de enfermagem estão no próprio processo, os médicos seguem para ver o que é que se passa em relação à criança"	20 p15
		"um doente fez cinesiterapia, e muitas vezes a evolução a nível respiratório não fica registado, outras vezes fica"	20 p16
		" a informação mais relevante é oral na passagem de visita médica, não fica registado como trabalho de enfermagem"	20 p14
		"temos a distribuição dos meninos mas à tarde e à noite já se sabe"	20 p16
		"escrevemos à pressa e repetimos"	20 p16
	O conheci-	"se querem que eu saiba PE, vamos aplicá-lo em todos os estágios"	1 p19
	mento funcio-	"qualquer pessoa pode escrever não é científico"	1 p17
	nal	"as notas de enfermagem são, não tem cuidados, mantém cuidados isto pouco diz"	1 p17
		"tudo muito disperso não temos sequência naquilo que escrevemos"	1 p18
		"uma colega diz uma coisa, outra quer dizer o mesmo, mas diz diferente"	2 p14
		"às tantas são importantes, e não valorizamos e não escrevemos"	2 p16
		"as pessoas não sabem que a gente planeia"	2 p15
		"a gente não faz as coisas por fazer (...) planeia"	2 p15
		"usamos termos pouco correctos, ou melhor, é uma linguagem comum"	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		a qualquer pessoa, não é científica"	3 p15
		" o PE não fazemos"	3 p14
		" a gente não faz as coisas por fazer, pensa e planeia as actividades que vai fazer"	3 p14
		"é preciso falar muito sobre cuidados, registos, mas dar tempo às pessoas para reflectir"	4 p15
		"com o tempo as pessoas acabam por arranjar forma diferente de fazer os registos"	4 p15
		"a informação está dispersa ao longo do texto porque não temos linhas orientadoras para fazer os registos"	4 p16
		"a gente planeia é bom terem a percepção disso"	5 p15
		"nós sabemos, mas quando vamos escrever escrevemos conforme apetece"	5 p12
		"planear a gente traz na cabeça, e depois faz, os registos é que falham"	6 p14
		"a gente tem que saber o que faz"	6 p15
		"os conhecimentos são de enfermagem mas a linguagem não é científica"	7 p14
		"fez punção, foram feitos cuidados de higiene, é isto e pouco mais"	8 p17
		"uma linguagem comum a qualquer pessoa"	9 p16
		"fazemos a folha de admissão e depois são as notas de enfermagem"	9 p17
		"ultimamente temos aquela folha de admissão"	10 p15
		"planeamento é de uma forma genérica, planeamos para todos os doentes"	10 p16
		"quando o doente entra planeia-se"	10 p17
		"os nossos registos são pessoais "	11 p15
		"dando algum tempo de reflexão para pensarmos tanto no que fazemos como na maneira de registar"	11 p14
		"mecanizados (...) os enf's. não têm reflexão sobre o que escrevem"	12 p14
		"somos muito preparados para prestar cuidados e pouco para discutir sobre os registos, e é necessário reflectir e discutir"	12 p16
		"na escola fazíamos o PE, mas no serviço não fazemos. Temos a folha de colheita de dados e não fazemos o resto"	13 p16
		"fazemos a colheita de dados"	13 p17
		"está preparado para cirurgia depois já sabemos os cuidados"	13 p13
		"falta o tempo de organização, de PE e de pensar sobre o processo"	13 p16
		"não levantam os problemas dos doentes"	13 p16
		"não sabíamos que teoria iam pôr"	15 p13
		"o que fica escrito às vezes pouco diz (...) comeu bem, não comeu"	16 p15
		"embora se dissesse que era preciso um PE, não se tinha ainda organizado uma maneira de o implementar no serviço"	16 p17
		"o que está dito naquele está dito no outro (...) um bocado pobre"	16 p17
		"está bem disposta (...) foram feitos os cuidados de higiene e pouco mais"	17 p17
		"tentei implementar o plano de cuidados, mas até hoje ainda não consegui"	19 p13
		"andávamos muito à volta das correntes teóricas "	19 p13

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
Implementação do projecto no serviço	Metodologia de implementação	"já temos um computador "	1 p5
		"na informática estão os objectivos e a pessoa tem que cumprir"	1 p7
		"informatização com conhecimento (...) sabermos como aquilo aparece é importante, e temos que ser nós a dizer o que queremos"	1 p6
		"no computador somos nós que fazemos as coisas"	1 p6
		"se nós informatizarmos (...) vamos falar a mesma linguagem"	1 p8
		"a informatização pode dar imagem de sucesso"	1p7
		"enquanto não estivermos habituados o papel ajuda (...) papel como caminho para entrar na informática"	2 p7
		"havendo um sistema informático é diferente, com ele sentimo-nos mais motivados"	3 p6
		"o computador que temos é para nos habituarmos, ainda precisamos de praticar muito"	3 p7
		"sem o computador é muito complicado, é muito papel é difícil a consulta já vi o programa no computador penso que deve ser assim"	4 p6
		"estamos a passar pelas etapas que passou o MH mas com dificuldades inerentes ao próprio serviço (...) é um trabalho suplementar"	4 p7
		"estava em vias de terem o computador já"	4 p8
		"vai demorar até as pessoas conseguirem mexer no computador"	5 p8
		"é óbvio que tem que ser com computadores"	5 p7
		"o sistema informático é a grande informação, qualquer outra só vai complicar"	5 p6
		"os enfermeiros têm que saber lidar com o computador"	6 p7
		"tem que ser com informática mas com conhecimento do que podemos pedir e exigir"	6 p7
		"já temos o computador aqui para as pessoas poderem treinar e para podermos aplicar logo o processo informático quando conseguimos fazer os diagnósticos não fazem duplicação de registos"	7 p6
		"a informática (...) poderá vir a ajudar"	7 p7
		"a informática é importante, tem que ser "	8 p10
		"ser as mesmas pessoas (...) ver se dá ou não aplicar essa informatização"	8p7
		"para que tenha sucesso (...) é método individual (...) e o rácio enº./doente"	9 p7
		"a entrada do enfermeiro de referência pode criar algum mal estar na equipa"	9 p7
		"o projecto poderá falhar por aspectos que não tem a ver directamente com o sistema de documentação"	9 p8
		"ligado à informática tem pernas para andar, não ligado à informática passaríamos a vida a registar"	9 p10
		"vejo ligado ao computador, doutra forma não é vável"	10 p8
		"com o papel complica e é complicado"	10 p8
		"a informatização ajuda muito"	11 p6
		"se não estiver no sistema é difícil"	12 p7
		"vai ter um grande empenho e grande dedicação de todos nós (...) e ingressar nos sistemas informáticos, penso que vai"	12 p8
"os resultados são mais nítidos e mais evidentes com a informática"	12 p9		
"só com informatização é que poderá avançar"	13 p5		
"com tanto papel é complicado"	14 p8		
"procurar os protocolos no computador"	15 p10		
"informalizando as acções que eram necessárias"	16 p9		
"tem que ter muitos protocolos a informatização ajuda"	17 p6		
"é importante a informática, mas temos que saber a linguagem da CIP"	18 p8		
"no início o papel ajuda a pensar"	18 p8		
"a informática vai simplificar"	19 p8		
"penso que é importante começar com o papel (...) a partir do momento que seja trabalhado (...) a informática vai ajudar"	19 p8		
"a informática é mais motivadora e isso é a melhor forma de nos motivar"	20 p8		
Liderança do processo		"Temos que ter orientação de quem saiba para discutir conosco"	1 p7
		"estamos a tentar, só em caso de não conseguir é que recorremos a quem sabe mais"	3 p9
		"alguem que nós ao falar com ela já estamos a mudar o nosso pensamento, estamos a mudar"	3 p13
		"se ninguém vai para frente a motivação perde-se"	3 p9
		"vai-se fazendo mas não aquela liderança (...) com um conhecimento muito concreto"	4 p9
		"nós que temos formação pós básica temos obrigação de ter outra perspectiva (...) temos que ser o motor"	4 p12
		"uma pessoa com conhecimentos concretos pela experiência que já teve em outros serviços"	4 p11
		"alguém que sabe exactamente aquilo que está a pedir, que quer, e onde quer chegar"	4 p12

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		"o chefe deve motivar, mostrar as vantagens para ser utilizável"	5 p7
		"nós temos as nossas ideias, mas é necessário haver alguém para tirar dúvidas, para esclarecer, para discutirmos com ele"	5 p14
		"na instituição há pessoas, nomeadamente no MH (...) que são capazes de nos ajudar"	5 p4
		"o J incentiva-nos muito e nós precisamos desse incentivo, assim vamos começando e avançando"	6 p11
		"de certa forma mudando a mentalidade das pessoas para se irem habituando à ideia da mudança, pois iria implementar um sistema novo"	7 p10
		"se vier cá por exemplo as colegas do MH que nos incentivam (...) a gente vê a motivação dos outros"	7 p14
		"é preciso orientar e liderar, mas se cada um não estiver motivado não leva a lado nenhum, temos que estar em acordo"	8 p5
		"ir avaliando à medida que as coisas vão acontecendo e propôr alterações"	9 p10
		"que o líder esteja motivado é importante, mas se ele não tem a prática"	9 p10
		"uma pessoa que tem muita experiência (...) que tem muito entusiasmo"	10 p17
		"tem que haver alguém que acompanhe, que estimule, verifique a execução e discuta com as pessoas e que incentive a pensar e reflectir"	12 p6
		"agora na operacionalização por standards (...) agora precisamos de apoio"	12 p9
		"não se consegue (...) se não houver um acompanhamento"	12 p7
		"alguem que domine a questão nos diferentes serviços"	12 p4
		"se vão dirigir para tirar dúvidas para esclarecer para discutir"	12 p7
		"alguém que incentive e que leve a pensar e reflectir sobre as coisas"	13 p7
		"a chefia tem um papel relevante"	14 p5
		"o elemento que é responsável pela formação (...) acho que neste momento está a tentar dar resposta às dificuldades que nós temos"	15 p8
		"recorre-se ao MH (...) dizemos ao enfermeiro director"	15 p9
		"liderança pela manutenção, porque aquela injeção de vontade e de cativar"	16 p10
		"não sabemos a diferença entre fenómeno e diagnóstico informamos com as colegas do MH (...) connosco vamos vendo, pensamos e elas ajudam-nos no pensamento e depois decidimos"	16 p9
		"que nos mostrem com o exemplo e que na prática as coisas se relacionam bem"	17 p15
		"tem que haver uma pessoa que lidere o processo, eu acho (...) uma pessoa que coordene e que saiba do assunto para nos falar e esclarecer"	18 p7
		"porque se nós vamos falar com uma pessoa que saiba (...) a pessoa ao falar connosco está-nos a mudar interiormente"	18 p8
		"a pessoa tem que ter firmeza naquilo que sabe"	18 p7
		"alguém do exterior com conhecimentos concretos"	19 p6

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
Vantagens percebidas face à implementação do projecto	Rentabilidade na organização	"maior rentabilidade"	1 p15
		"maior contabilização do que nós estamos a fazer"	1 p8
		"evitar o que se repete"	2 p10
		"quantificar o que a gente faz"	3 p10
		"PE de forma organizada"	3p12
		"caminhamos para o mesmo objectivo"	3 p13
		"dizem que há redução de tempo, facilidade de organização"	4 p13
		"é um fio condutor para os registos"	4 p12
		"organização do tempo"	4 p13
		"acaba por não esquecer"	5 p11
		"vão permitir uma organização de registos"	5 p11
		"ajuda na integração do serviço"	6 p13
		"mais fácil fazer os registos, registos mais completos"	6 p10
		"ali está tudo (...) acaba por não esquecer"	6 p13
		"redução do tempo de registos "	7 p9
		"quando se admite um enfermeiro ele já sabe"	7 p12
		"facilitar muito os registos de enfermagem"	7 p12
		"tendo os standards é mais fácil "	8 p11
		"se vem um enfermeiro novo é mais fácil para ele"	8 p10
		"mais precisos e mais concisos (...) obtêm bons resultados"	8 p12
		"contabilizar o nosso trabalho"	8 p12
		"com os standards é mais fácil"	8 p13
		"com os standards o enfermeiro já sabe o que vai fazer naquele momento"	8 p6
		"vamos ter ganhos quer em tempo (...) ganhos na prestação, de cuidados"	9 p13
		"permite ganhos em tempo"	9 p13
		"é estruturado esse registo"	9 p13
		"será fácil quantificar"	9 p14
		"fica planeado para o turno seguinte"	10p14
		"registos mais fáceis e alterações mais fáceis"	10 p10
		"já tem registado aquilo que precisa ser feito"	10 p8
		"já tem aquele padrão"	10 p9
		"já tem aquele padrão e depois há alterações mais fáceis"	11 p10
		"não há repetições"	11 p11
		"permite não esquecer o tipo de tarefas que tem que fazer "	11 p11
		"conseguir ver o que os enfermeiros fazem"	12 p12
		"permite colocar contributos de enfermagem, ganhos em saúde no sistema de informação do hospital"	12 p12
		"permite quantificar o que é trabalho de enfermagem"	13 p13
		"organização dos registos"	13 p14
		"não esquecer o tipo de tarefas"	14 p13
		"os cuidados poderão beneficiar, já estão estandardizados"	14 p11
"permite não esquecer o tipo de tarefas que tem que fazer"	14 p12		
"já sabem o tipo de cuidados que a pessoa vai ter"	14 p16		
"mais organizadas as coisas"	14 p14		
"é mais fácil de fazer e é mais seguro"	15 p9		
"tempo mais disponível ao enfermeiro para tratar o doente"	15p11		
"a pessoa chega ali vê tudo"	15 p11		
"demoram menos tempo a fazer"	16 p13		
"está anexado aos registos (...) para ser feito, se não há nada a dizer é porque foi feito"	16 p13		
"com os standards pelo menos o mínimo é feito"	19 p14		
"é mais prático, é mais fácil"	20 p12		
Criatividade na personalização dos cuidados		"vai incutir a necessidade de não ficar por aí e empenharmo-nos mais"	1 p8
		"que o enfermeiro não se esqueça que há uma vertente humana"	1 p9
		"também vai haver melhoria dos cuidados, centamo-nos mais nos cuidados ao doente"	1 p9
		"há coisas que não podem ser estandardizadas (...) deixa espaço para investir"	1 p9
		"pode haver flexibilidade se quiser criar ou inovar tanto nos cuidados como nos registos"	1 p10
		"estamos a documentar aquilo que estamos a prestar"	1 p10
		"temos que valorizar ao máximo a enfermagem"	1 p 11
		"dizer o que fizemos e porque não fizemos"	1 p11
		"satisfação dos profissionais e dos doentes"	1 p12
		"representa a classe vêem-nos como técnicos"	1 p21
		"é uma forma de dar a conhecer os cuidados nos registos"	2 p9
		"vamos falar mais com o doente"	2 p10
		"é uma linguagem mais homogénea e isso faz com que nos entendamos melhor quando prestamos cuidados"	2 p10
		"vai permitir mais individualização, dos cuidados, porque tem um espaço para individualizar"	2p10
		"os standards não obrigam os enfermeiros a ter acções iguais para todos os doentes, cada enfermeiro tem as suas características"	

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		para saber inovar quando necessário"	3 p9
		"dados mais concretos, mais segurança, justifica os actos"	3 p10
		"um espaço para individualizar"	3 p10
		"não vai cortar a imaginação nem a capacidade de resolução face aos doentes"	4 p14
		"não tira a criatividade como tanto se falou no início, pois até ajuda a reflectir no que fazemos"	4 p4
		"pensar e reflectir enfermagem"	4 p9
		"satisfação no nosso trabalho"	4p10
		"está organizado de forma a podermos ficar mais tempo com o doente"	5 p14
		"há espaço para individualizar"	5 p12
		"é um sistema que dá mais satisfação aos profissionais, porque o seu trabalho tem forma para ser documentado tanto com os standads como em espaço onde escrevemos com a nossa criatividade"	5 p10
		"com máxima o sucesso ver o que está menos bem"	5 p20
		"há maior satisfação dos profissionais, a gente tem que saber o que faz mas também gostamos de mostrar o que fazemos, que somos criativos, e este sistema permite"	6 p10
		"não corta a imaginação, porque se há aspectos que são fáceis há outros que exigem criatividade"	6 p9
		"também avalia os cuidados, e isso vai exigir que se não estiver bem temos que mudar"	6 p10
		"os enfermeiros podem entender e entender-se nos cuidados que prestam aos doentes"	6 p10
		"mas nós sentimo-nos melhor, porque fica secreto o que pensamos e o que fazemos"	7 p11
		"são as pessoas na maneira como vão trabalhar com ele, são elas com a sua criatividade"	7 p12
		"têm uma grelha e registam mais ao pormenor"	8 p9
		"muda a organização"	9 p11
		"cuidados mais personalizados"	9 p11
		"tem espaço para o enfermeiro fazer o seu raciocínio, digamos o raciocínio que foi necessário aos cuidados"	9p12
		"sistematizar a linguagem e pensar"	9 p12
		"permite investir na prestação, directa ao doente "	9 p15
		"o método individual de cuidados individualizados"	9 p9
		" com a criatividade necessária possa fazer o seu raciocínio e possa decidir em função do seu doente"	9 p12
		" a qualidade irá melhorar nos cuidados"	9 p11
		"melhor comunicação na equipa"	9 p14
		"entendemo-nos melhor"	9 p14
		"vai dar nome a nossa acção"	9 p15
		"a linguagem não vai limitar, nós continuamos a ser enfermeiros e fazemos as mesmas acções"	10 p11
		"depois há alterações inerentes aquele indivíduo, o que leva a maior personalização e qualidade do que fazemos"	10 p11
		"não irá adulterar os cuidados"	10 p12
		"se eu não me interessar pelo resto (...) completar isso e avaliar o doente"	11 p12
		"vai ter um grande empenho e uma grande dedicação de todos nós"	12 p9
		"há visibilidade maior daquilo que se faz e daquilo que se regista"	12 p14
		"instrumento para renovação e modificação de cuidados"	12 p10
		"aplica-se à realidade de cada serviço"	12 p10
		"os enfermeiros vão-se empenhar mais"	13 p10
		"tem conhecimentos teóricos muito mais aprofundados"	13 p12
		"não é por isso que vai ser bom enfermeiro"	14 p13
		"dá a explicação porquê"	14 p 8
		"vai exigir uma direcção muito grande em relação aos doentes"	14 p9
		"vai permitir uma maior individualização dos cuidados"	14 p9
		"conhecimento mais aprofundado do doente"	14 p3
		"forma de nos entendermos para que haja continuidade de cuidados"	15 p13
		"mais qualidade nos cuidados ao doente"	15 p14
		"a comunicação tem outra qualidade"	15 p11
		"vão continuar a fazer as notas evolutivas"	15 p11
		é um sistema de registos que tem uma linguagem organizada para individualizarmos os cuidados"	15 p12
		"não quer dizer que depois não se possa evoluir (...) não é uma coisa estática"	16 p9
		"cada um tem a sua maneira de ser e de fazer, e a CIPE permite que assim seja"	16 p11
		ser mais aquela continuidade, porque nos entendemos e falamos a a mesma linguagem para os mesmos problemas"	16 p11
		"a metodologia tem que ser reformulada"	16 p13
		"os cuidados mais individualizados"	16 p9
		"temos que por as datas do início, vamos vendo a evolução"	17 p9
		"temos que nos organizar de maneira diferente"	18 p9

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	ENF
		"é um tipo de registos que leva a uma mudança para termos capacidade de dar resposta"	18 p14
		"tem espaço para inovar"	19 p13
		"dá mais satisfação profissional"	19 p14
		"identifica o papel do enfermeiro na equipa de saúde"	19 p14
		"a criatividade é possível"	19p14
		"o método individual é necessário"	19p15
		"temos que mudar nós em primeiro lugar, temos que ter essa imaginação e criatividade"	20 p14
		"permite decidir os cuidados precisos em função do seu doente em criatividade"	20 p11
		"liberdade não vai cortar, nem essa criatividade"	20 p12
	Investigação em enfermagem	"nas úlceras de pressão investigamos melhor (...) será que não prestamos bons cuidados ? "	1 p14
		"haver dados mesmo a nível de investigação"	1 p8
		"a informação a nível de estudos é mais fácil numa linguagem comum"	2 p5
		"fácil consulta para trabalhos de investigação"	3 p12
		"procurar informação e consultar"	4 p11
		"permite uma investigação com informação a posterior"	5 p9
		"investigação mais fácil"	5 p11
		"justifica investigação na área de enfermagem porque os registos e a linguagem são de enfermagem"	9 p9
		"possibilita a comparação de dados"	9 p10
		"trocar informação com outros países, ver resultados positivos e negativos"	9 p9
		"permite outra investigação"	10 p12
		"é bom para a investigação"	11 p11
		"permite um tipo de investigação em enfermagem diferente, permite investigar o que fazemos e também como fazemos, porque a linguagem escrita é comum"	12 p13
		"investigar o que fazemos"	12 p13
		"fazer estudos com o auxílio da internet"	16 p12
		"colhe melhor a informação para estudos"	19 p13