

**MARIA DE LOURDES GIL PATRÍCIO VARANDAS DA
COSTA**

**MAIS SABER, MELHOR ENFERMAGEM:
A repercussão da formação na qualidade de cuidados**

Orientador: António Luís Carvalho

Co-Orientador: Albino Lopes

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Educação

**Lisboa
2011**

**MARIA DE LOURDES GIL PATRÍCIO VARANDAS DA
COSTA**

**MAIS SABER, MELHOR ENFERMAGEM:
A repercussão da formação na qualidade de cuidados**

Tese apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias para a obtenção do Grau de Doutor no Curso de
Doutoramento em Educação, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor
António Luís Carvalho
Co-Orientador: Professor Doutor
Albino Lopes

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Educação

Lisboa 2011

FRASE

A educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade. O homem deve transformar a realidade.

Paulo Freire, 1990

Agradecimentos

Desde a primeira hora que este trabalho só foi possível pelo apoio e solidariedade de algumas pessoas, às quais expresso a minha profunda gratidão, entre os quais me permito citar os seguintes nomes:

Professor António Luís Carvalho, meu orientador, o qual diferencio pela sua orientação em todo este percurso.

Professor Albino Lopes pela sua incondicional disponibilidade e competência.

Doutor Renato Nunes pelo contributo dado à análise dos dados obtidos.

A todas as Organizações de Saúde que se disponibilizaram a participar neste trabalho e permitiram a concretização deste projecto bem como aos colegas que aí trabalham.

Gostaria também de dedicar este trabalho a todos os que necessitam da prestação de cuidados de enfermagem.

A todos os amigos que me incentivaram, mesmo à distância, na execução desta tarefa.

À minha família, ao marido, Raul, aos meus filhos, Diogo e Nuno, pelo seu apoio efectivo e insubstituível.

A todos o meu profundo agradecimento.

Resumo

Esta tese de doutoramento procurou desenhar um quadro conceptual para implementar um novo modelo formativo, que permita melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Partindo da pergunta “*qual o contributo da formação inicial para a qualidade percebida pelos utentes?*”, procuramos perceber a relação entre a formação escolar, a emergência de competências profissionais, em sede de exercício, e a qualidade percebida pelos utentes.

Este estudo é estruturado em dois momentos: o estudo nuclear assente numa metodologia qualitativa, com aproximação à Grounded Theory que permitiu perceber a importância da formação para a qualidade dos cuidados e a formulação do modelo inicial de investigação; e um estudo complementar de carácter descritivo-transversal, enquadrado numa metodologia quantitativa e em análise documental que nos permitiu avaliar a satisfação dos clientes sobre a qualidade dos cuidados e a construção de um novo modelo sobre os factores mais relevantes para a satisfação do cliente.

Os resultados obtidos possibilitam a identificação de um conjunto de variáveis que influenciam, directa e indirectamente, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes e permitem a elaboração do modelo final de análise do problema formulado, realçando sobretudo o estatuto da emergência das competências como variável mediadora.

Palavras-chave – formação, enfermagem, emergência de competências, cuidar, qualidade.

Abstract

This doctoral thesis sought to draw a conceptual framework to implement a new training model, which will improve the quality of nursing care.

Starting from the question "what is the contribution of initial training to the quality perceived by users?" We explored the relationship between school education, the emergence of nursing skills in professional settings, and the satisfaction of the customer.

This work is structured in two phases. The first phase consists of a Nuclear Study that aimed to understand the importance of education to the quality of care and allowed to develop the initial research model. A qualitative methodology based on the Grounded Theory was used. The second phase consists of an additional descriptive cross-sectional study using a quantitative methodology and document analysis. This study aimed to assess customer satisfaction with the quality of care and allowed to build a new model based on the factors most relevant to customer satisfaction.

The results allowed the identification of a set of variables that influence directly and indirectly the quality of care and customer satisfaction, and the preparation of the final analysis of the problem posed, highlighting the status of emerging competencies as a mediating variable.

Keywords - formation, nursing, competence, caring, quality.

Resumen

Esta tesis de doctorado trató de elaborar un marco conceptual para implementar un nuevo modelo de formación, lo que mejorará la calidad de los cuidados de enfermería.

A partir de la pregunta "¿cuál es la contribución de la formación inicial a la calidad percibida por los usuarios?" somos conscientes de la relación entre la educación escolar, la aparición de las competencias profesionales, en el goce y la calidad percibida por los usuarios.

Este estudio se estructura en dos fases: el estudio nuclear sobre la base de una metodología cualitativa con la Teoría Fundamentada y que permitió darse cuenta de la importancia de la educación para la calidad de la atención y la formulación del modelo de la investigación inicial, y un estudio complementario a ser descriptivo transversal, enmarcada en una metodología cuantitativa y análisis de documentos que nos ha permitido evaluar la satisfacción del cliente sobre la calidad de la atención y la construcción de un nuevo modelo de los factores más relevantes para la satisfacción del cliente.

Los resultados permitieron la identificación de un conjunto de variables que influyen directa y indirectamente, la calidad de la atención y satisfacción del cliente y permitir la preparación del modelo final de análisis del problema formulado, señalando en particular la situación de los poderes de emergencia como una variable mediadora.

Palabras clave - la formación, enfermería, atención, calidad, competencia.

Abreviaturas

ARS (LVT) – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CF – Centro de Formação

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

DEP – Departamento de Educação Permanente

D.R.H.S – Direcção de Recursos Humanos em Saúde

EC – Ensino Clínico

EPE - Escola Profissional de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

s.d. - sem data

INDICE

Introdução	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO: ENFERMAGEM, COMPETÊNCIAS E PRÁTICA PROFISSIONAL	23
1. Origem e justificação do problema de investigação	24
CAPÍTULO 1: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	29
1. Contexto histórico da formação em enfermagem	30
1.1. A integração do Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional – 1988.....	41
1.2. A importância da formação contínua em enfermagem	44
CAPÍTULO 2: O CUIDAR	52
2. O cuidar	53
2.1. A qualidade dos cuidados de enfermagem.....	56
2.2. A importância da liderança para a qualidade dos cuidados.....	67
CAPÍTULO 3: FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E PRÁTICA PROFISSIONAL ..	75
3. Formação de Competências e Prática Profissional	76
3.1. Conceito de educação	76
3.2. Conceito de aprendizagem	83
3.2.1. Teorias da aprendizagem	85
3.3. Tipo de Formação em Enfermagem	92
3.3.1. Na teoria.....	92
3.3.2. Na prática.....	97
3.4. Conceito de competências.....	105
3.5. Competências do enfermeiro de cuidados gerais	110
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	117
CAPÍTULO 4 – MOMENTOS DA INVESTIGAÇÃO	119
1. Estudo nuclear: momento de investigação 1	120
1.1. Caracterização do estudo	120
1.2. Protocolo do Momento de Investigação 1	121
1.2.1. Constituição dos sujeitos participantes	121
1.2.2. Acesso	122
1.2.3. Entrevistas	123
1.3. Análise da informação	123
1.4. Síntese conclusiva	128
2. Estudo Nuclear: Momento de Investigação 2	131
2.1.1. Constituição dos sujeitos participantes	131

2.1.2. Acesso	132
2.1.3. Entrevistas	133
2.1.4. Caracterização dos sujeitos participantes	136
2.2. Análise da informação	137
2.4. Modelo sugerido a partir do estudo nuclear: momento de investigação 2	162
2.4.1. Sistema de objectivos da pesquisa empírica do modelo de investigação	164
3.2.2. Constituição da população e amostra	166
3. Estudo Complementar: Momento de Investigação 1	167
3.1. Caracterização do estudo complementar	167
3.1.1. Tipo de Estudo	167
3.2.2. Constituição da população e amostra	172
3.3. Técnica de recolha de dados	172
3.4. Técnica de análise dos dados	174
3.4.1. Aplicação do formulário SUCEH ₂₁	174
3.4.2. Aplicação do formulário SUCECS ₂₆	176
3.5. Discussão dos resultados dos formulários SUCEH ₂₁ e SUCECS ₂₆	179
3.5.1. Médias da escala de satisfação dos utentes em contexto hospitalar	179
3.5.2. Análise correlacional em contexto hospitalar	180
3.5.3. Médias da escala de satisfação dos utentes em contexto de CSP	181
3.5.4. Análise correlacional de satisfação dos utentes em contexto de CSP	182
3.6. Resumo dos objectivos e síntese conclusiva	184
3.7. Modelo sugerido a partir do estudo efectuado	188
4. Estudo Complementar: Momento de Investigação 2	190
4.1. Protocolo do Momento de Investigação 2	190
4.2. Análise da informação das reclamações dos utentes	190
4.3. Síntese conclusiva	193
PARTE III - RESULTADOS	196
CAPÍTULO 5	197
1. Resultados Globais	197
2. Considerações Finais	208
3- Implicações e Perspectivas Futuras	214
BIBLIOGRAFIA	216
ANEXOS	I
ANEXO I	II
Guião de entrevistas exploratórias	II
ANEXO II	VI
Síntese narrativa da análise e interpretação das entrevistas exploratórias realizadas a peritos	VI
ANEXO III	XIII
Guião de entrevistas semi-directivas	XIII

ANEXO IV.....	XVII
Síntese narrativa da análise e interpretação das entrevistas semidirectivas	XVII
ANEXO V.....	XXIV
Pedido de autorização	XXIV
Conselho Directivo da ARS (LVT) I.P	XXIV
ANEXO VI.....	XXVII
Pedido de autorização	XXVII
Conselho de Administração do CHLC - E.P	XXVII
ANEXO VII.....	XXXI
Consentimento informado.....	XXXI
ANEXO VIII.....	XXXIV
Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos SUCEH ₂₁ e SUCECS ₂₆	XXXIV
ANEXO IX.....	XXXVI
Formulário de avaliação da.....	XXXVI
satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital	XXXVI
SUCEH ₂₁	XXXVI
ANEXO X.....	XXXIX
Formulário de avaliação da.....	XXXIX
satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde SUCECS ₂₆	XXXIX

INDICE DE QUADROS

Quadro 3.1 – Tipologias de competências	112
Quadro 4.1 – Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo do conteúdo das entrevistas exploratórias	124
Quadro 4.2 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias, do conteúdo das entrevistas semidirectivas	138
Quadro 4.3 - Objectivos da pesquisa empírica do modelo de investigação	165
Quadro 4.4 – Estrutura factorial do formulário SUCEH ₂₁	173
Quadro 4.5 - Estrutura factorial do formulário SUCECS ₂₆	174
Quadro 4.6 – Resumo dos objectivos do modelo de investigação	185
Quadro 4.7 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias do conteúdo das reclamações dos utentes das organizações de saúde.....	191

INDICE DE TABELAS

Tabela 4.1 – Caracterização dos sujeitos participantes	122
Tabela 4.2 – Caracterização dos sujeitos participantes em organização de cuidados de saúde hospitalares	132
Tabela 4.3 – Caracterização dos sujeitos participantes em organização de cuidados de saúde primários.....	132
Tabela 4.4 – Distribuição dos sujeitos participantes de acordo com o género, a idade, as habilitações literárias e as habilitações profissionais.....	136
Tabela 4.5 – Distribuição dos sujeitos participantes de acordo com os anos de exercício profissional e categoria profissional, segundo frequências absolutas e relativas.....	137
Tabela 4.6 – Prestação de cuidados melhorou na última década	139
Tabela 4.7 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Alteração na Forma de Ver o Utente</i>	140
Tabela 4.8 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Não : categoria <i>Alteração Na Forma De Ver O Utente</i>	141
Tabela 4.9 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Talvez : categoria <i>Alteração Na Forma De Ver O Utente</i>	142
Tabela 4.10 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Políticas de Saúde</i>	142
Tabela 4.11 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Não : categoria <i>Políticas de Saúde</i>	143
Tabela 4.12 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Talvez : categoria <i>Políticas de Saúde</i>	144
Tabela 4.13 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Formação</i>	144
Tabela 4.14 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Não : categoria <i>Formação</i>	145
Tabela 4.16 – A Formação inicial promove as competências necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade	146
Tabela 4.17 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Desenvolvimento de Competências</i>	147

Tabela 4.18 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Não : categoria <i>Desenvolvimento de Competências</i>	147
Tabela 4.19 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Talvez : categoria <i>Desenvolvimento de Competências</i>	148
Tabela 4.20 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Contextos da Prática</i>	149
Tabela 4.21 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Não : categoria <i>Contextos da Prática</i>	149
Tabela 4.22 – A evolução da formação em enfermagem acompanhou as mutações ou as transformações na prática dos cuidados de enfermagem	150
Tabela 4.23 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Formação Inicial</i>	150
Tabela 4.24 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Talvez : categoria <i>Formação Inicial</i>	151
Tabela 4.25 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Formação Contínua</i>	152
Tabela 4.26 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam Sim : categoria <i>Respeitar o Utente</i>	152
Tabela 4.27 – Contributos da formação pós graduada para a melhoria da qualidade dos cuidados	153
Tabela 4.28 – Resumo da análise de conteúdo: categoria <i>Tem Contributos</i>	153
Tabela 4.29 – Resumo da análise de conteúdo: categoria <i>Não Tem Contributos</i> ...	154
Tabela 4.30 – Distribuição dos sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas, segundo a frequência absoluta e a frequência relativa	175
Tabela 4.31 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a residência, o centro de saúde de apoio e a necessidade de cuidados de enfermagem segundo a frequência absoluta e frequência relativa.....	175
Tabela 4.32 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a idade e as habilitações literárias, segundo a média e o desvio-padrão.....	176
Tabela 4.33 – Distribuição dos sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas, segundo a frequência absoluta e relativa	177

Tabela 4.34 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a residência, o número de deslocações ao centro de saúde e os motivos de deslocação segundo a frequência e a percentagem	177
Tabela 4.35 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a idade e as habilitações literárias, segundo a média e o desvio-padrão.....	178
Tabela 4.36 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de deslocação e os motivos de ida ao centro de saúde segundo a frequência e a percentagem	178
Tabela 4.37 – Valores médios e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde hospitalar.....	179
Tabela 4.38 – Valores de média ponderada e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.....	180
Tabela 4.39 – Análise de correlações entre a escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital e as suas habilitações literárias	180
Tabela 4.40 – Valores médios e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de CSP	181
Tabela 4.41 – Valores de média ponderada e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de CSP.....	182
Tabela 4.42 – Análise de correlações entre a escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde e as suas habilitações literárias .	182
Tabela 4.43 – Teste da diferença de médias do género segundo as dimensões das escalas em estudo	183
Tabela 4.44 – Teste da diferença de médias das razões de ida ao centro de saúde segundo as dimensões das escalas em estudo	184

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Desenho do estudo	28
Figura 2.1 – Componentes da qualidade	65
Figura 2.2 – Comparação dos Modelos de Maslow e de Herzberg	71
Figura 4.1 – Problema de investigação	127
Figura 4.2 – Aspectos facilitadores que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados	163
Figura 4.3 – Aspectos inibidores da melhoria da qualidade dos cuidados	164
Figura 4.4 – Formulação do problema segundo uma lógica dedutiva	168
Figura 4.5 – Factores facilitadores da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem	188
Figura 5.1 – Modelo final dos factores facilitadores da qualidade dos cuidados e da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem	197

INDICE REMISSIVO

Formação – 18; 19; 20; 21; 24; 37; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49; 50; 51; 58; 78; 79; 90; 94; 95; 96; 98; 99; 100; 102; 103; 104; 106; 107; 108; 109; 110; 114; 115; 123; 126; 128; 129; 130; 131; 138; 145; 146; 147; 150; 151; 152; 153; 156; 158; 159; 161; 162; 163; 199; 200; 202; 203; 209; 210; 212; 213; 214.

Enfermagem - 17; 18; 19; 20; 24; 25; 26; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 49; 53; 54; 55; 57; 66; 67; 74; 92; 93; 94; 95; 96; 97; 98; 99; 104; 110; 116; 126; 129; 181.

Competências – 18; 20; 45; 48; 61; 66; 67; 72; 74; 76; 77; 88; 95; 99; 103; 107; 108; 109; 110; 111; 112; 113; 114; 115; 128; 130; 145; 147; 148; 149; 150; 154; 155; 156; 158; 159; 161; 163; 186; 187; 189; 191; 192; 194; 199; 200; 201; 203; 206; 207; 209; 210; 211; 213.

Cuidar – 19; 46; 53; 54; 55; 57; 60; 66; 99; 159; 185; 187; 200; 201; 202; 207; 211.

Qualidade – 17; 19; 22; 51; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 65; 66; 73; 119; 130; 138; 153; 157; 163; 173; 181; 186; 189; 198; 199; 202; 205; 206; 207; 208; 209; 211; 212.

Introdução

A evolução verificada no ensino de enfermagem, sobretudo a partir dos anos 70, período em que se vivia um recente processo de democratização, através da implementação de novos modelos pedagógicos e novos planos curriculares, criou expectativas em relação ao serviço prestado pelos profissionais de enfermagem.

A década de 90 foi importante para a afirmação ensino de enfermagem. A integração no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, coloca-o sob dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde, o que veio a alterar os critérios de admissão dos candidatos, sendo exigido os pré-requisitos para a admissão ao curso, bem como a realização de provas gerais de acesso e, a candidatura específica para o Curso Superior de Enfermagem.

Num passado recente, em 1981, pela primeira vez são definidas as funções do enfermeiro, com o do Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro. Em 1996 é publicado o Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem (REPE) pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Este documento histórico é visto como um instrumento essencial na caminhada da autonomia profissional e, imprescindível para a intervenção directa dos enfermeiros na prestação dos cuidados de saúde. Define as intervenções autónomas e interdependentes, caracterizando-as a partir do processo de cuidados, em que o cuidado à pessoa é o centro de interesse, promovendo uma identidade sócio profissional dos enfermeiros.

Em 1998 é concretizada a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) o que permite responder, a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem.

Em 1999 estamos perante um novo cenário de reforma do Ensino de Enfermagem, com o Decreto-Lei n.º 353, de 3 de Setembro. É criado o Curso de Licenciatura em Enfermagem que passa a ter a duração de quatro anos lectivos conferindo o grau de licenciado.

Contudo, a preocupação com a evolução e com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, continua a ser uma constante, quer para os profissionais quer para

a OE. Desde a sua constituição que, se empenha no desenvolvimento de trabalhos que visam definição de processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências, que conduza à atribuição dos títulos profissionais. Deste trabalho resultou, em 2003 a definição de competências e publicação do perfil de competências para o enfermeiro de cuidados gerais.

Para a aquisição das competências é fundamental que sejam identificados os saberes necessários ao processo ensino-aprendizagem de forma a permitir o seu desenvolvimento.

A formação não implica apenas a aquisição de conhecimentos ou de técnicas, implica também, um desenvolvimento pessoal que passa pela adaptabilidade, flexibilidade, autonomia, que esteja desperto para aprender a aprender.

Desta forma o modelo de formação deve estar ancorado no referencial da pedagogia critico-reflexiva, contribuindo para a construção de competências profissionais que possibilitam o agir centrado no cuidado holístico. E ainda, pensamos que a formação deve ser baseada numa reflexão sobre o *habitus* e a socialização profissional, cuja transferência realiza-se em situação profissional, ensino clínico (EC), dependendo, essencialmente, da coerência dos modelos, normas e valores presentes ou adquiridos no estágio, e ainda, do estágio de partida do estudante, natureza e grau de ambição dos objectivos, os meios pedagógicos e a duração.

Torna-se pois necessário que o Ensino de Enfermagem construa processos que ajudem a estruturar propostas mais adaptadas às exigências do mundo moderno e do futuro de incertezas, e principalmente, proporcione, aos estudantes, conteúdos e metodologias que lhes permita a aquisição de novas atitudes e comportamentos no trabalho, de forma a constituírem os seus próprios saberes, a sua própria rede de crenças e de valores.

O presente documento desenvolve-se ao longo de três (3) partes, a saber:

Parte I – é constituída por três (3) capítulos e refere-se ao enquadramento teórico e metodológico. Fazemos uma introdução ao tema e à problemática.

No âmbito da revisão da literatura, no capítulo 1, pretendemos reflectir sobre: a *Evolução histórica da Enfermagem*, desde os primórdios, à integração do ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional (1988), passando pela relevância da formação contínua.

No capítulo 2: incidimos sobre o processo de *Cuidar*, praticado pela enfermagem, que pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve acções, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, psico-social, económico, político e espiritual, pretendendo a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde. Na perspectiva de Leininger e segundo a Teoria Transcultural, o cuidar implica ainda ter conhecimentos dos rituais do cuidado, segundo a cultura e as tradições que direccionam cada indivíduo na resolução de problemas. Ainda, Jean Watson relembra-nos o risco da hiper-especialização dos profissionais de saúde, o que conduz a uma atitude de ver a pessoas de uma forma fragmentada, pelo que é necessário que se reflecta e promova nos estudantes a prática de cuidados de uma forma holística e consonante com o paradigma emergente do cuidar.

Desta forma, contribuímos para a satisfação do cliente e para a realização dos profissionais, o que significa contribuir para a qualidade de cuidados.

A qualidade dos cuidados de enfermagem implica, não só, o conhecimento científico e a necessidade de adequá-lo a cada pessoa, mas também a liderança para essa mesma qualidade, estimulando a formação dos profissionais e o trabalho em equipa, proporcionando perspectivas sobre diferentes ângulos da realidade, criando envolvimento e compromisso efectivo, fundamental para a evolução da organização. Daí que, a OE (2002) através do Conselho de enfermagem, ao descrever os Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem, menciona que a “qualidade exige reflexão sobre a prática ... e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados” (OE, 2002, p.5).

Assim, é importante reflectirmos sobre o que se entende por “qualidade”. Analisamos sobretudo a perspectiva de Mezomo (2001), de Hesbeen (2001) e ainda Donabedian (2003), Neste sentido, a qualidade de cuidados implica, que o cuidar seja praticado em todas as suas dimensões. A promoção da melhoria da qualidade é um processo longo, que implica liderança, mas, simultaneamente contribui para uma melhor compreensão da qualidade e desejo de melhorá-la.

Assim, cabe à Escola, através dos modelos de formação, procurar dar resposta aos novos cenários organizacionais com estratégias de um ensino criativo que conduza os estudantes, de uma forma congruente e motivadora, à modernização do ensino de enfermagem.

Perante os novos cenários da gestão em saúde, a liderança assume um papel primordial para uma melhor prática dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, fazemos

uma breve abordagem retrospectiva a diferentes teorias, pelo que, em primeiro lugar referimo-nos às Teorias de Administração Científica, focalizada na organização racional do trabalho, e na Teoria dos Recursos Humanos, segundo a qual, o ambiente no local de trabalho e a identificação com os objectivos organizacionais contribui para a satisfação dos funcionários, logo, reflecte-se no desempenho destes. Por fim, a Teoria da Liderança Transformacional, na medida em que contribui para estimular a capacidade de comunicação entre os membros da equipa, o espírito crítico, o trabalho em equipa, competências que servirão de base e suporte para preparar novas estratégias.

Por fim, no capítulo 3, procuramos fazer uma breve revisão sobre a *Formação de Competências e a Prática profissional*. Esta, está interligada com o processo de ensino-aprendizagem, pelo que é necessário desenvolver processos que contribuem para um perfil de futuro profissional que corresponda às necessidades de mercado de emprego.

Assim, abordamos um percurso explicativo do conceito de educação, bem como a concepção de alguns filósofos, ao longo dos tempos. Para melhor compreendermos o que é a aprendizagem e como é que os estudantes constroem os seus saberes e como os dispõem ao serviço da comunidade, abordamos cinco tipos de teorias, que se interligam: a teoria do Condicionamento clássico, a Teoria do Condicionamento Operante, a Teoria da Aprendizagem Social, A Teoria significativa de Ausubel e a Teoria Ecológica do Desenvolvimento humano.

Fazemos igualmente uma retrospectiva à Formação em Enfermagem, quer na *Teoria*, tentando perceber a evolução dos conteúdos programáticos, quer na *Prática*, ou seja, a formação ligada aos contextos da prática, procurando fazer uma interligação com as teorias já referidas.

Por fim, o processo formativo através das suas práticas procura potenciar o desenvolvimento de competências. Assim, debruçamo-nos sobre: o conceito de competência, no sentido lato, referindo-nos a Perrenoud (2002), Le Boterf (1995); às competências do enfermeiro de cuidados gerais preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2003), articulando com os autores supracitados e ainda com Pires (1994) e Aubrun e Orofiamma (1990), invocando a Bourdieu e o modelo de Nonaka e Takeuchi (1997).

A nossa contribuição para compreender se a formação inicial habilita recém-licenciados com as competências necessárias para prestarem cuidados de qualidade e avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, será objecto da segunda parte do nosso trabalho, constituída por dois (2) estudos.

Parte II – o capítulo quatro (4) diz respeito ao estudo empírico e optámos por uma metodologia multimétodo. O objecto de pesquisa surgiu como resposta à nossa pergunta de partida:

“Qual o contributo da formação inicial (licenciatura e outras formações em contexto escolar) para a qualidade de cuidados percebida pelos utentes?”

Neste sentido, tendo por base o tema e a revisão de literatura, e para responder à nossa questão, passamos a apresentar os objectivos, por nós estabelecidos. O primeiro objectivo, tem algo específico e controlador a partir de um primeiro estudo e tem uma dimensão geral, na medida em que só no final dos dois estudos poderá estar cabalmente respondido. Os restantes objectivos são específicos. Deste modo, pretende-se:

- Avaliar se os profissionais de enfermagem consideram que a formação inicial se encontra devidamente orientada para a emergência das competências necessárias para serem prestados cuidados de qualidade;
- Avaliar a percepção da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem;
- Identificar as diferenças que os enfermeiros e os utentes percebem da qualidade dos cuidados.

A fim de darmos resposta à esta questão procedemos à nossa pesquisa. Consta do **Estudo Nuclear** que engloba dois momentos de investigação, designados por *momento de investigação 1*, porque constitui o ponto de partida do nosso trabalho, pela realização de entrevistas exploratórias, a peritos, tendo como objectivo *estabelecer as unidades de registo para a construção do modelo de análise*, o que permite proceder a uma revisão de literatura e perspectivar o projecto do desenho do estudo. O *momento de investigação 2* pretende compreender *como é que os enfermeiros percebem a influência da formação inicial e pós-graduada na qualidade dos cuidados*. Este *momento* foi realizado a partir de um guião orientador de entrevistas elaborado a partir dos temas resultantes, fundamentalmente, do primeiro momento de investigação, foram estruturadas as entrevistas semi-directivas, dirigidas a enfermeiros detentores da titulação inicial, há cinco anos e mais e com formação pós graduada, de diferentes categorias. Do estudo efectuado resultou um modelo inicial de investigação que representa os aspectos facilitadores e inibidores da qualidade dos cuidados.

O **Estudo Complementar** pretende validar o modelo inicial e divide-se, igualmente, em dois momentos de investigação. O *momento de investigação 1* avalia a satisfação dos

utentes em relação aos cuidados de enfermagem. Este estudo foi realizado a partir da aplicação de dois instrumentos de colheita de dados, SUCEH₂₁ para contexto de cuidados hospitalares e SUCECS₂₆ para contexto de CSP, a utentes utilizadores destes serviços. Deste estudo resultou um modelo em que salientamos os aspectos mais relevantes para a satisfação do cliente.

O *momento de investigação 2* constitui a última etapa do nosso estudo de investigação e diz respeito à avaliação, de uma forma global, da insatisfação dos clientes em relação aos cuidados de enfermagem, relativamente às organizações em estudo. Recorremos à análise documental, em suporte informático das reclamações dos utentes, colhidas no Observatório Nacional do gabinete do Utente. Teve como propósito complementar os dados já colhidos e dar mais consistência à nossa investigação.

Parte III – é constituída pelo capítulo 5 - **Apresentação dos resultados** – os resultados obtidos são apresentados do ponto de vista analítico e interpretativo. São obtidos pela análise do modelo sugerido no Estudo Nuclear, no *momento de investigação 2* e os resultados obtidos no Estudo Complementar, no *momento de investigação 1*, o que nos permite a construção de outro modelo de investigação.

Destes estudos emergiram dois grupos de factores: na perspectiva dos enfermeiros, que são facilitadores da qualidade dos cuidados, e na perspectiva do cliente, que são facilitadores da satisfação deste. Por outro lado, estes estudos possibilitaram avançar com sugestões sobre o processo formativo da Enfermagem.

As **conclusões** apresentadas permitem responder aos objectivos delineados e propor algumas sugestões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO

“O mundo está cheio de respostas.
O que demora é o tempo das perguntas”
José Saramago

1. Origem e justificação do problema de investigação

O estudo teve como origem as preocupações por nós sentidas, enquanto docente, com a formação dos estudantes de enfermagem ao nível da aprendizagem dos conhecimentos teóricos e teórico-práticos destes futuros profissionais da saúde.

Como se comprova, o ensino de enfermagem sofreu várias alterações, sobretudo a partir dos anos 70 e até aos dias de hoje, que cronológica e sinteticamente apresentamos.

Em 1976 deu-se início a um novo Plano de Estudos, designado *Livro Verde*, que teve como preocupação dar formação aos enfermeiros, com maior ênfase na saúde e nas ciências humanas, passando a valorizar-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e não na doença. Desta forma, preconizava-se que o ensino de enfermagem fosse orientado para a prestação de cuidados e não apenas para a execução de tarefas, de forma isolada. Foi criado um único nível de base, denominado Curso de Enfermagem, que teve como habilitações literárias, o curso geral dos liceus.

Acreditava-se que havia necessidade de que as habilitações literárias fossem um indicador fundamental para o desenvolvimento da enfermagem, até porque, as recentes alterações sociais levavam a que as Escolas fossem cada vez mais procuradas por jovens, que tinham, como habilitações o curso complementar dos liceus. Este requisito passou a integrar as condições de acesso ao curso de enfermagem, por exigência legal do Decreto n.º 98 de 6 de Setembro de 1979, contribuindo para a valorização do ensino de enfermagem e da profissão. O motivo destas medidas prendia-se também com o facto de se equacionar a conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores, no âmbito de Ensino Superior de Curta Duração.

Em 1986, procede-se a uma revisão curricular, tendo em consideração não só, as avaliações efectuadas ao curso atrás referido, bem como a Directiva n.º77/453/CEE, relativa ao ensino de enfermagem, que estabelece as orientações que Portugal deve considerar a partir da sua entrada na Comunidade Económica Europeia. São tidos em consideração alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticas às do Ensino Superior que facilitem a integração do ensino de enfermagem no sistema Educativo Nacional, meta já prevista na introdução ao anterior curso de enfermagem.

Este Plano de Estudos, designado *Livro Branco*, é bastante inovador, na medida em que está organizado por semestres, compostos por um conjunto de disciplinas e de

estágio(s), com a duração e especificidade que correspondem a unidades de créditos determinadas. Também durante o período de teoria está contemplado o trabalho do aluno, individual e/ou de grupo.

A década de 90 foi importante para a afirmação do Ensino de Enfermagem. A integração no sistema educativo nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, coloca-o sob dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde, o que veio a alterar os critérios de admissão dos candidatos, sendo exigido os pré-requisitos para a admissão ao curso, bem como a realização de provas gerais de acesso e a candidatura específica para o Curso Superior de Enfermagem.

Em 1990, aprovado pela Portaria n.º 287/90 de 17 de Abril, é criado o Curso de Bacharelato em Enfermagem, com a duração de três anos lectivos, sendo iniciado nesse mesmo ano.

Em 1999, estamos perante um novo cenário de reforma do ensino de enfermagem com o Decreto-Lei n.º 353 de 3 de Setembro, o qual permite a realização do Curso de Licenciatura em Enfermagem que passa a ter a duração de quatro anos lectivos e passa conferir o grau de licenciado. Essa reforma implicou que as Escolas tivessem que se reorganizar de forma a criarem o Ano Complementar de Formação para os estudantes que estivessem no Curso de Bacharelato em Enfermagem e o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, para os profissionais.

Verificamos que não são apenas as condições de admissão para o curso base que melhoraram, mas também foi dada a possibilidade aos enfermeiros de fazerem o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, de forma a adquirirem o grau de licenciado.

Simultaneamente a todas estas mudanças, também as funções do enfermeiro têm sofrido alterações nas últimas décadas. Em 1981, pela primeira vez, são definidas as funções do enfermeiro, com a publicação do Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro.

Em 1996, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem (REPE). Este documento histórico é visto como um instrumento essencial na caminhada da autonomia profissional e imprescindível para a intervenção directa dos enfermeiros na prestação dos cuidados de saúde. Define as intervenções autónomas e interdependentes, caracterizando-as a partir do processo de cuidados, em que o cuidado à pessoa é o centro de interesse, promovendo uma identidade sócio profissional dos enfermeiros.

Verificamos que, pelas alterações analisadas nos últimos anos, no ensino de enfermagem, e na profissão, houve um processo de crescimento significativo. Tem sido um caminho repleto de curvas e obstáculos, que tem sido conseguido transpor. Porém, ainda continuamos a ouvir dizer que a qualidade dos cuidados não é a melhor.

Por isso, a preocupação com a evolução e com a melhoria da qualidade percebida, dos cuidados de enfermagem, continua a ser uma constante, quer para os profissionais quer para a Ordem dos Enfermeiros (OE). Desde a sua constituição que se empenha no desenvolvimento de trabalhos que visam a definição de processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências, que conduza à atribuição dos títulos profissionais. Deste trabalho, resultou em 2003 a definição de competências e a publicação do perfil de competências para o enfermeiro de cuidados gerais.

A escolha desta temática deve-se à preocupação do investigador sobre a forma como são prestados os cuidados de saúde, por parte dos enfermeiros.

Desta forma, tendo por base o tema, e a pesquisa bibliográfica inicial, passamos a apresentar os objectivos, por nós definidos. O primeiro objectivo, tem algo específico e controlador a partir de um primeiro estudo e tem uma dimensão geral, na medida em que só no final dos três estudos poderá estar cabalmente respondido. Os restantes objectivos são específicos. Assim, pretende-se:

- Avaliar se os profissionais de enfermagem consideram que a formação inicial se encontra devidamente orientada para a emergência das competências necessárias para serem prestados cuidados de qualidade;
- Avaliar a percepção da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem;
- Identificar as diferenças que os enfermeiros e os utentes percebem da qualidade dos cuidados.

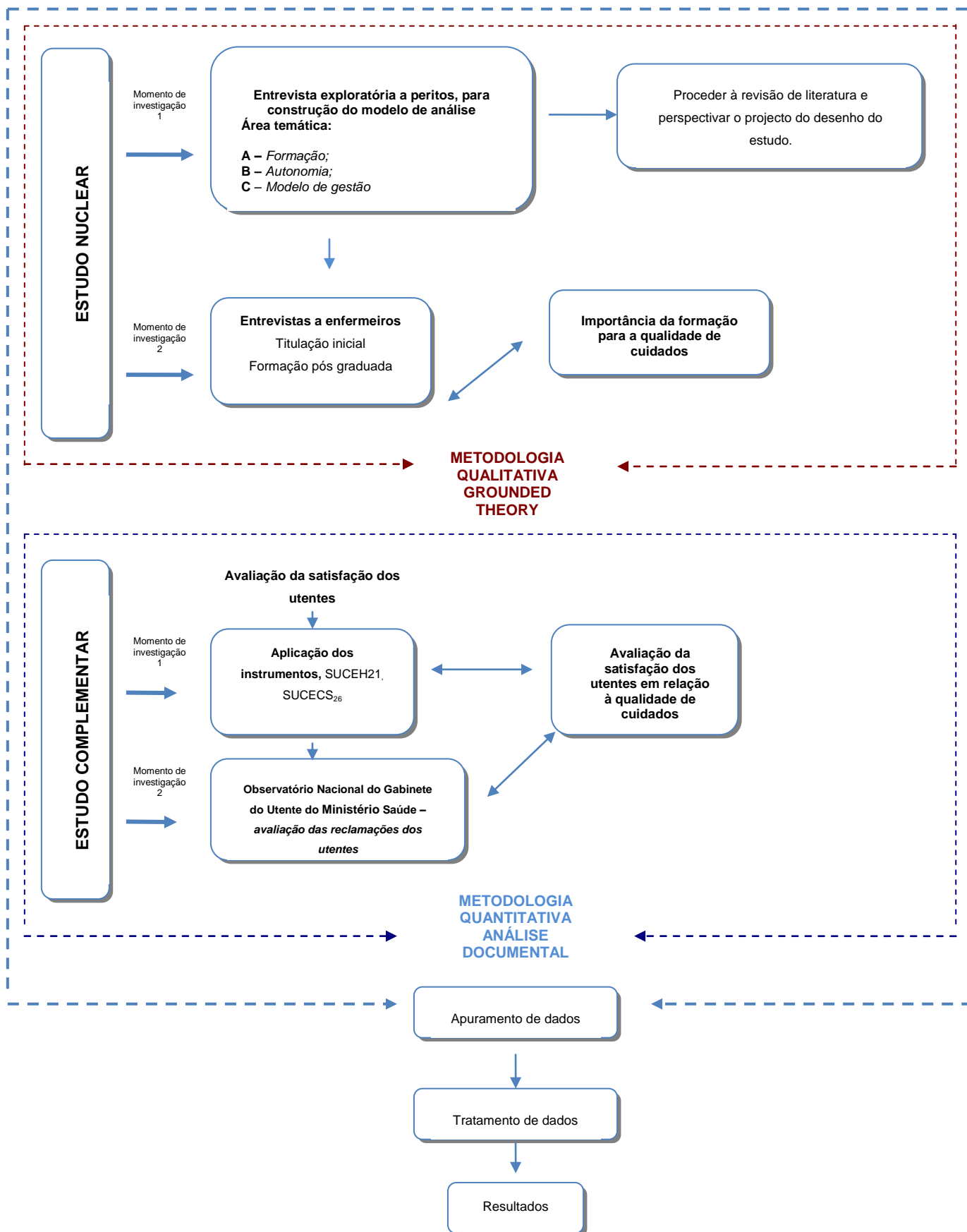
Pretendemos compreender de que forma é que os enfermeiros constroem os seus saberes e os dispõem na comunidade, centrando-nos no papel do ensino de enfermagem e nas competências adquiridas ao longo da formação.

2. Desenho do estudo

Para o nosso trabalho de investigação delineámos dois estudos distintos, *estudo nuclear e estudo complementar*, com abordagens, qualitativa e quantitativa.

O modelo de investigação do nosso estudo foi elaborado de acordo com as etapas que passamos a apresentar, de forma esquemática, na figura 1.1.

Figura 1.1 – Desenho do estudo



CAPÍTULO 1: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

“Não se conhece bem uma ciência
senão depois de se saber a sua história”.

Auguste Comte

1. Contexto histórico da formação em enfermagem

A profissão de enfermagem surge com o desenvolvimento e com a evolução das práticas de saúde ao longo dos diferentes períodos da história. Nos primórdios da civilização, as actividades tinham como preocupação garantir a manutenção e a sobrevivência, estando estas relacionadas com o trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar. Desde o seu aparecimento, a enfermagem tem exercido um trabalho que é o resultado de uma formação, cujo modelo assistencial é focalizado nas tarefas, sob uma disciplina rígida. Ao longo da sua história sofreu influências religioso-militares, o que foi modelando o seu perfil de desempenho.

O desenvolvimento das suas práticas aparece associado às diferentes sociedades ao longo da história. Desde o antigo Egipto, à Assíria e Mesopotâmia, passando pela Grécia, Roma, China e Japão, que a prática do cuidar está ligada às concepções teológicas.

Embora sejam inúmeras as alusões aos conhecimentos da medicina, foi na Índia que os budistas contribuíram, fundamentalmente, para o desenvolvimento da enfermagem, pois são eles que “citam os enfermeiros, exigindo destes conhecimentos científicos, habilidades e elevados princípios morais” (Geovanini, 2010, p. 6).

Mais tarde, no período medieval, compreendido entre os séculos V e XIII, a prática leiga passa a ser desenvolvida por religiosos, que transmitem os valores, tais como a abnegação, o espírito do serviço, a obediência e outros, que começam a identificar a enfermagem como uma prática sacerdotal.

Do final do século XIII até ao início do século XVI, a prática da enfermagem sofre uma evolução associada aos movimentos renascentistas e de reforma protestante, “avançando para a objectividade da observação e da experimentação” (Geovanini, 2010, p. 18).

Embora tenha existido um incremento das universidades, o que contribuiu para a consolidação da ciência médica, este facto não constituiu uma mais-valia para o crescimento da enfermagem, que permaneceu nos hospitais religiosos.

Em Portugal, e de acordo com Mattoso (1993), a prática da assistência remonta a D. Afonso V e é prosseguida por D. João II e D. Manuel. Também a rainha D. Leonor manifesta preocupação, tendo criado, em 1485, o Hospital das Caldas e a Instituição da

Confraria das Misericórdias de Lisboa, em 1496, cuja assistência era, sobretudo, dirigida aos pobres, entre outros, e doentes, visitados em suas casas, sendo-lhes fornecida a assistência médica e os medicamentos necessários. Esta assistência era prestada por ordens religiosas que, por acréscimo à fé cristã, tratavam todos os necessitados. Pelo prestígio que granjearam na prática da assistência, foi-lhes também concedida a administração dos principais hospitais de um grande número de cidades.

Como podemos verificar, durante a Idade Média os cuidados de enfermagem eram da incumbência das freiras e outras pessoas de índole religiosa, normalmente muito dedicadas ao doente mas com pouca cultura de enfermagem.

Em 1644, para além das ordens religiosas, também enfermeiros leigos, sem formação específica, auxiliavam na assistência a todos os necessitados. A estes enfermeiros, para além da higiene aos doentes, competia também administrar as purgas, lambedores, unções e outras mezinhas prescritas pelos médicos.

Segundo Waldow, Lopes e Meyer (1997, p. 68), podemos dizer que nos encontramos na “*primeira fase* do processo de desenvolvimento da profissão e do ensino da enfermagem”. Este abrange o período de enfermagem pré-profissional, denominado de “*modelo religioso*”, que precede a criação da enfermagem profissional moderna. De acordo com este modelo, a assistência é sobretudo prestada por religiosas, com o predomínio dos ideais de caridade e fraternidade, entre outros, próprios do cristianismo. A prática não está ligada à medicina, uma vez que o seu principal objectivo é o bem-estar espiritual. A assistência relaciona-se muito com o *saber prático*, consistente nas tisanas e cuidados domésticos ministrados pela mulher às famílias, às crianças e doentes.

Com a instauração do Renascimento houve grande repercussão sobre a enfermagem, que estava relacionada com as práticas religiosas, dando origem ao começo da laicização dos cuidados de enfermagem, reportado ao final do século XVI e meados do século XIX, em virtude de serem as mulheres da mais baixa esfera que assumiram a prestação destes cuidados. Esta situação é consequência do encerramento de hospitais e da perseguição às religiosas que cuidavam dos doentes, sendo estas substituídas por aquelas pseudo-enfermeiras. Segundo Nogueira, “os doentes corriam perigo nas mãos destas mulheres sem moral, e só com horror eram levados para o hospital” (Nogueira, 1990, p. 100).

Podemos destacar desta fase:

- O carisma religioso da assistência proporcionada ao doente, conferindo à enfermagem um carácter missionário, que subentende o desejo de servir, de generosidade e de auto-sacrifício;
- O carácter do saber prático relacionado com o fazer da mulher em casa;
- A laicização do cuidado ao doente. O *status* social das mulheres que prestam os cuidados, em oposição às mulheres com valores religiosos, morais e sociais, dos primeiros séculos, associado às más condições de trabalho existentes nos hospitais, contribuiu para a descredibilização da prática de cuidados.

Vivíamos um período de alguma confusão de atribuições de enfermeiros e serventes, de tal modo que, segundo Nogueira, “um pouco de prática e alguma habilidade chegavam para fazer um enfermeiro em condições” (Nogueira, 1990, p. 99).

Também na Alemanha, em 1836, numa tentativa de proporcionar formação aos enfermeiros, o pastor Fliedner e a sua esposa fundaram a Escola de Diaconisas. Esta propagou-se pela Alemanha, Inglaterra, América do Norte e outros países. As jovens recebiam, durante cerca de três meses, uma formação moral e conhecimentos de deontologia profissional e também frequentavam cursos de formação técnica, de certa forma reduzidos.

Estas diaconisas tinham como função a visita dos doentes no domicílio, onde estes deviam ser tratados como pessoas de bom nível social. Também Florence Nightingale, em 1851, fez estágio nesta “escola”.

Durante a guerra da Crimeia, Florence teve a oportunidade de colocar em prática não só os conhecimentos adquiridos na referida escola, como também o seu interesse e paixão pelos serviços prestados aos seus semelhantes. Assim, parte, com um grupo de enfermeiras voluntárias, para um hospital inglês de campanha, a fim de prestar os seus serviços aos feridos nos campos de batalha. É após o seu regresso a Inglaterra e com um prémio de 40.000 libras, oferecido pelo Governo e pelo povo, que, em 1860, põe em funcionamento uma escola para enfermeiras, no St. Thomas’ Hospital, em Londres.

Os seus objectivos eram inovadores, pretendia que na direcção da escola estivesse uma enfermeira, e não um médico, como até então era habitual; que o ensino incidisse na prática e de forma sistemática; que a selecção das candidatas fosse efectuada pelo exame físico, oral e intelectual e de aptidão profissional. Através da sua exigência, o seu maior trunfo foi elevar a enfermagem a um nível de respeito profissional:

“toda a enfermeira deve ser uma pessoa com quem se pode contar ... deve ser estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada ... deve ser uma observadora segura, directa e rápida, e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos” (Nightingale, 2005, p. 169).

Quase simultaneamente, em Portugal, o desenvolvimento sociopolítico e cultural que se verificava no reinado de D. Luís I (1861-1889) veio contribuir para que se tornasse uma realidade o que há muito era desejado pelo pessoal médico e responsáveis administrativos dos hospitais, ou seja, a criação de uma escola para formar enfermeiros.

De acordo com Waldow, Lopes e Meyer (1997), podemos dizer que estamos na *segunda fase* do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem, relacionada com o “modelo vocacional” de Florence Nightingale, aliado à criação da enfermagem profissional moderna.

Com o desenvolvimento da Era Industrial, foi necessário melhorar as condições de saúde dos trabalhadores, o que muito contribuiu para os avanços observados na medicina. Começam a convergir, no mesmo espaço hospitalar, as práticas médicas e de enfermagem. Sente-se então a necessidade de dar formação ao pessoal hospitalar, com a finalidade de prestar melhor assistência e, simultaneamente, corrigir o comportamento da enfermeira, para minimizar os perigos resultantes da sua presença no ambiente de trabalho. Pretendia-se, desta forma, elevar o comportamento moral.

À semelhança, também em Portugal é pedido à enfermeira o desenvolvimento de uma prática baseada em valores como o dever, a obediência e a caridade. Essa formação está de acordo com aquilo a que Collière (1989) chama o desenvolvimento do papel moral da enfermeira, que assenta nos valores morais e religiosos.

Tal exigência vem a estar presente no Decreto-Lei n.º4563, de 12 de Julho de 1918, que reorganiza a Escola Profissional de Enfermagem (EPE), dando ênfase, entre outros requisitos, à exigência do *atestado de bom comportamento moral e civil passado pela entidade policial superior da terra de residência, e certificado de registo criminal*, para a frequência do curso de enfermagem.

Formação Inicial

Entre nós, este percurso não foi fácil, tendo o primeiro curso funcionado em Lisboa, no Hospital Real e Nacional de S. José, e em Coimbra, nos Hospitais da Universidade.

Em Lisboa, o Curso de Enfermeiros abriu a 26 de Janeiro de 1887. Constava de quarenta lições, embora, consultando o seu programa intitulado Hospital de S. José e Anexos (1887), encontremos os conhecimentos teóricos organizados em trinta e nove lições. As disciplinas ministradas eram: anatomia, fisiologia, curativo, higiene. As duas primeiras lições incidiam sobre o que é o hospital, seu funcionamento e ainda sobre o que deve ser um enfermeiro e suas qualidades essenciais: obediência absoluta às prescrições do facultativo, caridade, honestidade e vigilância. Eram ainda feitas considerações gerais sobre injeções, tratamentos, medicamentos e sua forma de administração, abordados assuntos relacionados com a higiene do doente e bem-estar do mesmo e ainda os cuidados a ter com as parturientes e os cuidados com o recém-nascido.

Diversas alterações pedagógicas foram efectuadas ao longo dos tempos, tendo havido a preocupação de incluir critérios de ordem moral na selecção dos candidatos. Estas particularidades assemelhavam-se ao que Florence Nightingale recomendava para a formação das suas alunas, que viviam sob uma forte disciplina e exigência de grandes qualidades humanas: “sóbrias, honestas, verdadeiras, dignas de confiança, pontuais, calmas, limpas e asseadas, pacientes, alegres e amáveis” (Nightingale, 1989, p. 6).

Em 1922, manifestando preocupação com os problemas sociais, são introduzidas as novas disciplinas “doenças sociais, e doenças profissionais”, em nosso entender com o objectivo de dar formação aos novos enfermeiros para os problemas sociais e profissionais que então se faziam sentir.

As alterações preconizadas pelo Decreto-Lei n.º 36219, de 10 de Abril de 1947, foram importantes, pois vieram definir as regras a respeitar no ensino da enfermagem ministrado nas escolas oficiais e particulares.

Este diploma é indispensável no que respeita à organização do ensino de enfermagem, na medida em que tinha como linhas gerais:

- Melhorar a preparação técnica dos enfermeiros;
- Elevar o seu nível social e profissional;
- Conferir idoneidade às escolas de enfermagem.

Estas mudanças encontram-se enquadradas na época, e Nogueira designa-as como “enfermagem funcional” (Nogueira, 1990, p, 72), podendo estar relacionadas com o pressuposto para a *terceira fase* do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem. Esta fase decorreu desde o princípio do século XX até aos anos 40 e é um período caracterizado pelo desenvolvimento do processo de industrialização, que se espalha até aos EUA. O número de hospitais aumenta rapidamente e as escolas multiplicam-se para acompanhar este progresso. O modelo de formação está relacionado com o *Paradigma da Categorização*, segundo o qual os fenómenos são categorizados em classes ou grupos definidos e considerados como isoláveis ou de manifestações simplificáveis, existindo um factor causal responsável pela doença. Existe uma orientação para a saúde pública e para a doença.

O ensino consistia na aprendizagem dos procedimentos sem ênfase nos princípios científicos, visto que a preocupação não era o desenvolvimento intelectual dos enfermeiros, mas sim a eficiência e a rapidez dos mesmos. O saber é, sobretudo, manifestado nas técnicas de enfermagem, e não no conhecimento. Entre nós, podemos constatar que nos planos de estudo as disciplinas de enfermagem, também chamadas técnicas de enfermagem, enfatizavam o saber-fazer. A preocupação constante dos formadores foi como desenvolver nos alunos, e tal como designa Malglaive (1997), o domínio do *saber-fazer* ao nível processual.

Esta prática está intimamente relacionada com o modelo taylorista, recentemente implementado na indústria, que separava toda a concepção da execução. O enfoque era o desempenho das tarefas e não o doente.

Para Kalish e Kalisch (1975), citado por Nogueira, mantinha-se o modelo de formação, relacionado com a “respeitabilidade, obediência, delicadeza, submissão, destreza no trabalho pesado, lealdade, passividade e religiosidade” (Nogueira, 1999, p. 72).

Nesta fase podemos destacar:

- A rigidez do modelo de formação, relacionado com as características de personalidade que a enfermeira devia possuir;
- A divisão técnica do trabalho;
- A ênfase na técnica do fazer de enfermagem;
- A destreza manual.

Em 1952, o Decreto-Lei n.º 38884, de 28 de Agosto de 1952, embora introduza, entre outras alterações ao Curso Geral de Enfermagem, a passagem de dois para três anos, mantém a necessidade de melhorar a preparação técnica dos enfermeiros e elevar o seu nível social. É de salientar, também, a necessidade de fazer estágios, de preferência em enfermarias-escolas ou em serviços adequados, devendo os alunos passar, por períodos determinados, por todos os serviços com interesse para a sua formação.

Neste período, podemos associar estas alterações à *quarta fase* do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem, que se relaciona com o período compreendido entre os finais dos anos 40 e a década de 60. A principal preocupação é a organização dos princípios científicos que fundamentem a prática de enfermagem, bem como a necessidade do trabalho em equipa.

Assim, articulando a teoria com a técnica, pretende-se criar um corpo científico da profissão. Para Abreu (2001), compete à escola esta transmissão do saber, indispensável não só para a prestação de cuidados, como para terminar com a dicotomia relacionada com o paradigma “taylorista”, que fragmenta os cuidados em inúmeras tarefas, conduzindo à *standardização* dos procedimentos e competências, facultando ao indivíduo um espaço reduzido de criatividade e de iniciativa

Também nesta época, é realçada a importância do trabalho em equipa, evidenciado, sobretudo, após a II Guerra Mundial, pela Escola de Relações Humanas, desenvolvido, principalmente, por Elton Mayo, nos Estados Unidos. Segundo esta teoria, os factores humanos que afectam o processo de trabalho, factores afectivos, de motivação e produtividade, evidenciam o trabalho em equipa e o carisma das chefias. Ao contrário da escola clássica, que defendia o “*homo economicus*”, ele sugere a substituição pelo “*homo social*”. O homem passa a ser encarado como um sujeito com necessidades afectivas e de reconhecimento social pelo seu esforço; é também um ser em busca de prestígio e auto-realização.

A reforma de 1965 veio alterar o *status quo*. E entre outras, destacamos as alterações dos programas e disciplinas, que passam a dar maior enfoque à enfermagem em detrimento da patologia. Consideramos que esta reforma contribuiu, de forma determinante, para a aproximação do ensino da enfermagem ao modelo holístico. Podemos dizer que estas alterações procuram relacionar as concepções do ensino de enfermagem com o *Paradigma da Integração*, dos anos 50, orientado para a pessoa, como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Esta orientação surge da emergência de desenvolver programas sociais

e meios de comunicação que respondessem às necessidades populacionais em termos do sofrimento humano e económico vivido durante a II Guerra Mundial. A saúde é vista como um ideal a atingir, perspectivada como um *estado dinâmico de bem-estar ou de doença* e influenciada pelo contexto, social, político e familiar em que a pessoa vive.

Podemos deduzir que estas alterações se relacionam com a *quinta fase* do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem, que teve o seu início nos anos 60 e prosseguiu até aos dias de hoje. Relaciona-se com o progresso das teorias de enfermagem, sobretudo influenciado pelas teóricas norte-americanas. Desde há muitos anos que as enfermeiras, sobretudo as denominadas “enfermeiras teóricas”, procuram definir a sua área de investigação e delimitar o campo da disciplina de enfermagem.

Em Portugal, a reforma curricular de 1965 vem dar a possibilidade de proceder às alterações necessárias à formação da enfermagem. Segundo Nogueira, “*vivia-se um período em que se pretendia converter os hospitais em centros de educação das populações vocacionados para a prevenção da doença e a promoção da saúde e bem-estar social*” (Nogueira, 1990, p. 139). Neste sentido, o curso preconizava que fosse mais desenvolvido o ensino de enfermagem, em desfavor da patologia. Pretendia também que os alunos tivessem uma formação mais equilibrada, diversificando a aprendizagem em serviços hospitalares e de saúde pública.

Em 1974, no período pós-revolucionário, sentiu-se necessidade de reformular os níveis do ensino de enfermagem face à complexidade progressiva dos cuidados prestados e à procura crescente dos serviços hospitalares, visto que também a população tinha mais consciência dos direitos que lhes assistiam em matéria de saúde, impondo-se, por isso, uma capacidade de resposta adequada às necessidades decorrentes dessa consciencialização.

Os enfermeiros, face às alterações sociais e cientes do seu papel no âmbito da saúde, não podiam ficar indiferentes à necessidade de mudança, tendo daí resultado um curso mais cientificamente apoiado.

O facto de a formação de enfermagem, no nosso país, ter estado sempre à margem do Sistema Educativo Nacional, foi um dos factores responsáveis pela estagnação do *status* da profissão. Como tal situação não podia continuar, houve necessidade de se propor uma estrutura que enquadrasse o Curso de Enfermagem no referido Sistema, reconhecendo desta forma que a formação humana, científica e técnica dos enfermeiros lhes confere equiparação para prosseguirem os estudos a nível superior.

Este curso possuía uma estrutura que tinha em consideração não só as características e necessidades nacionais possíveis de detectar, mas possibilitava o reconhecimento internacional dos organismos competentes, entre os quais o Conselho da Europa, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Organização Internacional do Trabalho.

Como habilitação literária passou a ser exigido o curso geral dos liceus, sendo decretada em 1979 a exigência do curso complementar dos liceus.

A grande inovação neste plano de estudos, aprovado pela Secretaria de Estado da Saúde, em 1976, foi a preocupação de dar maior ênfase na saúde e nas ciências humanas e integrar ao longo do curso os conceitos de saúde mental e comunitária, de pedagogia, de gestão e de investigação.

As sucessivas avaliações deste plano de estudos, que contemplava alguns princípios, objectivos e orientações metodológicos idênticas aos do ensino superior com vista à integração do ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, foram fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem. Para além destes princípios, podemos considerar que, ainda na década de 70 e no início dos anos 80, a vinda de algumas “teóricas” de enfermagem e a sua participação em diversos cursos, ministrando conteúdos relacionados com as teorias de enfermagem, investigação em enfermagem e economia no sector da saúde, em muito contribuíram para o desenvolvimento deste conhecimento.

A reforma curricular de 1976 tinha como finalidades:

- Dar formação de modo a capacitar os estudantes para agirem na comunidade, ou com grupos de indivíduos, a todos os níveis de prevenção;
- Preparar os enfermeiros para serem agentes de mudança, na comunidade.

Esta reforma previa a realização de avaliações anuais que introduzissem adaptações e/ou alterações necessárias ao seu bom funcionamento e uma revisão total num período não superior a cinco anos.

As inovações deste plano de estudos articulam-se com o *Paradigma da Transformação*, que emergiu na década de 70, segundo o qual a pessoa está em relação constante com o meio ambiente ou com o seu meio envolvente. De acordo com esta corrente de pensamento, a saúde é a unidade “*ser humano-ambiente*”, e não um bem que

possuamos, um estado estável ou ausência de doença. A saúde é um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada um. O ambiente é entendido como todo o universo, sendo a pessoa parte integrante desse ambiente.

Podemos também dizer que estas mudanças podiam estar relacionadas com o aumento de interesse pela investigação após os anos 60 e, paralelamente, com o necessário desenvolvimento na prestação de cuidados, manifestando-se na melhoria da qualidade de cuidados ao cliente e no desenvolvimento de uma base de conhecimentos em enfermagem. Este paradigma permite uma abertura da ciência da enfermagem ao mundo.

É a partir desta perspectiva que, em 1978, com a realização da Conferência sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, a OMS estimula o desenvolvimento de um sistema de saúde baseado numa filosofia em que “os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente na planificação e na realização de medidas de protecção sanitária, que lhes são destinadas” (OMS, 1978, p. 2).

Em 1981, inicia-se um estudo visando a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, conduzido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, o que, certamente, justificou a não realização curricular prevista, pois esta integração traria, muito provavelmente, uma alteração significativa no plano de estudos e programas do Curso de Enfermagem, ainda em prática.

Porém, só em 1985 foram aprovados os princípios orientadores da referida integração, que veio a concretizar-se anos mais tarde. A Directiva da CEE n.º 77/453/CEE, relacionada com o ensino da enfermagem, também estabelece orientações que Portugal deveria considerar aquando da sua entrada na então denominada Comunidade Económica Europeia.

Em 1986, iniciou-se a revisão curricular, tendo em conta alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticos aos do ensino superior que permitissem a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, como já previsto.

A formação centralizava-se no desenvolvimento individual do aluno, estando contemplados na carga horária 30% do trabalho do aluno, individual e/ou de grupo. O curso organizava-se por semestres e por unidades de créditos, num total de 4500 horas, correspondentes a 202 créditos.

Podemos acrescentar que a intervenção profissional tem sido também influenciada pelas teorias provenientes de outras disciplinas, entre elas a Teoria dos Sistemas defensora de que o ser humano está numa mútua relação com a natureza, o que significa que cada elemento do universo interage com os outros elementos até ao ponto em que é possível isolar a causa.

Desta forma, a disciplina de enfermagem tem evoluído segundo os contextos históricos, culturais e sociais que se têm sucedido. O desenvolvimento das correntes de pensamento marcou a evolução dos conhecimentos. A multiplicidade de situações de saúde, a permuta no seio familiar, a orientação das opções éticas, dão origem a um processo que periodiza os valores e a diversidade dos meios clínicos, acompanhando sempre a evolução da concepção dos cuidados.

É fundamental, para o desenvolvimento da enfermagem, compreender que a formação dos enfermeiros está ancorada na essência da disciplina. Os saberes e o saber-fazer procedem de objectivos precisos e mensuráveis que têm por base um *desenho* do cuidado. Os saberes específicos da disciplina emergem de um modelo conceptual e de inter-relações que decorrem deste. O estudante que apreende o essencial da sua disciplina mais facilmente compreende outros saberes necessários para a sua formação. Podemos salientar as ciências humanas (filosofia, psicologia, sociologia), as ciências naturais (bioquímica, biologia) e as artes (música).

Cada vez mais é fundamental conceber a formação direccionada para o futuro. A essência da disciplina da enfermagem permitem aos estudantes adquirirem os conhecimentos e desenvolverem as habilidades fundamentais para a sua disciplina, preparando-os para se posicionarem em função das transformações que marcam o século XXI.

O esforço desenvolvido permitiu conceber um novo plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral, implementado em 1987, em que se pretendia que o aluno fosse um elemento activo no seu processo ensino-aprendizagem, tendo em conta que a educação é um processo contínuo, activo e progressivo, através do qual o comportamento do indivíduo é modificado pela aquisição e assimilação de conhecimentos, habilidades e atitudes. Como diz Vieira, “a educação procura tornar o indivíduo autónomo de modo a poder controlar, de forma competente, a sua própria vida” (Vieira, 2000, p. 19).

Por todas as razões acima referidas, o processo de ensino-aprendizagem deve ter em conta a realidade nacional e local, sendo desejável que a escola esteja inserida na comunidade de forma participativa e activa.

Assim, o plano de estudos estava organizado para preparar enfermeiros generalistas que pudessem exercer as suas funções em instituições de saúde da comunidade quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível dos cuidados hospitalares.

Por fim, o Curso de Enfermagem Geral foi planeado de forma a preparar enfermeiros que pudessem agir na sociedade moderna e fossem capazes de intervir e de ajustar-se às mudanças sociais e profissionais do futuro.

Na perspectiva de Malglaive (1997), o que caracteriza a formação inicial é “a homogeneidade (teórica) do público (abstracto) para o qual está organizada: as gerações jovens que ainda não ocuparam o seu lugar na vida activa, às quais é preciso transmitir o património cultural, científico e técnico das gerações anteriores” (Malglaive, 1997, p. 17).

1.1. A integração do Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional – 1988

Curso Superior de Enfermagem

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro, é finalmente integrado o ensino da enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do ensino superior politécnico, sob dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. O referido decreto-lei estabelece que as escolas superiores de enfermagem passem a ser dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica.

Passa, então, a ser ministrado o Curso Superior de Enfermagem, cuja exigência mínima de frequência é o 12.º ano. O processo ensino-aprendizagem passa a ser encarado como um processo contínuo de autoformação, no qual o estudante é um sujeito activo e as estratégias pedagógicas devem permitir as condições para a autodeterminação, não descurando os aspectos afectivos, de forma a possibilitar o desenvolvimento da criatividade e da análise crítica, contribuindo assim para o processo global da personalidade.

As alterações à Lei de Bases do Sistema Educativo preconizadas na Lei n.º115/97, de 19 de Setembro, modificaram as competências dos institutos politécnicos e das escolas superiores, criando a oferta de formação inicial a nível de licenciatura. Desta forma, procedeu-se à alteração da estrutura do Curso de Enfermagem, passando do nível de bacharelato, com duração de três (3) anos lectivos, para o nível de licenciatura, com a duração de quatro (4) anos lectivos, tempo recomendado como necessário para o exercício autónomo da profissão, em ciclo único. Criado pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) passou a ser ministrado a partir do ano lectivo de 1999-2000, o que veio satisfazer uma pretensão há muito formulada pelos enfermeiros.

Na perspectiva de Bevis (2005), o ensino superior de enfermagem "foi escolhido para dinamizar a enfermagem rumo ao profissionalismo" (Bevis, 2005, p. 29).

O Curso de Licenciatura em Enfermagem

Após as alterações referidas, o Curso de Enfermagem passou para o nível de licenciatura com a duração quatro anos lectivos, tempo preconizado como necessário para o exercício autónomo da profissão, em ciclo único.

O Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, veio satisfazer uma pretensão há muito desejada pelos enfermeiros, criando o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), que passou a ser ministrado a partir do ano lectivo de 1999-2000.

Este curso pretende afirmar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. Pretende desenvolver, nos estudantes, as "competências genéricas" que contribuam para determinar o seu comportamento durante a sua vida, através das experiências vividas, em oposição à aquisição tradicional de conhecimento por aprendizagem escolar.

O curso, com a duração de quatro anos lectivos, cumpre as recomendações do Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem ao nível da União Europeia.

Actualmente, a implementação do Processo de Bolonha surge como um novo desafio que obriga a repensar não só o próprio sistema de formação, mas também a ponderar o seu impacto futuro na estrutura profissional e, desta forma, a relação entre o

sistema de formação e o exercício da profissão. Implica que o ensino de enfermagem “olhe para outras realidades” do contexto europeu e também dos EUA e Canadá.

A formação dos enfermeiros requer dos jovens estudantes, pela natureza da sua acção de cuidar dos outros, uma maturidade, uma consciência crítica, ética e profissional, bem como a capacidade de assumir as responsabilidades em termos de cuidados de saúde que um tempo de formação curto não permite desenvolver. Este requisito cria alguns problemas, como salienta Bevis (2005, p. 29), considerando que “quatro anos é um tempo inadequado para proporcionar ao profissional de enfermagem um currículo baseado nas humanidades”. Na sua opinião, são o mestrado e o doutoramento que, de uma forma geral, poderão resolver esta questão.

Este novo currículo teve a preocupação de aproximar as escolas e os contextos de trabalho. A sua elaboração decorreu de reflexões de docentes e discentes, relativas ao curso de bacharelato, e foram tidos em consideração os pareceres de individualidades das entidades empregadoras. Estas reflexões conduziram à alteração dos organizadores principais do currículo. Salientamos o parecer técnico do DRHS (1998), relativo às exigências do exercício da profissão de enfermeiro e à organização da educação em enfermagem, das quais destacamos:

“haverá que dar maior ênfase no curso ... ao desenvolvimento do estudante no âmbito dos cuidados de saúde primários ... (que) ... deve ser capaz de trabalhar na comunidade com grupos, na escola e nos locais de trabalho, bem como adquirir a capacidade de actuar junto de famílias, com grupos de risco e nos domicílios dos doentes/clientes, incluindo cuidados aos idosos, aos doentes terminais e com doenças crónicas”(p. 9).

O processo formativo deve, portanto, permitir o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, facilitando a responsabilização pela sua formação ao longo da vida, assim como o desenvolvimento da criatividade e da inovação.

Para Vieira, “a natureza do pensamento crítico torna-o relevante para as profissões de foro científico” (Vieira, 2000). Ainda segundo este autor,

“não se pode continuar a verificar uma dissonância entre o que a escola preconiza e as práticas e as vivências da escola. É preciso atribuir à escola um papel importante na promoção do pensamento crítico, implementando na sala de aula programas específicos para o seu desenvolvimento” (Vieira, 2000, p. 12).

Para isso, a formação devia privilegiar a aquisição de qualificações transferíveis, tais como o pensamento crítico na análise e resolução de problemas, capacidade de agir de

forma independente e em equipa multiprofissional, de interagir com pessoas e grupos de modo a oferecer uma ajuda apropriada em situações de cuidados em diferentes contextos e capacidade de liderança, e desenvolver a perícia e segurança em diferentes situações. Como diz Vieira, “a profunda transformação cultural ocorrida na sociedade produziu um mundo onde o Pensamento Crítico é essencial” (Vieira, 2000, p. 12). Cada vez mais, o ser humano é chamado a desempenhar funções profissionais que requerem o uso de capacidade de pensamento crítico, sendo este essencial para profissões de foro científico. Na enfermagem, os conhecimentos e as capacidades do pensamento crítico permitem o desenvolvimento da metodologia científica, adequando, o conhecimento, a sua utilização a novas situações, a resolução de problemas e a tomada de decisão eficaz.

Para Hesbeen, “a formação inicial convida a reflectir sobre si próprio enquanto ser e permite iniciar esta caminhada para se tornar num ser prestador de cuidados, profissional da atenção prestada ao outro enquanto enfermeira (o)” (Hesbeen, 2000, p. 124).

1.2. A importância da formação contínua em enfermagem

A evolução do ensino de enfermagem tem dado saltos qualitativos muito importantes, sobretudo nos últimos anos. Contudo, a preocupação com a formação em enfermagem não se verifica apenas a nível da formação inicial. O passado recente da formação contínua mostra-nos a preocupação que tem existido neste âmbito, e a aquisição de competências por parte dos profissionais tem sido o objectivo maior, para que se reflecta numa melhoria da qualidade de cuidados.

As consecutivas alterações que o ensino de enfermagem tem sofrido nas últimas décadas, bem como o reconhecimento da importância da formação contínua, têm contribuído para uma valorização profissional, logo para o desenvolvimento do capital humano, cujo contributo visa a melhoria da qualidade da prática de enfermagem e a promoção da sua imagem profissional. Também as próprias transformações estruturais da sociedade, no século XX e início do século XXI, fazem emergir uma profissão com maior competência técnico-científica, colocando a enfermagem portuguesa, no que se refere à coerência e qualidade que tem conseguido impor na formação dos enfermeiros, como uma referência no contexto europeu.

A formação é algo essencial ao Homem, pois, numa perspectiva macro, contribui para um desenvolvimento da profissão e, a nível micro, para um desenvolvimento pessoal.

Em Portugal, desde o início dos anos 70, na sequência do movimento Educação Permanente, nomeadamente em França, desenvolveram-se, em quase todas as unidades de saúde, os departamentos de educação permanente (DEP). Enquanto entidades formadoras, tinham como objectivo possibilitar aos enfermeiros uma actualização permanente e, por vezes, combater défices de formação. Neste período, houve um desenvolvimento e expansão quantitativa de oferta de formação contínua direccionada para a promoção social, nomeadamente cursos de promoção dirigidos a enfermeiros e ajudantes de enfermagem. Seguiu-se um período em que as preocupações se situaram a nível do aperfeiçoamento geral das competências relacionais e actualização técnica e profissional, mas com fraca relação com os objectivos de evolução da organização.

Nos anos 90, decorrente da criação do Fundo Social Europeu e do 1.º Quadro Comunitário, surgiram novas estruturas e legislação que deram origem a novos centros de formação (CF); por consequência, foi-se alargando o seu âmbito aos diferentes estratos profissionais das unidades de saúde, procurando dar respostas à uniformização de conceitos e procedimentos. Foi nesse sentido que os CF tiveram de criar estruturas para darem resposta ao novo ciclo formativo.

Presentemente, a tendência é para que a formação acompanhe os projectos de desenvolvimento organizacional. A formação pode ser considerada como uma dimensão relevante para a construção da identidade profissional. Esta construção, na opinião de Bártolo (2007), relaciona-se com *aquilo que a pessoa faz*, como vê a sua profissão e como vê que os outros a vêem.

Para Pires (2002), as aprendizagens realizadas em contexto de trabalho são essenciais para o indivíduo e para a organização. Não se confinam à aquisição de um conjunto de saberes e saberes-fazer necessários à prática, mas contribuem para o desenvolvimento e evolução dos indivíduos e estão fortemente articulados com questões identitárias.

Também Honoré (1990) defende que a formação é uma dimensão da actividade humana ligada à mudança, caracterizada por fenómenos evolutivos e aparece na nossa época como uma exigência, dado que está inerente à existência humana, e é condição para descobrirmos as nossas potencialidades. O aumento do conhecimento fornece aos indivíduos, como salientam Stoer e Magalhães (2003), um potencial de consciência, de

capacidade de acção sobre o mundo e de cidadania, que como que o tornará senhor do seu próprio destino. As noções de existência, de formatividade e de ter de formar implicam pensar as práticas de formação.

Segundo Barbieri (1992), o dispositivo de formação em situações de trabalho é indispensável, na medida em que é possível explicitar as acções, os processos, os passos que conduzem a um resultado que combina as transformações da produção e as transformações identitárias.

As profissões educativas e de ajuda/cuidar, caracterizadas pela acção em comparação com outras, evoluem através da formação. Assim, constatamos que estas profissões tendem, por um lado, a especializar-se e a diversificar-se e, por outro, a integrar-se nas instituições. Para cada tipo de problema humano constitui-se assim uma especialidade profissional, com a sua forma de concepção, a sua linguagem e metodologias próprias. Paralelamente, cada instituição tende a dotar-se de múltiplos serviços conduzidos por essas profissões, criando a sua escola (CF), o seu serviço social, os seus serviços de aconselhamento e de orientação.

Assim, todas estas profissões evoluem para o reconhecimento de uma *zona comum*, através da qual conduzem toda a experiência relacional, questionando os métodos aos quais estamos habituados, reflectindo sobre a sua prática.

A reflexão sobre a prática é uma actividade psíquica, tornando-a num objecto de observação e reflexão, que geralmente assenta na imprevisibilidade situacional; ajusta os processos de activação e não se limita apenas à análise, o que dá à prática uma certa inteligibilidade, segundo um modo de aproximação e de conceitos particulares de uma teoria.

Reflectir sobre a prática é, em si, uma prática de formação, porque revela a possibilidade de transformação do mundo e das formas de conhecê-lo, pelo que o indivíduo reflexivo se torna senhor das suas próprias escolhas.

Segundo Le Boterf (1995), aprender com a experiência é formalizar o que se faz, dar um significado. Toda a experiência compreende singularidades que não se repetem, pelo menos do mesmo modo, os contextos em que se desenvolvem, os intervenientes e os problemas encontrados são únicos, cada experiência pode ser considerada como uma fonte aprendizagem.

Também Dubar (1997) destaca a importância da aprendizagem nos contextos de trabalho, considerada uma situação formativa interdisciplinar porque assenta em problemas reais que emergem no exercício profissional.

Para Hesbeen (2000), a formação contínua “é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida” (Hesbeen, 2000, p. 138). A formação é algo inerente à existência humana e que facilita a descoberta das nossas potencialidades.

Estar em formação é uma forma de dizer existência, de nos abirmos ao mundo, particularmente aos outros. Para essa abertura, é necessário alargar o acesso intensificando a empatia, porque com ela se alarga o horizonte das possibilidades, e a carga, porque cresce a nossa responsabilidade. Continuando nesta linha de pensamento, a formação é assim considerada por Honoré “como uma função evolutiva do homem” (Honoré, 1990, p. 65).

De acordo com o Livro Branco para a Evolução Rumo à Sociedade Cognitiva (1995), a finalidade última da formação é o desenvolvimento da autonomia da pessoa e da sua capacidade profissional, o que faz dela um elemento privilegiado da adaptação e da evolução.

Para Pires (2002), as fronteiras entre educação/formação e trabalho estão cada vez mais esbatidas, “o espaço-tempo de produção, na medida em que contribui para a aprendizagem e para o desenvolvimento das competências dos indivíduos, constitui-se como um espaço-tempo formativo, promovendo as aprendizagens individuais e colectivas dos que nela se integram” (Pires, 2002, p. 189).

Também Nunes (1995) defende que os actores dos contextos de trabalho são interlocutores privilegiados para o desenvolvimento de saberes do processo formativo. Neste sentido,

“um clima que facilite a iniciativa, o diálogo e a reflexão sobre as práticas transforma cada actor num interlocutor significativo, produzindo um processo dialéctico de descentração e interiorização inerentes a todo o processo formativo. Face a novas situações vividas em contexto de trabalho, os diferentes interlocutores fornecem novas referências, novas representações, conduzindo à relativização das próprias evidências e ao alargamento dos pontos de vista” (Nunes, 1995, p. 242).

No actual paradigma empresarial, com novas práticas de gestão abertas à participação dos profissionais, a ênfase é colocada no conceito de competência, principalmente as competências transversais, como a inteligência, a criatividade e a autonomia. Se os ganhos em saúde dependem de bons níveis de desempenho demonstrados através da gestão de perfis de competências, é fundamental que a formação contínua, no contexto das organizações que aprendem, ou *aprendentes*, privilegie uma metodologia educativa orientada para a autonomia, autoconhecimento, autodirecção e visão projectiva dos profissionais de enfermagem, sendo que a sua validação implica estratégias de avaliação de desempenho.

Para Senge (2007), as organizações que aprendem são as que incentivam as pessoas a desenvolverem constantemente as competências nas áreas da aspiração colectiva, da reflexão e da compreensão da complexidade, onde as pessoas estão continuamente a aprender em conjunto.

É inquestionável a importância e a mais-valia que a formação profissional tem para o desenvolvimento das competências dos profissionais em enfermagem.

Como refere Tavares (2001), os principais objectivos e finalidades da formação contínua são os de aprender e reflectir em conjunto, dar uma resposta local às necessidades sentidas pelos profissionais, ser uma forma de actualização, alertar para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação, apelar à criatividade e responsabilidade individual. Contudo, só poderão concretizar-se quando a formação contínua valorizar a experiência e os saberes de cada um, permitir a reflexão sobre os cuidados prestados e, desta forma, contribuir para termos profissionais e organizações resilientes mais adaptados às incessantes inovações.

Oliveira e Gama (2002) salientam a importância da articulação entre os momentos de produção e os momentos de formação e designam como uma das características centrais do paradigma da formação profissional contínua em contexto de trabalho o desenvolvimento de competências a partir dos sistemas sociais em que os indivíduos estão inseridos.

Estamos perante um cenário formativo, segundo Perrenoud (1997), um “meio miraculoso” que tende a transformar a formação num “abre-te sésamo” como a solução de todas as mudanças.

No entanto, observamos um cenário de desencanto directamente proporcional à euforia vivida nos últimos anos em torno da formação. E, ainda segundo Perrenoud (1997), “a formação não merece nem este excesso de honra nem esta indignidade” (Perrenoud, 1997, p. 95).

As acções de formação não têm promovido a mudança esperada, como afirma Canário (1997), pelo que remete para três pistas de reflexão:

- A primeira, relacionada com a compreensão dos limites de formação: sabemos hoje que a formação não cria empregos e que a realidade social não muda por decreto (...);
- A segunda diz respeito ao facto de a expansão da formação no mundo profissional se ter realizado como uma extensão do mundo escolar, pouco adequada à catalisação de processos de mudança;
- E, por último, a terceira pista consiste no reexame crítico de uma concepção instrumental e adaptativa do papel da formação enquanto factor que, necessariamente, deverá preceder a concretização de mudanças.

A formação contínua em enfermagem, ao mesmo tempo que disputa pela actualização quotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se numa construção fundamental de relações e processos, que vão do interior das equipas em actuação conjunta, comprometendo os seus agentes nas práticas organizacionais (envolvendo a instituição e/ou o sector da saúde) e nas práticas interinstitucionais e/ou intersectoriais (implicando as políticas nas quais se inscrevem os actos de saúde).

Como refere Canário (1997), “à semelhança do que acontece nos restantes domínios da actividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes, decorrentes da revolução (tecnológica e informacional) acelerada que marca a segunda metade do século XX” (Canário, 1997, p. 119).

É neste sentido que o autor supracitado, referindo-se a Ferry (1983), considera que a preocupação com a formação nas sociedades contemporâneas invade todos os domínios do campo social, impondo-se como uma espécie de “resposta às interrogações, às perturbações e às angústias dos indivíduos e dos grupos, desorientados e sacudidos por um mundo em constante mutação ...” (Canário, 1997, p. 122).

Parafraseando Bento (2005), a “formação vai ser vista como uma condição não só necessária, mas também suficiente, para produzir mudanças não só no campo da saúde, como em todos os outros domínios sociais” (Bento, 2005, p. 13).

De acordo com Perrenoud (1997), “a formação é vista como uma aposta quer para os empregadores e para as organizações sindicais” (Perrenoud, 1997, p. 94), como um dado donde cada um espera resultados diferentes, enquanto os empregadores e profissionais esperam uma melhoria da capacidade de adaptação aos locais de trabalho, os sindicatos esperam que a formação provoque alterações nos contextos de trabalho.

A formação é assim vista como uma solução, não conseguindo, por isso, resolver o problema do desempenho. É urgente existir a preocupação das organizações com o aperfeiçoamento do desempenho.

A formação tem vindo a deixar, progressivamente, a lógica exclusiva da aquisição de saberes para a procura de um comportamento profissional competente, o que implica que a determinação dos conteúdos de formação não se opere apenas no domínio de novos saberes, mas também, e sobretudo, para a prática do assumir de novas atitudes, de capacidades de iniciativa, de uma visão mais abrangente da situação. Evolui-se de um modelo de formação (escolar) para estratégias e modalidades formativas que integrem no seu seio um conjunto coordenado e coerente de acções de formação variadas (estágios, visitas, formação em sala, formação pela prática ...).

A formação tem vindo a passar de uma perspectiva de um “direito” (no caso dos enfermeiros é consagrado por legislação laboral) para a de um “investimento”, o que desencadeia uma ruptura entre a satisfação pontual de necessidades individuais e as necessidades da organização. Essas aspirações são necessariamente opostas ou podem convergir?

Neste sentido, urge reformar os processos de formação contínua mais preocupados em fomentar situações que propiciem o desenvolvimento de competências transversais, tais como a capacidade de resolver problemas, de aprender a aprender, de trabalhar em equipa, de comunicar.

O deslocamento do “direito” individual à formação para a “obrigação” de competência levanta a questão de que o indivíduo, em vez de decidir da sua formação, de ser o sujeito-actor, passa a ser considerado o objecto de decisões de investimento da organização.

No entanto, a qualidade do “investimento” depende sobretudo da motivação, capacidade de autonomia e iniciativa dos profissionais. Assim, para que haja um investimento convergente do indivíduo e da organização, é necessário considerar, como postulado, que os profissionais são sujeitos e actores no projecto da organização e que este é um instrumento partilhado de acção colectiva, o que exige alterações estruturais e de relações de poder no interior da organização

O facto de cada indivíduo ser considerado como um actor social enquanto agente de mudança pode e deve exercer influência sobre a formação, a qual deve desenvolver-se em meio social real e ser vista como um meio de socialização ou de aculturação do indivíduo.

Deste modo, o papel da formação tende a deixar de ser a arbitragem entre as aspirações individuais dos profissionais e as necessidades colectivas da organização, entre a formação “útil para a organização” e de promoção sociocultural dos profissionais, entre a formação geral e a de adaptação profissional, mas antes criar dinâmicas de aproximação entre o desenvolvimento dos profissionais e a *performance* global da organização.

A formação deve ser realizada na produção diária do saber e sempre que oportuno, e não no seu consumo descontextualizado. Para conseguir os seus objectivos deve ser processada por *projecto*, e não por áreas soltas, tendo como finalidade um engrossar do currículo.

A formação ao longo da vida é condição de eficiência e essencial para mostrarmos que existimos.

CAPÍTULO 2: O CUIDAR

Para cuidar de gente é necessário gostar de gente.

Januário e Chaves

2. O cuidar

É facilmente aceitável a ideia de que, até mesmo antes do aparecimento da enfermagem como profissão, o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do ciclo de vida. Como nos diz Collière, “desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso, tomar conta, da vida para que ela possa permanecer” (Collière, 1989, p. 27).

O cuidar é um processo inerente ao ser humano, transversal a todas as etapas do ciclo de vida, o que implica uma atitude, por parte do profissional, para compreender que o limite da vida não é uma incapacidade da ciência, e por isso, quando a cura já não é possível e o tratar já não faz sentido, o cuidar continua de forma a proporcionar, até ao fim de vida, uma existência de qualidade, como salienta Watson (2002).

Com a evolução e o desenvolvimento da profissão de enfermagem e sobretudo a partir dos anos 80, devido ao aumento da esperança de vida e das doenças crónicas, a concepção do cuidar assenta fundamentalmente numa visão holística do indivíduo, em que a sua acção é mais focalizada no cliente, como sujeito de cuidados, promovendo o bem-estar ou o *status* de saúde da pessoa, família, grupos e comunidade, bem como as condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental, como é preconizado na Teoria Transcultural do Cuidar, em alternativa ao modelo biomédico, existente. O cuidar torna-se, assim, o foco de reflexão de vários autores.

Perante o novo paradigma do cuidar, impõe-se à formação em enfermagem uma abordagem individual, direccionada para a pessoa, como ser integrado, mas também focalizada na família e grupos, o que requer empenhamento, valores humanos e um compromisso social e moral.

O cuidar, praticado pela enfermagem, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve acções, atitudes e comportamentos, fundamentados no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, psicossocial, económico, político e espiritual, pretendendo a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e plenitude humana. Para Collière (1989), “cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades que lhe são indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação” (Collière, 1989, p. 29). Esta autora refere ainda que “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo” (idem).

Para Hesbeen,

“cuidar da pessoa constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se inter-relacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da sua vida” (Hesbeen, 2001,p, 42).

Ainda segundo este autor, o cuidar é definido “como uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo” (Hesbeen, 2004, p. 87). No entanto, Pacheco (2004) acrescenta que o cuidar não é apenas uma questão de atitude, de emoção ou apenas um simples desejo. Cuidar “é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.” (Pacheco, 2004, p. 55)

Para Leininger (1988), as pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar e a forma como o expressam está relacionada com os seus padrões culturais. Para esta autora o *cuidar* “é uma acção voltada para a prestação de auxílio, de apoio ou capacitação para com o outro indivíduo, ou grupo, com necessidades explícitas ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma vida ou condição humana” (Leininger, *et al*, 1988, p. 17).

Desta forma, o enfermeiro deveria ter conhecimento dos rituais do cuidado, o que facilitaria o estabelecimento do processo de cuidar.

Cuidar em enfermagem tem uma abrangência que ultrapassa os aspectos da relação, dado que cuidados de qualidade implicam conhecimentos científicos, de gestão (do tempo e de recursos) e, sem dúvida, valores humanísticos que estão na base da humanização dos cuidados, na solidariedade e empatia das relações. Assim sendo, é importante ter presente que parte do cuidar a competência técnico-científica e a componente afectiva. Desta forma, estamos perante dois tipos de intervenção: uma direccionada para o tratar e outra direccionada para o cuidar, olhando a pessoa de uma forma holística.

O cuidar compreende, portanto, uma interacção do enfermeiro com o cliente, o que implica autoconhecimento e uma sensibilidade no toque, no olhar e na forma de perceber, é estar atento à linguagem verbal e não verbal, é estar com o outro numa relação de proximidade e ajuda. O cuidar, prestado de uma forma holística, promove o humanismo, a saúde e a qualidade de vida. Como refere Hesbeen (2001), o cuidar “não é a soma de acções fragmentadas, umas técnicas, outras educativas e outras relacionais” (Hesbeen, 2001,p. 42), é a interligação destas componentes, que são essenciais a um cuidar de

qualidade. O cuidar implica “prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa” (Pacheco, 2004, p. 28).

Estando perante uma profissão com intervenções autónomas, como a enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei n.º161/99, artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996), é no processo de cuidar que deve afirmar-se a sua autonomia. A enfermagem enquanto *arte do cuidar* fundamenta-se em conhecimentos e procura conciliar a qualidade e a criatividade na resolução de uma determinada situação, não é somente o aliviar dos sinais e sintomas, é descobrir o outro, com a finalidade de satisfazer as suas necessidades. A articulação de todos os elementos constitui a sua obra final e expressa a competência do profissional, o *cuidar* da pessoa enquanto ser único.

O limite do cuidar enfoca a qualidade de vida a partir da perspectiva individual, desta forma sendo determinante o envolvimento de cada um no seu processo de saúde. Assim, é fundamental que o enfermeiro desenvolva processos alternativos de cuidar, nomeadamente os que visam estimular a motivação e o autoconhecimento da pessoa, bem como desafiar e promover comportamentos saudáveis. Estas acções passam pela promoção da saúde, como uma estratégia promissora para enfrentar não só os múltiplos problemas de saúde que afectam as populações, mas também cada um, de forma que possam participar, activamente, no seu processo de recuperação e desenvolver esforços para atingir uma qualidade de vida.

Porém, temos assistido nos últimos anos a uma evolução científica, a um desenvolvimento tecnológico e a uma hiperespecialização dos profissionais de saúde, que tem conduzido a uma atitude de ver a pessoa de forma fragmentada, perdendo-se a visão do todo. Esta deve ser uma preocupação dos responsáveis pelos cuidados de saúde e pela formação. Já J. Watson (2002) alertava para o facto de a utilização cada vez mais acentuada da tecnologia nos cuidados de saúde poder levar a negligenciar a visão humanista da pessoa. Perante os actuais cenários, que modelos de aprendizagem melhor se adequam à educação em enfermagem? É fundamental que a formação reflecta e promova nos estudantes a prestação de cuidados numa perspectiva mais holística e consonante com o paradigma emergente do *cuidar*.

Face a este novo modelo do cuidar, impõe-se à formação em enfermagem uma abordagem individual direccionada não só para a pessoa como um todo, mas também para a família e grupos onde esta está inserida, o que requer empenhamento, valores humanos e, sobretudo, um compromisso social e moral.

A qualidade deve ser, sem dúvida, um factor de afirmação dos serviços, de satisfação do cliente e de realização dos profissionais.

2.1. A qualidade dos cuidados de enfermagem

O que é falar da qualidade em saúde? É falar da percepção do cliente em relação aos cuidados? É falar da estrutura das organizações, dos métodos utilizados, dos resultados e do tratamento do cliente?

O conceito de qualidade comporta uma série de variáveis, donde decorre um elevado grau de subjectividade.

Para o indivíduo que recorre aos serviços de saúde, a execução da técnica, ou seja, a aplicação correcta dos conhecimentos científicos, a disponibilidade de equipamentos e/ou instalações, não atenuam a desorientação que este sente quando é recebido em qualquer serviço. Ao entrar numa organização de saúde, se não existir acompanhamento do “cliente”, se não forem dadas as informações gerais e se o primeiro contacto não for agradável, é claro que fica perdido dentro dos edifícios e dos serviços. Mais do que os aspectos científicos, os aspectos relacionais e humanos são os mais valorizados. A humanização do sistema é essencial e traduz-se na segurança transmitida, na equidade, no respeito pela dignidade humana, na solidariedade, enfim valores consignados na Carta dos Direitos e Deveres do Doente.

No campo da saúde, a qualidade compreende os direitos fundamentais da pessoa, que devem ser garantidos e assegurados.

Constatamos que a preocupação com a qualidade tem, de facto, vindo a aumentar nos últimos tempos. Observamos diversos factores que têm contribuído para a reacção das entidades prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente:

- As preocupações com a contenção de custos (sendo importante diminuir custos, há que fazer bem à primeira vez, evitando o supérfluo, a negligência e a omissão);
- Maior atenção da população aos aspectos de qualidade (dado que quer os cidadãos quer os profissionais têm um maior grau de exigência na qualidade

de consumo e de produção, pelo que esta se assume hoje, e cada vez mais um factor de escolha);

- Alteração dos mecanismos de financiamento para os prestadores, que tem criado algum receio de uma diminuição da qualidade.

Para Jan Carlzon, referido por Mezomo (2001), “acabou o tempo de ver em cada pessoa um cliente; chegou a hora de ver em cada cliente uma pessoa” (Mezomo, 2001, p. 218). Neste sentido, importa que a cultura organizacional das instituições de saúde valorize o utente como ser humano livre e detentor de sentimentos e emoções, porque é ele que assume um papel fundamental, quem recebe directamente a prestação dos cuidados e pode fazer uma avaliação do impacto dos mesmos. O cuidador deve, portanto, cuidar-se e cuidar da interacção que estabelece para que os seus cuidados sejam entendidos e apreciados.

A Ordem dos Enfermeiros (2002), através do Conselho de Enfermagem, ao descrever os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, menciona que a “qualidade exige reflexão sobre a prática – na definição dos objectivos do serviço a prestar e no delinear das estratégias para os atingir – e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados” (OE, 2002, p. 5). Refere ainda que o enfermeiro, na prestação dos cuidados “persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, na procura permanente da excelência” (OE, 2002, p. 11), pelo que, entre outros elementos, “deve respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente”, actuando na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.

Ainda a OE, ao definir os descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: *a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado*, refere também que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e a pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)” (OE, 2002, p. 8).

Desta forma, na prática dos cuidados, os profissionais de enfermagem necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente; devem criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão de risco.

Como, actualmente, os clientes dos serviços de saúde (indivíduo, família, grupos, comunidade) estão mais conscientes e esclarecidos, é importante que isso seja tido em atenção pelas organizações de saúde, que devem aprender a respeitar o direito à

compreensão e à informação, também consignado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente.

Importa ainda referir que, em 1985, a OMS, ao publicar *As Metas da Saúde para Todos*, reflecte na meta 31 a sua preocupação com a garantia da qualidade dos serviços. Estabeleceu que “até 1999, todos os Estados membros deveriam ter estabelecido mecanismos eficazes de garantia de qualidade dos cuidados aos utentes, no sistema de saúde” (OMS, 1985, p. 134). Ao produzir esta meta, destacou a necessidade de requerer a todos os profissionais de saúde “uma adequada formação, de forma a garantir a qualidade dos serviços e ainda uma maior atenção à humanização dos mesmos” (p.137).

Antes de continuarmos a falar em “qualidade”, é fundamental precisar o sentido que se atribui a este termo.

Para Mezomo (2001), qualidade é “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes” (Mezomo, 2001, p. 73).

Na perspectiva de Hesbeen (2001), qualidade “é um *continuum* que medeia a mediocridade e a excelência (...) pelo que constitui uma linha em permanente evolução” (Hesbeen, 2001, p. 7). Este autor estabelece a seguinte definição:

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

Este autor sublinha ainda que, ao utilizar o conceito de qualidade, é imprescindível clarificar o seu significado, nomeadamente: “*para quem* (profissionais, clientes, gestores); definida *por quem* (profissionais de saúde); destinada a *quê* (à reflexão); e que *qualidade* está em questão (não apenas a ausência de doença)” (Hesbeen, 2001, p. 48). Estas questões estão relacionadas com o conceito existente nos diversos países, pelo que se tem de respeitar, entre outros, o contexto sociopolítico, cultural, económico. Neste sentido, o conceito de qualidade também deve ter em atenção a perspectiva cultural, que pode ser

entendida como a conformidade em relação a especificações e parâmetros definidos, conhecidos por todos na empresa e estabelecidos pelos clientes, em permanente revisão para que se encontrem em cada momento dinamicamente ajustados às suas reais necessidades.

Hesbeen (2001) evidencia dois aspectos: “qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora” e “qualidade centrada na satisfação do utilizador” (Hesbeen, 2001, p. 2):

1. Compara a qualidade com um sistema (um processo de produção em função do serviço que deseja fornecer, o que implica rentabilizar recursos);
2. Relaciona-se com a percepção do utilizador dos serviços de saúde, podendo ser entendida como atributos dos cuidados prestados e que satisfazem as necessidades dos clientes.

Ainda a propósito do último aspecto, sabemos que a qualidade envolve custos, pelo que é necessário relacioná-la com os benefícios/custos daí decorrentes, podendo verificar-se que, com a implementação do processo de qualidade, como salienta Carvalho (1994), “passe a existir uma redução de desperdícios, da ineficiência e dos próprios custos da qualidade” (Carvalho, 1994, p. 33).

De acordo com Hesbeen (2001), as noções referidas para a qualidade são distintas, pois uma organização pode satisfazer os seus clientes, tendo uma boa qualidade externa, e não garantir qualidade interna, por ausência de desperdício.

Segundo a perspectiva de Donabedian (2003), a qualidade pode ser descrita como todas as acções que garantam a estabilidade, protecção, promoção e aperfeiçoamento dos cuidados de saúde. Considera ainda a possibilidade de conceber a qualidade como o resultado da aplicação da ciência e da tecnologia nos cuidados de saúde. Neste sentido, concebe três vertentes para a qualidade: a técnica, a interpessoal e a ambiental.

A vertente técnica diz respeito à aplicação dos conceitos científicos (qualidade e segurança na prestação dos cuidados), que, devido à constante inovação nos obriga a actualizar procedimentos para melhorar o desempenho de acordo com as novas tecnologias.

A vertente interpessoal compreende a relação que se estabelece entre o prestador de cuidados e o cliente (utente). A humanização dos cuidados implica o respeito pela

individualidade do ser humano, pelo que o profissional de saúde deve ser capaz de se conhecer a si próprio e ao outro, tendo consciência dos valores éticos de cada um. Isto implica a capacidade de o acolher, ouvi-lo, estar disponível e ser criativo na prestação de cuidados e respeitar as opções do outro, ainda que contrárias às suas, esclarecendo-o apenas acerca das vantagens e desvantagens das mesmas.

A vertente ambiental diz respeito ao conforto e bem-estar oferecido ao utente. O bem-estar é entendido, no exercício profissional dos enfermeiros, como “a procura permanente da excelência no exercício profissional, pelo que o enfermeiro deve maximizar o bem-estar dos clientes (...)” (Conselho de Enfermagem, 2002, p. 13).

Estas três vertentes expressam bem não só o sentido do *cuidar*, como as competências que Pires (1994) designou de Terceira Dimensão, essenciais para a qualidade do desempenho, porque, para além dos gestos e da técnica que o profissional possa executar, se não existir a dimensão relacional, de que hoje tanto se fala, a disponibilidade para ouvir, para prestar os esclarecimentos de forma apropriada, a perspectiva do cuidar não existe.

Ainda nesta perspectiva, e de acordo com Hoeman (2000), os utentes identificam como indicadores de qualidade “um ambiente holístico (com envolvimento da família), uma comunicação eficaz entre os que prestam cuidados de saúde (enfermeiros disponíveis, eficiente e empenhados) e os utentes” (Hoeman, 2000, p. 98).

Para Donabedian (2003), a qualidade em saúde é descrita como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços do sistema de saúde e da sociedade para apresentarem um conjunto coerente, capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais competentes e justamente remunerados, para que os clientes possam utilizá-lo sempre que dele necessitem, sendo todo esse conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática dos cidadãos.

De acordo com Imperatori (1999), a qualidade dos cuidados é o grau de excelência dos mesmos. O objectivo dos cuidados de saúde é recuperar, melhorar ou manter a saúde, razão conclusiva para a avaliação da qualidade dos cuidados, primeiro em termos de resultados de saúde e depois do processo pelos resultados alcançados e de estrutura, (Imperatori, 1999, p. 295).

Desta forma, referindo-se à qualidade dos cuidados de saúde, Donabedian (2003) descreve os sete atributos que dizem respeito a este conceito: “eficácia, eficiência, competência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (Donabedian, 2003, p. 6). Concebe também a tríade, *estrutura - processo - resultado*, para a promoção da qualidade da assistência, ou seja, a qualidade dos cuidados só pode ser medida através da ligação estabelecida entre a estrutura o processo e, por fim, os resultados, que devem ser avaliados mediante indicadores previamente estabelecidos.

O componente *estrutura* refere-se aos recursos físicos, materiais e humanos para garantir a assistência, sendo importante para proporcionar a qualidade da atenção.

O componente *processo* baseia-se na adequação do tratamento e conduta (valores, procedimentos e atitudes), na competência técnica, nas relações de comunicação existentes entre os profissionais e os clientes e família. Pode considerar-se que a prestação de cuidados de enfermagem está intimamente relacionada com processo, pois é *nesta fase* que o profissional, também co-participante, pode desenvolver o processo do cuidar, pelo que, no respeito pelo ser humano, deve o profissional elaborar protocolos de procedimentos adequados às tipologias dos clientes mais frequentes.

O componente *resultados* refere-se à melhoria do nível de saúde dos clientes, bem como à satisfação dos mesmos, como consequência das actividades dos serviços e/ou dos profissionais. São consideradas também como *resultado* as mudanças relacionadas com:

- Os conhecimentos e comportamentos;
- O futuro estado de saúde;
- A satisfação decorrente dos cuidados prestados.

Para Lepronhon (2002), os resultados específicos dão-nos a informação sobre os resultados das intervenções de enfermagem, enquanto os resultados genéricos permitem conhecer o resultado das intervenções de equipa interdisciplinar.

Os padrões referidos para a qualidade (estruturais, processuais e resultados) podem proporcionar indicadores de qualidade precisos e específicos, mensuráveis e monitorizáveis, susceptíveis de dar satisfação aos clientes.

Relativamente à satisfação dos clientes, e de acordo com pesquisas recentes, é o cliente final que determina o valor do produto, ao utilizá-lo, o que significa satisfação ou não com essa aquisição.

Pode-se deduzir de Imperatori (1999) que a satisfação (grau de contentamento) do utente é o “juízo que este faz sobre o cumprimento das suas expectativas em relação aos cuidados recebidos” (Imperatori, 1999, p. 323).

Segundo o mesmo autor, a satisfação deverá ser medida em

“relação às estruturas (conforto das instalações), ao processo de cuidados (sessões terapêuticas ou simpatia no atendimento) ou (e sobretudo) em relação aos resultados dos cuidados (tanto físicos como psicossociais), à medida em que o doente (ou utilizador ou família) atingir os níveis de saúde ou bem-estar por ele esperados” (idem, p. 323).

Para os autores Parasuraman, Zeithaml e Berryll (1991), referidos por Lopes e Barrosa (2008), a avaliação que o cliente faz de um serviço resulta da comparação entre o que é sentido e o que é esperado, tendo por base as cinco dimensões da análise da qualidade esperada e percebida, que constituem o instrumento SERVQUAL:

- Tangibilidade (instalações físicas, equipamento, pessoal e materiais de comunicação);
- Fiabilidade (capacidade para executar o serviço prometido de uma forma fiável, precisa e rápida);
- Capacidade de resposta (vontade e disposição para ajudar os utentes e proporcionar um serviço rápido);
- Segurança (conhecimento e cortesia dos empregados e capacidade para inspirar respostas);
- Empatia (atenção, acessibilidade, comunicação e compreensão na relação entre cliente e prestador do serviço) (idem, p.167-168).

Tendo por base o instrumento SERVQUAL, a noção de satisfação por parte dos clientes assenta nas categorias: atendimento (empatia); informação clara (fiabilidade); confiança (segurança), que são responsáveis por 63% desta representação. Desta forma e pela sua representatividade, a satisfação ou insatisfação do cliente deveria ser avaliada periodicamente, sem a qual, e concretamente nas organizações públicas, a cultura da qualidade tem dificuldade em surgir como um agente de referência para a modernização da organização (Lopes e Barrosa, 2008, p. 167).

De acordo com Imperatori (1999),

“a satisfação deverá ser medida em relação às estruturas (conforto das instalações), ao processo de cuidados (sessões

terapêuticas ou simpatia no atendimento) ou (e sobretudo) em relação aos resultados dos cuidados (tanto físicos como psicossociais), à medida que o doente (ou utilizador ou família) atingir os níveis de saúde ou bem-estar por ele esperados” (Imperatori, 1999, p. 323).

Na opinião de Villaverde Cabral *et al* (2002), uma avaliação da satisfação dos utentes/clientes relativamente aos serviços de saúde é determinante para a qualidade e eficiência dos cuidados, por três factores: é maior a probabilidade de adesão ao tratamento; não ocultam informação, e fidelizam-se ao profissional de saúde. Neste sentido, e de acordo com Plano Nacional de Saúde 2004/2010, “o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores” (Villaverde Cabral *et al*, 2002, p.172), refere ainda que, para melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão, deverá “apoiar-se a avaliação sustentada da satisfação dos utentes dos serviços de saúde” (*idem*, p.173).

Como indica Mezomo, para que uma organização defenda a sua imagem de qualidade e de respeito para com os seus clientes, é necessário, que:

- Lidere (motivando e apoiando), conduzindo à mudança através da criação de infra-estruturas de procedimentos e de novas técnicas de relacionamento e de trabalho; crie *standards* (de qualidade e produtividade);
- Treine o pessoal (para atender e exceder os *standards* de *performance*); a formação é a condição fundamental e a melhor estratégia para aumentar o moral das pessoas, a formação contínua permite a aquisição de novos conhecimentos e também a sua experiência profissional convida a uma maior abertura de forma a desenvolver uma prática reflexiva;
- Crie equipas para melhorar os sistemas e desenvolver um sentido de compromisso pela missão e objectivos da organização, a todas as pessoas da organização” (Mezomo, 2001, p. 73).

Todos os seus elementos de trabalho devem ser desenvolvidos em equipa e para tal é preciso que sejam capacitados para a identificação, análise de problemas e tomada de decisão. O trabalho em equipa contribui assim para a divulgação dos conceitos de qualidade, em toda a organização, criando um clima de cooperação e mudança.

Perante todos estes aspectos, cabe perguntar:

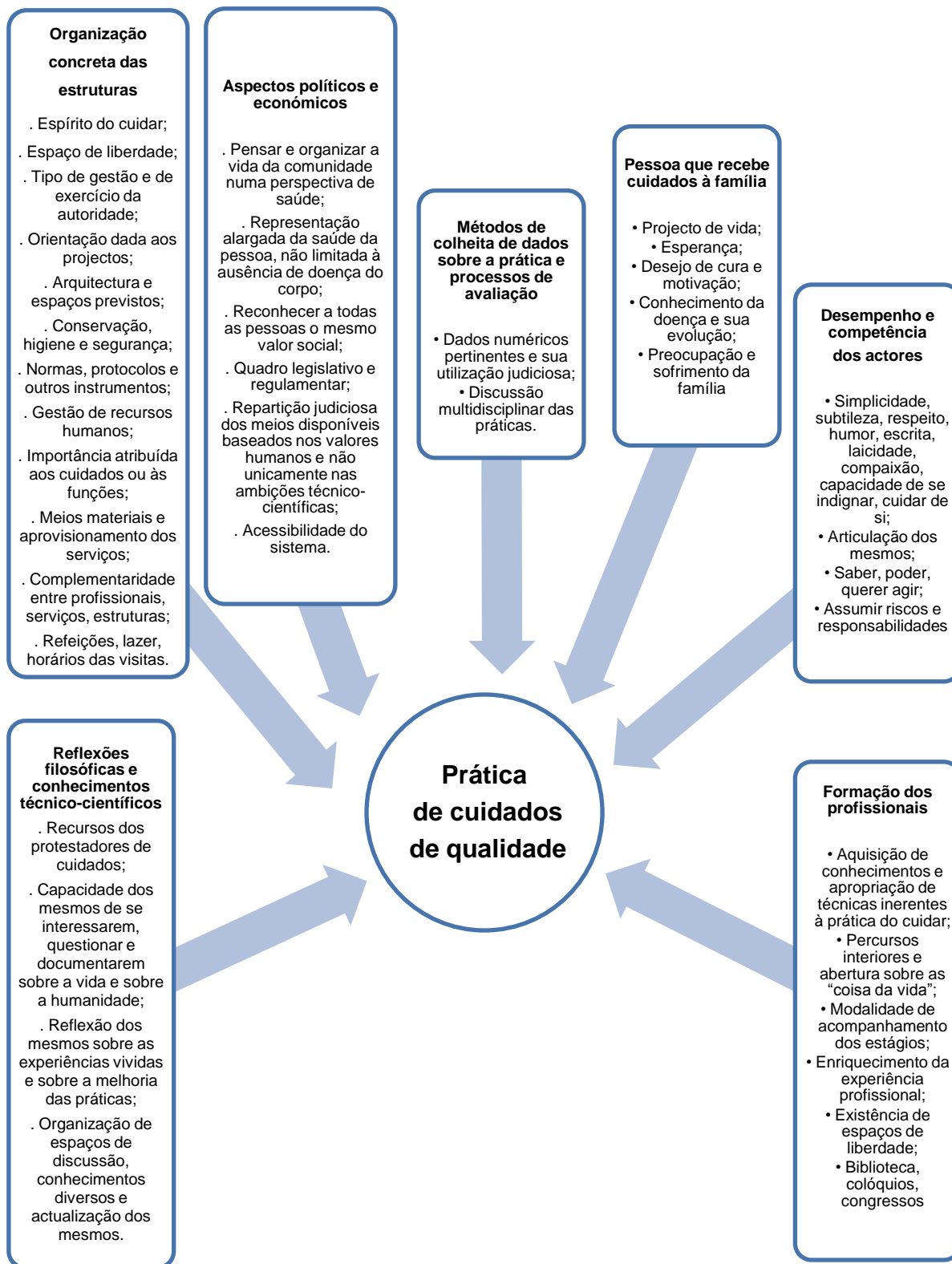
- Como têm sido tratadas estas as componentes da qualidade dos cuidados ao longo da formação inicial?
- Como é que o estudante se apercebe se está a agir de forma adequada na relação que estabelece no acolhimento, na comunicação, na disponibilidade, no ouvir? São técnicas simuladas em laboratório?

Estas “questões” levam-nos a reflectir sobre o conteúdo da formação e não apenas da forma.

No exercício profissional dos enfermeiros, podemos entender, de acordo com Kemp e Richardson (1995), que os padrões de resultados dos cuidados consistem “na alteração esperada no estado de saúde do cliente e no ambiente que o rodeia, em resultado dos cuidados de enfermagem e do grau de satisfação do cliente em relação aos mesmos” (Kemp e Richardson, 1995, p. 97). Este conceito permite-nos perceber que os resultados positivos e/ou negativos derivam dos cuidados prestados. Os referidos autores consideram que os conteúdos do cuidar implicam as acções educativas desenvolvidas junto dos clientes e famílias, reuniões multidisciplinares, a comunicação estabelecida e os registos de enfermagem precisos sobre o cliente e os cuidados prestados.

A respeito desta temática, Hesbeen (2001) também identificou sete componentes da qualidade, que agrupámos na figura 2.1. De acordo com esta análise, podemos concluir que estas componentes compreendem as competências pessoais, fundamentais e de terceira dimensão.

Figura 2.1 – Componentes da qualidade



Fonte: Adaptado, Hesbeen (2001, p.78)

Podemos assim dizer, citando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que “qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional” (OE, 2001, p. 3).

A qualidade é uma tarefa de todos, seja qual for a actividade a que se dediquem, e obriga a repensar os conceitos, as atitudes e as metodologias de trabalho, desenvolvendo a consciência profissional de todos os actores envolvidos.

O cuidar é intrínseco à enfermagem e envolve a experiência entre quem cuida e quem é cuidado. A qualidade de cuidados implica que o cuidar seja praticado em todas as suas dimensões. Neste sentido, a qualidade dos cuidados repercute-se quer no tempo de recuperação dos utentes, quer nas mudanças que implicam as práticas adoptadas pelos profissionais. Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os seus recursos em matéria de saúde, pelo que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipa, sendo um factor dinamizador na gestão e qualidade de cuidados de saúde.

Actualmente, todas as atenções parecem estar centradas nos resultados, no uso adequado dos recursos disponíveis e na metodologia utilizada para a melhoria contínua da qualidade. Contudo, as organizações de saúde não podem limitar-se apenas à visão economicista, urge que se evidenciem os valores humanistas, pelo que os enfermeiros não podem descurar o *cuidar*, para conseguirmos cuidados de qualidade.

A promoção da melhoria da qualidade é um processo longo, que implica liderança, mas, simultaneamente, contribui para uma melhor compreensão da qualidade e do desejo de melhorá-la.

Perante os recentes cenários da (re)organização das instituições, com novos critérios de gestão e uma preocupação de contenção de custos, surgiram outras formas de empregabilidade, a qual tem conduzido a uma grande instabilidade profissional e, conseqüentemente, a uma rotatividade dos enfermeiros, com repercussões na formação contínua. Coloca-se então a questão: como proporcionar aos estudantes a oportunidade de desenvolverem o conhecimento e as capacidades necessárias para exercerem uma prática competente? Ora, a competência não envolve apenas os conhecimentos científicos, ela requer a utilização adequada das tecnologias disponíveis, de forma a proporcionar a recuperação da “pessoa” e uma aposta na componente relacional indispensável à qualidade da prestação de cuidados.

Os modelos de formação devem responder aos novos cenários organizacionais, com as estratégias de um ensino criativo que conduza os estudantes, de forma congruente e motivadora, à modernização do exercício de enfermagem.

2. 2. A importância da liderança para a qualidade dos cuidados

Desde os primórdios da Humanidade, o homem, instintivamente, sentiu que em grupo tinha mais hipóteses de defesa e era mais forte e eficaz. Todavia, desde cedo tornou-se evidente a necessidade de um comando, uma orientação, verificando-se que alguns dos elementos seriam mais capazes e eficazes do que outros e reconhecidos como mais competentes ou mais fortes e, por isso mesmo, aceites, enquanto condutores dos destinos e de dinâmicas de grupo.

Perante a actual realidade da gestão em saúde, em que a insegurança e a indecisão são uma constante, a liderança assumiu um papel primordial enquanto contributo para uma melhor prática dos cuidados de saúde.

Durante muitos anos a liderança foi considerada como uma característica individual e inata. Presentemente essa ideia está desactualizada, pois considera-se a liderança como algo que pode ser treinado e aperfeiçoado.

É um tema clássico nos estudos organizacionais e de gestão e, torna-se difícil encontrar uma definição de tal modo abrangente que reúna consensos.

Diversos autores se têm debruçado sobre esta questão. Segundo a GLOBE (Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness), a liderança é a "capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e o sucesso das organizações de que são membros" (Rego e Cunha, 2005, p. 87).

Para Parsons, a liderança tem uma visão mais psicossociológica, "o processo de liderança resulta da transformação do poder em influência" (Jesuíno, 2005, p. 12). Neste conceito, Parsons concebe o *poder* como *político*, sendo que ao nível da organização está relacionado com a definição dos objectivos e a determinação das prioridades. De acordo com Jesuíno, "é a concretização deste que em maior ou menor grau determina a eficácia da acção colectiva" (Jesuíno, 2005, p. 10).

Actualmente, segundo Marquis e Huston (2005), a liderança é entendida "como um processo de influência de uma cultura organizacional e como a relação interactiva entre o líder e o seguidor" (Marquis e Huston, 2005, p. 35).

Desde o início do século XX que se desenvolvem estudos sobre esta temática, procurando explicar como é que as pessoas influenciam o comportamento umas das outras em situações de trabalho, focalizando-se inicialmente nas características e comportamentos do líder.

É pois fundamental que os enfermeiros, nomeadamente os decisores e os gestores, procurem estar actualizados na compreensão e princípios de liderança e daí tirarem os devidos ensinamentos.

Todavia, para sustentar esta argumentação, urge rever os vários conceitos que concorrem evolutivamente para o que é hoje aceite como liderança do século XXI e tecnicamente defendido nas organizações pró-activas. Assim, consideramos pertinente efectuar uma breve aproximação às teorias de administração e liderança, abordando a Teoria Clássica da Administração Científica, a Teoria das Relações Humanas e a Teoria da Liderança Transformacional, por "ter feito despertar os enfermeiros".

Contudo, para que esta revisão de literatura seja abrangente e inclusiva, não poderíamos deixar de fazer uma breve análise das teorias contemporâneas da motivação, detendo-nos, nomeadamente, na Hierarquia das Necessidades (Maslow) e na Teoria dos Factores de Manutenção e de Motivação (Herzberg).

▪ **Teorias de Administração**

Administração Científica

Foi no início do século XX, cerca de 1900, que Taylor revelou uma teoria que postulava sobre a organização do trabalho, definindo como principal objectivo o aumento da eficiência e da produtividade de cada trabalhador, diminuindo os custos de produção, dando ênfase à estrutura e ao funcionamento da organização. Esta teoria procurou identificar incentivos para aumentar a produtividade.

Relações Humanas

Nos anos 50 do século XX, Elton Mayo, ao desenvolver a Teoria das Relações Humanas, concluiu que, decorrente do facto de estabelecerem boas relações interpessoais no local de trabalho e de se identificarem com os objectivos da organização, os trabalhadores satisfeitos produzem mais. De acordo com esta perspectiva humanista, o líder mais eficiente é aquele que cria um ambiente no qual as pessoas estão altamente motivadas e, por consequência, se tornam mais produtivas.

▪ Teorias da Motivação

Teoria Clássica de Herzberg

Sendo a motivação, enquanto entidade cognitiva, a primeira causa de satisfação, como entidade emocional implica que cada líder deve preocupar-se, acima de tudo, com a gestão da motivação. Uma gestão eficaz da motivação dos funcionários poderá induzir a níveis adequados de satisfação e produtividade. Tendo como antecedentes as teorias humanistas realçando a compreensão do comportamento humano e a melhoria da comunicação, passamos às teorias motivacionais que preferem uma visão humanista.

A Teoria Bifactorial de Herzberg (1966) sugere que as pessoas têm dois tipos de necessidades, independentes e de efeitos distintos. O primeiro grupo, “das necessidades motivadoras”, ajuda as necessidades de natureza extrínseca ao trabalho, que conduzem ao evitamento da dor e ao alívio da insatisfação, a curto prazo; dizem respeito às necessidades de crescimento psicológico. No segundo grupo, “os factores higiénicos” (factores de insatisfação) são aqueles que Herzerbg considerou como necessários mas insuficientes para uma relação positiva com o trabalho, os quais, quando presentes, acalmam os trabalhadores. Estes factores são notados apenas quando estão ausentes. A expressão *higiene* significa que são “essencialmente preventivos e destinam-se a remover fontes de insatisfação do meio ambiente ou ameaças potenciais ao seu equilíbrio” (Chiavenato, 1979b, p. 145). Todos estes elementos têm um factor comum, o facto de estarem relacionados com o contexto de trabalho.

Factores Motivadores	Factores Higiénicos
Aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal	Salário
Execução	Qualidade e supervisão
Progressão	Relações interpessoais
Responsabilidade	Condições de segurança no trabalho
Reconhecimento	Política organizacional

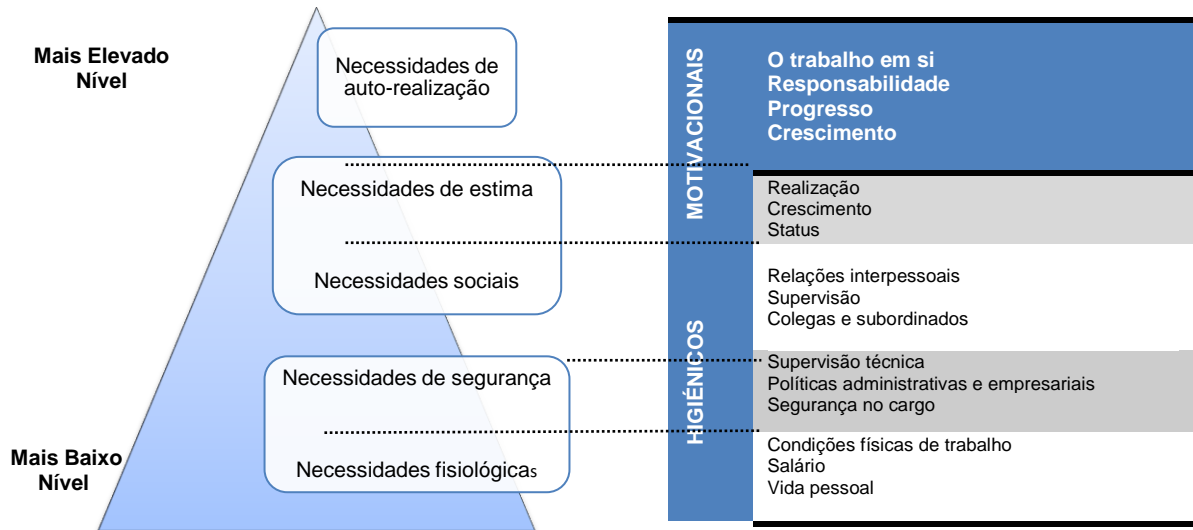
Na perspectiva do autor, no campo organizacional, é função do administrador garantir que estas necessidades sejam satisfeitas para que o indivíduo se sinta mais entusiasmado.

Teoria de Maslow

A Teoria da “Hierarquia das Necessidades”, Maslow (1970), pretende encontrar explicação para o desenvolvimento da motivação. O indivíduo satisfaz as necessidades que no momento são mais importantes, quer sejam as de *baixa ordem*, como um ambiente de trabalho que transmita segurança e estabilidade, quer as de *alta ordem*, como as de estima, que se relacionam com o desejo de realização e competência e desejo de *status* e reconhecimento. Segundo Maslow, quando existem necessidades não satisfeitas, nomeadamente as fisiológicas, o indivíduo não se sente estimulado para satisfazer as de nível imediato. No entanto, à medida que uma necessidade inferior é satisfeita, a superior torna-se dominante, e para motivar alguém é preciso conhecer onde essa pessoa se encontra nesta escala e de seguida proporcionar-lhe a satisfação desse nível ou do imediatamente superior.

Em síntese, a Teoria das Necessidades de Maslow sugere que, na prática, os líderes devem avaliar o nível de necessidades dos seus subordinados, para assim poderem responder de forma adequada à questão “como motivar os funcionários na sua tão diversa pluralidade sociocultural”?

Figura 2.2 – Comparação dos Modelos de Maslow e de Herzberg



A satisfação destas necessidades conduz a sentimentos de autoconfiança, *status*, reconhecimento e prestígio, e subseqüentemente ao desejo de realização e de competência, do nível seguinte.

Deve o líder tomar em consideração as motivações dos liderados, envolvendo-os no traçar dos objectivos, na definição das estratégias e na responsabilização pelo êxito.

▪ Teoria implícita da liderança

Teoria da Liderança Transformacional

Mais recentemente, Bass (1985), ao desenvolver esta teoria, pretendia que os líderes estimulassem o empenho dos indivíduos e os aconselhassem a ultrapassar os seus próprios interesses em benefício dos objectivos organizacionais. Ela considera as características do líder, a forma como partilha a sua visão com o grupo e a importância que atribui à percepção das pessoas para a mudança. Segundo esta teoria, o líder apela aos interesses dos funcionários de forma individualizada e procura satisfazer as suas necessidades emocionais, facilitando as oportunidades para a estimulação intelectual, ou seja, motivá-los para um desempenho superior.

Esta teoria desafia os líderes a promoverem o entusiasmo, dedicação e empenho, que projectam a organização para níveis de desempenho mais elevados, assentando no "*empowerment*" dos funcionários, nas relações de confiança, na lealdade, na justiça e no

desenvolvimento da autoconfiança e auto-eficácia dos colaboradores" (Cunha e Rego, 2003, p. 244).

A liderança transformacional é, assim, mencionada por alguns autores de enfermagem (Geneviève, 2003; Tappen, 2005), enquanto contributo para estimular a capacidade de comunicação entre os membros da equipa, o espírito crítico, trabalho em equipa, competências que servirão de base, suporte para preparar novas estratégias.

E ainda Bass (1985) reconhece que líderes e liderados possuem a capacidade para atingirem altos níveis de motivação e moralidade, identificando esta ideia como liderança transformacional. Defende que um líder transformacional eficiente deve atender aos seguintes factores: carisma, inspiração motivacional, estímulo intelectual, consideração individualizada e ainda possíveis recompensas.

A gestão deveria dar uma atenção particular a esta necessidade, de forma a proporcionar aos seus funcionários não só trabalhos e funções desafiantes, mas também a fixação de objectivos importantes.

Ainda segundo a teoria de Herzberg, o estilo de liderança é, entre outros, um factor extrínseco relativo ao contexto de trabalho que, quando diminuto, pode gerar insatisfação. O conjunto de factores extrínsecos está relacionado com os níveis inferiores da pirâmide de Maslow, designados "factores de manutenção" (Tappen 2005, p. 40), que são aproveitados pelas organizações para motivar o desempenho dos funcionários.

Num mercado em que a concorrência se revela cada vez mais agressiva e os clientes mais exigentes, as organizações vivem hoje ambientes de permanente competitividade. As empresas bem sucedidas usam com grande eficácia vários recursos. Entre eles destaca-se o trabalho em equipa, que, de forma activa, promove a conjugação da eficácia com a qualidade. Mas, para que este seja eficiente e eficaz, é necessário que seja liderado de forma adequada. Questionamos então porque é a liderança tão importante para o sucesso de uma organização? A resposta está na necessidade de conjugar coordenação e controlo com flexibilidade e mudança.

A liderança de uma equipa é fundamental e nem sempre fácil manter as expectativas individuais sem comprometer a qualidade de trabalho. É um processo de influência, que necessita que o líder, intencionalmente, promova comportamentos nas

peçoas, de forma a atingir os objectivos propostos, o que só é possível se o seu poder for bem utilizado.

Os novos paradigmas das organizações de sucesso consideram o indivíduo de forma integral, numa perspectiva holística. Só assim o trabalho em equipa pode ter sucesso. A verdadeira equipa consegue amplificar, em qualidade e quantidade, um conjunto de ideias sobre um tema de interesse comum. Multiplica as perspectivas sobre os diferentes ângulos de uma realidade, criando envolvimento e compromisso efectivo, sem os quais a organização não evolui.

O trabalho em equipa é, na sua essência, integrativo. O clima organizacional deve ser permeável a este conceito, acreditando na capacidade e dignidade de cada membro da equipa, na visão de conjunto, na lealdade, na abertura e espírito cooperativo. Se tal não existe, há que ser incentivado, pois este poderá ser o caminho para transformar, positivamente, o clima e a cultura organizacional.

As mudanças sociais têm surgido a um ritmo tão acelerado que os desafios e a diversidade que se colocam no dia-a-dia exigem, mais do que nunca, um estilo de liderança centrado nas pessoas, valorizando os recursos humanos, motivando-os e comprometendo-os com os objectivos da organização: criar um clima mais motivador, mais responsável e susceptível de estimular a criatividade e proporcionar melhores desempenhos.

As organizações de saúde têm vindo a apetrechar-se de novas tecnologias perante o desenvolvimento da ciência e das novas doenças, para fazer face às necessidades dos seus clientes. Contudo, todos sabemos que o que marca a diferença de qualquer instituição não são apenas as altas tecnologias, nem as excelentes instalações, mas sim as pessoas, que, quando motivadas, mantêm a distinção da sua empresa, na qual têm orgulho em trabalhar e à qual dedicam todos os esforços, no sentido de alcançar ou manter uma imagem de qualidade e de alta *performance*.

Em Portugal, as recentes alterações expostas no Programa Nacional de Saúde 2004-2010 visam reorientar o Sistema de Saúde contemplando um *atendimento de qualidade* (...), utilizando como um dos principais instrumentos de mudança a *gestão empresarial*. Contudo, coordenar a mudança pressupõe uma liderança adequada e eficaz e um planeamento de qualidade que contemple quer os métodos quer os resultados.

As actuais tendências do Sistema de Saúde apontam para a redução de custos, para uma mais adequada gestão empresarial dos hospitais, para o redimensionamento das organizações de saúde, incentivando ao atendimento ambulatorio e hospital de dia, redução de tempo de internamento e expansão da Rede de Cuidados Continuados Integrados. Este ambiente, de ritmo veloz, exige uma liderança de enfermagem capaz de desenvolver as suas capacidades de gestão financeira, as competências políticas, a capacidade de planeamento e a inovação.

A enfermagem tem sido solicitada a reagir à evolução das forças tecnológicas e sociais e prepara-se, actualmente, para responder aos desafios de uma sociedade economicista, cada vez mais consciente das suas necessidades humanas fundamentais, o que exige um modelo de saúde personalizado e com a visão holística do cidadão.

Perante os novos cenários, as responsabilidades na gestão dos serviços de enfermagem requerem enfermeiros-gestores com conhecimento e competência adequados aos objectivos e estratégias necessários para cumprir as metas das organizações. Escrevem Marquis e Huston (2005): "espera-se que os enfermeiros em todos os níveis demonstrem liderança no estabelecimento de rumos para a prática da enfermagem e que essa liderança visionária lhes permita criar a imagem de um futuro ideal" (Marquis e Huston, 2005 p. 39).

Adquirir capacidades e conhecimentos sobre liderança proporciona, aos profissionais de saúde, melhor compreensão e controlo do que acontece nas situações de trabalho. Presentemente, o desempenho das organizações não depende apenas da estratégia escolhida pelo seu líder, mas também da forma como são geridos os recursos humanos, como são motivados os "subordinados", assim como a possibilidade de se desenvolverem e como é avaliado o seu desempenho.

Cada vez mais os enfermeiros-chefes são responsabilizados pelo desempenho da sua equipa relativamente à prestação de cuidados de enfermagem. Neste sentido, é necessário envolver os enfermeiros na qualidade dos serviços que são prestados, pelo que é imprescindível que o enfermeiro-chefe aperfeiçoe e/ou desenvolva as suas capacidades de liderança no sentido de promover a eficiência da sua equipa.

CAPÍTULO 3: FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E PRÁTICA PROFISSIONAL

“Os verdadeiros conhecimentos não se recebem – adquirem-se.

Eis porque se poderá afirmar que o melhor Professor não é
o que mais ensina; compete-lhe, apenas, despertar o desejo de
saber e facilitar a aprendizagem “.

A. Henricar

3. Formação de Competências e Prática Profissional

3.1. Conceito de educação

A educação tem sido ao longo da história, e ainda hoje continua a ser, objecto de preocupação do homem.

Durante vários séculos, a educação formal apenas esteve ao dispor dos que tivessem tempo e dinheiro para se dedicarem a ela, pois antes da invenção da imprensa escrita os textos eram minuciosamente copiados à mão, o que os tornava raros e dispendiosos. Para a maior parte da população, crescer significava, por exemplo, aprender os hábitos sociais e as práticas do trabalho dos mais velhos. Os costumes passavam de pais para filhos e a tradição oral de contar histórias era a garantia da preservação das lendas de uma forma dinâmica.

A educação, na sua forma moderna, produzida em espaços escolares previamente construídos para o efeito levou algum tempo a surgir. Foi, sem dúvida, o processo de industrialização e a expansão das cidades que influenciaram o desenvolvimento do sistema educativo, pois, sobretudo até ao século XIX, a população não dispunha de qualquer tipo de instrução. O rápido desenvolvimento do sector industrial contribuiu para o aumento da procura da instrução especializada, de forma a produzir uma força laboral alfabetizada e competente.

Pode dizer-se que o acesso à educação é hoje algo de normal para a maior parte dos cidadãos, sobretudo dos países industrializados, onde, tendencialmente, toda a gente sabe ler e escrever a um nível básico. A nossa vida é influenciada, em todas as idades, a partir da infância, pela informação que colhemos dos livros, revistas, jornais e televisão. Também a informação electrónica, associada ao ensino formal regido nas escolas e universidades, é, hoje em dia, fundamental para o nosso modo de vida.

As tecnologias de informação estão a multiplicar-se e integrar-se e tornar-se-ão mais audiovisuais, imediatas e abrangentes. Caminhamos para formas fáceis de vermos, ouvirmos, falarmos e escrevermos a qualquer momento, de qualquer lugar, a custos progressivamente menores. Com as tecnologias cada vez mais rápidas e integradas, o conceito de presença e distância altera-se profundamente e as formas de ensinar e aprender também.

Presentemente, o mercado de trabalho exige que os trabalhadores dominem as novas tecnologias, o que constitui um obstáculo para os empregados não qualificados, para os quais tem havido um decréscimo significativo de oportunidades. Assim, a educação e as qualificações tornam-se uma pedra primordial para as oportunidades de emprego, para os indivíduos, para as empresas e para os países. Portanto, as escolas e as universidades têm contribuído para o acréscimo das perspectivas das pessoas, mas espera-se também que preparem os jovens para a participação na vida activa, pois tem sido difícil alcançar um equilíbrio entre a educação generalista e as competências profissionais específicas. Para Moran,

“a educação será cada vez mais complexa porque a sociedade vai-se tornando cada vez mais complicada, mais rica e exigente, em todos os campos. A aprendizagem continua, ao longo da vida, de forma constante, mas inclusiva, em todos os níveis e modalidades e em todas as actividades pessoais, profissionais e sociais” (Moran, 2005, p. 55).

Constatamos, por um lado, que ainda persiste alguma preocupação, por parte dos professores, em fornecer uma educação formal, enquanto, por outro lado, as entidades empregadoras procuram que o perfil dos futuros profissionais coincida com o perfil económico do país e com as necessidades do mercado de emprego. Para fazer convergir estas duas preocupações, é possível que os estágios e os programas destinados a experiências de trabalho contribuam para que os jovens desenvolvam os conhecimentos específicos aplicáveis às suas futuras carreiras e possam complementar a educação generalista, de forma a facilitar a transição da escola para o mercado de trabalho.

Ainda na perspectiva de Moran,

“a educação é cada vez mais complexa, porque sai do seu espaço físico da sala de aula para muitos espaços presenciais e virtuais; porque tende a modificar a figura do professor como centro de informação para que incorpore novos papéis como os de mediador, de facilitador, de gestor, de mobilizador. (...) A educação continuará na escola, mas estender-se-á a todos os espaços sociais, principalmente os organizacionais” (idem, p. 56).

Actualmente, vivemos num tempo de mudanças extraordinariamente rápidas, em que os paradigmas que ontem serviam de cenário explicativo da nossa existência hoje já não servem, pelo que somos forçados a aceitar a decadência desses tempos e a procurar outros caminhos, outras abordagens para a nossa evolução. Estas influências têm ainda um predomínio sobre o modo como a escola se transforma.

Embora a escola de hoje não seja igual à escola de ontem, continuamos a preocupar-nos com as abordagens e fundamentos que permitam compreender como se desenvolve o processo educativo e como podemos responder aos desafios da escola de hoje e aos possíveis cenários da escola de amanhã.

Ao longo da história, encontramos diferentes descrições do conceito de educação, o que leva a reflectirmos sobre a importância da mesma no desenvolvimento do ser humano enquanto membro da sociedade.

Assim, começamos por enquadrar o nosso percurso num contexto explicativo do conceito de educação, procurando sobressair a concepção de alguns filósofos da educação e a “evolução” deste conceito ao longo dos tempos.

Embora o objectivo da educação tenha sido a formação do homem de forma individual, foi fundamentalmente a partir do século V a. C. que passou a exigir-se mais; para além de formar o homem, a educação passou a formá-lo também como cidadão.

Desta forma, a História da Educação, no sentido da nossa realidade educativa actual, tem início na Grécia. São de facto os filósofos gregos que, de uma forma unânime, pela primeira vez colocam a educação como problema. É, portanto, no século V a. C. que o conceito de educação atinge o estatuto de uma questão filosófica, sendo Platão quem mais deu importância a esta questão. Para este autor (s. d.), o conceito de educação assentava na palavra *Paideia*, que significava apenas *criação de meninos*, o que traduzia a primazia pelas crianças. Contudo, ela vem a adquirir um sentido muito mais elevado, a *formação geral*, que tem por função formar o indivíduo como homem e como cidadão, através da aquisição de bons hábitos, dos sentimentos mais primitivos, tais como: o prazer, a afeição, a dor, o ódio, de forma a articularem-se naturalmente com a razão, para que esta, mais tarde, possa manifestar-se na criança.

Do significado original da palavra *Paideia*, o conceito alarga-se, para adquirir, no século IV a. C., uma forma cristalizada e definitiva com que foi consagrado como ideal educativo da Grécia clássica. A ampliação deste conceito fez com que ele passasse também a designar o resultado do processo educativo, que se prolonga por toda a vida, para além dos anos escolares. A *Paideia* passa a significar “cultura”, entendida no sentido tão completo como a palavra tem, hoje, entre nós.

Posteriormente, Durkeim vem a referir que “a finalidade da educação consiste em desenvolver em cada indivíduo toda a perfeição de que ele é susceptível” [Durkeim, (s. d.)],

p. 8]. Entenda-se por perfeição o desenvolvimento harmonioso de todas as faculdades humanas. Mas isto não significa que nos devemos dedicar ao mesmo género de vida, mas, sim, harmonizarmo-nos com aquele de que estamos incumbidos, ou seja, desenvolver as aptidões para as quais temos mais capacidade. Este autor comunga da opinião de Platão ao referir que “é no problema da educação que reside o grande segredo do aperfeiçoamento da Humanidade” (idem, p. 8). Considera-se ainda que é através da educação que o homem se apropria dos conhecimentos da sociedade, das suas crenças, tradições, valores, dos seus objectivos e dos meios para os atingir.

Igualmente Kant (1984) considera que “a educação é o maior e o mais difícil problema que pode ser proposto ao homem” (Kant, 1984, p. 77) e, partilhando da opinião de Rousseau, aconselha que não se aprendam pensamentos, que não se encha a cabeça das crianças com ideias de outros, porque “importa, antes de mais, que as crianças aprendam a pensar” (idem, p. 83).

Não é fácil definir o conceito de educação, mas é essencial ter em consideração os sistemas educativos, quer os actuais quer os que já tenham existido, de forma a poder identificar as características comuns. Pois não existe sociedade sem que o sistema educativo apresente uma dupla configuração, ou seja, é simultaneamente uno e múltiplo. É múltiplo porque existem tantas e diferentes espécies de educação quantas as classes sociais. Ainda hoje a educação varia conforme as classes sociais e em conformidade com os habitantes. Neste sentido, as profissões requerem um meio *sui generis* que exige competências e conhecimentos específicos, bem como diferentes maneiras de ver as coisas, o que implica adaptabilidade e flexibilidade. Assim, a partir de uma determinada idade, a educação não pode ser a mesma para todos, ela tende a diversificar-se e a especializar-se.

De acordo com Kant (1984), a formação do espírito/moralidade não significa a adição de cultura e civilização. Este autor considera que a Humanidade está ainda muito distante do estágio final de moralidade, pois “vivemos numa época de disciplina, de cultura e de civilização, que não é, contudo, a de moralidade” (Kant, 1984, p. 84). Por isso, na perspectiva do referido autor, a educação prática é composta de três partes:

1. A formação *mecânico-escolástica* em relação à habilitação;
2. A formação *pragmática*, que concerne à prudência;
3. A formação *moral*, que respeita à estética.

Estes três princípios definem os três estádios (cultura, civilização e moralidade) dentro da história humana, assim como definem os três imperativos (técnico, pragmático e moral). Mas se a educação assume uma importância primordial é porque “o homem não pode tornar-se homem senão pela educação, ele não é senão o que a educação faz dele” (Kant, 1984, p. 73). Por isso,

“é possível que a educação se torne cada vez melhor e que cada geração dê um passo a mais em direcção ao aperfeiçoamento da Humanidade, porque é no cerne da educação que se encontra o grande segredo da perfeição da natureza humana” (Kant, 1984, p.74).

Igualmente Rousseau, grande nome na história da filosofia e da educação, um dos mais considerados pensadores europeus do século XVIII, exaltou a *educação natural* conforme um acordo livre estabelecido entre o mestre e o aluno. Na pedagogia de Rousseau (1990) há a considerar como pressupostos básicos a crença na bondade natural e a atribuição à civilização da responsabilidade pela origem do mal. Para este autor, a educação possui dois objectivos:

1. O desenvolvimento das potencialidades naturais da criança;
2. O seu afastamento dos males sociais.

Portanto, o professor deve utilizar uma metodologia segundo a qual o aluno possa ser educado para ser homem, segundo o seu próprio desenvolvimento e baseado nas suas motivações naturais. A educação tem o dever de levar o homem a agir por interesses naturais e não por imposição de regras exteriores e artificiais; só assim o homem pode ser dono de si mesmo.

Rousseau, na sua época, formulou princípios educacionais que ainda hoje imperam, tais como: a verdadeira finalidade da educação era ensinar a criança a viver e aprender a exercer a liberdade. Para ele a criança não era educada para Deus nem para a vida em sociedade, mas sim para ela própria.

Cabe assim ao docente o papel de iniciar o processo de humanização e é com ele que o aluno aprende a fazer-se homem; logo, o mestre é um modelo a seguir.

Do ponto de vista sociológico, cabe a Émile Durkeim uma outra opinião sobre educação. Para este autor,

“... a educação consiste numa socialização metódica da nova geração pelas gerações adultas ... (tendo em vista realizar) um certo ideal de homem ... (que) ... é em certa medida, o mesmo para todos os cidadãos ... (pois) ... a sociedade somente poderá viver se entre os seus membros existir uma suficiente homogeneidade” (Durkeim, s. d, p. 13).

Na opinião deste autor, a educação é um meio pelo qual a sociedade mantém as condições da sua própria existência, ou seja, reforça a homogeneidade entre os seus membros para que desde cedo o indivíduo compreenda as semelhanças que a vida colectiva supõe, e assegura a diversidade de ideias, sentimentos e hábitos, crenças, tradições. Através da educação, é exercida uma acção pelas gerações adultas sobre as que ainda não estão maduras para a vida social, suscitando na criança um determinado número de estados físicos, intelectuais e morais que a sociedade política, no seu conjunto, e o meio social, ao qual está destinada, reclamam.

A educação não se limita, portanto, a desenvolver as potencialidades desconhecidas de cada um de nós, mas contribui para a criação de um “homem novo”, pela coerção social exercida pelos factos sociais. A escola desempenha, assim, a função de socialização e de reprodução dos valores colectivos.

No ponto de vista sociológico de Durkeim, é fundamental contribuir para a definição do tipo de educação adequada a uma sociedade tendo em consideração o momento, compreendê-la no conjunto da sua história, de modo a distinguirem-se os elementos constituintes e permanentes da sua natureza e avaliar as tendências.

Para este autor (s. d.), o Estado também tem um papel fundamental; se a educação tem uma função social, o Estado não pode desinteressar-se dela, o que não significa que deva monopolizar o ensino, mas deve estar atento ao que se passa.

Em síntese, Durkeim (s. d.) identifica educação com socialização, enquanto acção unilateral dos mais velhos para os mais novos e enquanto determinismo do social sobre o individual.

Também Dewey (1890) faz uma crítica à educação tradicional, realçando o destaque dado ao intelectualismo e à memorização, propondo a educação pela acção.

Para este autor, o conhecimento é uma actividade dirigida que não tem um fim em si mesma, mas está direccionada para a experiência. Ou seja, as ideias são hipóteses de acção e verdadeiras quando funcionam como orientadores dessa acção.

A educação tem como finalidade proporcionar à criança as condições para que ela resolva, por si própria, os problemas, e não transmitir as ideias tradicionais de forma a moldar a criança segundo os modelos preestabelecidos ou mesmo orientá-la para um futuro.

A educação progressiva reside no crescimento constante da vida, na medida em que o conteúdo da experiência vai sendo ampliado, tal como o controlo que podemos exercer sobre ela.

É portanto fundamental que o educador descubra quais os interesses da criança, de forma a poder apoiar-se neles; para ele, o esforço e a disciplina são produtos do interesse e é somente com base nesses interesses que a experiência adquirirá um importante valor educativo.

A educação é assim, para Dewey, uma necessidade social, na medida em que os indivíduos precisam de ser educados para se assegurar a continuidade social. Ele não defende o ensino profissionalizante, mas vê a escola voltada para os verdadeiros interesses dos alunos, valorizando a curiosidade natural.

Na actualidade, coube a Bourdieu e a Passeron (2008) ultrapassar algumas das limitações do conceito *durkeimiano* de educação. As suas contribuições evidenciam que:

- Os valores e o património cultural da sociedade não são consensuais (permitindo relativizar o determinismo do social sobre o individual), mostrando como existem relações entre aquilo que a escola valoriza e ensina e a educação dos grupos sociais com maior poder cultural e social;
- As acções pedagógicas exercidas pelas famílias e pela escola não se completam harmoniosamente, devido à desigual familiaridade e distância cultural perante a escola;
- A socialização é uma pedagogia particular, considerando a família como o lugar onde ela é efectivamente realizada, tendo como característica o facto de não ser explícita sobre os princípios e regras que organizam o saber sobre o mundo, naturalizando esse saber e a autoridade que o expressa e reproduz.

Quer a educação inicial quer a educação permanente necessitam de ser revistas. Em pleno século XXI compete à educação englobar processos que conduzam as pessoas, ao longo de toda a vida, a um conhecimento dinâmico do mundo, dos outros e de si próprias, entrosando os quatro pilares da educação: *aprender a conhecer*, ou seja, adquirir os instrumentos da compreensão; *aprender a fazer*, para agir sobre o meio envolvente;

aprender a viver em comum, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas; por fim, *aprender a ser*, meio essencial que integra todas as aprendizagens precedentes.

É esta perspectiva de *continuum* educativo que a Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI designou como “educação durante toda a vida” (1996, p.89).

3.2. Conceito de aprendizagem

Todos falamos em aprendizagem, quer na escola quer com os amigos. Desta forma, o termo “aprendizagem” foi gradualmente integrando a linguagem comum, estando estritamente ligado à aquisição de conhecimentos. Grande parte do nosso comportamento é aprendida; aprendemos ao longo da vida, em todas as etapas de desenvolvimento e em todos os locais.

Seja qual for o ambiente circundante, estamos permanentemente a ser envolvidos por estímulos. Uns não provocam uma resposta por parte do sujeito, os quais são designados de *estímulos neutros*, outros influenciam o seu comportamento, sendo considerados *estímulos discriminantes*.

Quando procuramos descrever o homem situado no seu meio, temos duas formas de fazê-lo: uma é privilegiando a sua relação com o meio e centrando-se na sua observação do comportamento, enquanto resposta às exigências do contexto em que ele se situa; a outra centra-se no próprio sujeito e descreve as suas funções nos domínios do cognitivo, afectivo e volitivo (pensamento, afectividade e vontade).

Assim, o conceito de aprendizagem é inerente ao comportamento, pelo que se torna indispensável procurarmos analisar os diferentes tipos de reacção em relação ao meio, pois, como sustenta a teoria construtivista, a inteligência é construída a partir das relações recíprocas do homem com o meio.

O desenvolvimento de um determinado tipo de reacção tanto pode ser devido a uma mudança surgida no meio como resultar de uma mudança de percepção do indivíduo que pretende introduzir uma modificação no meio. Aprendemos os conteúdos relacionados com o conhecimento que nos habilitam a entender o porquê e o funcionamento das coisas, e aprendemos os aspectos relacionados com a nossa forma de estar, de modo que o nosso relacionamento decorra de forma adequada.

É sobretudo na escola que este tipo de conhecimentos é ministrado com a profundidade adequada às exigências de quem aprende. Aprendemos também conteúdos relacionados com a forma de fazer, as competências técnicas que nos possibilitam utilizar os utensílios técnicos de apoio à execução das tarefas. Porém, segundo Carvalho (2001), “são os locais de aplicação que determinam a profundidade e a especificidade de tais conteúdos” (Carvalho, 2005, p. 249), na medida em que é nos contextos da aprendizagem e de formação de profissionais, que a maior parte das vezes ocorrem as aprendizagens.

Definir o conceito de aprendizagem é algo complexo, pois existem inúmeras definições, tal como imensas teorias.

Na perspectiva de Berbaum (1993), a aprendizagem é “o processo de construção e assimilação de uma resposta, isto é, um processo de adequação do comportamento, seja ao meio, seja ao projecto perseguido pelo interessado” (Berbaum, 1993, p.13). A aprendizagem não está somente relacionada com o saber-fazer, mas sim com toda a espécie de aquisições. Na perspectiva deste autor, a relação que se estabelece entre o meio e o indivíduo acciona múltiplas componentes, umas visíveis, outras ocultas, as quais se designam *sistemas*. Ou seja, o sistema não é mais do que uma estrutura à reorganização dos elementos do conjunto. Estas componentes do sistema desempenham diversas funções, tais como de informação e de orientação, que actuam sobre as funções desempenhadas pelo sujeito, quando este actua sobre o meio. Desta forma, o indivíduo procede à recolha de dados e à elaboração da informação, à memorização, à concepção e à organização de respostas e à avaliação dos seus efeitos, que também são memorizados. Nesta relação, as funções estão dependentes não só, umas das outras, mas também da opção do sujeito.

Deste modo, ao mesmo tempo que a aprendizagem contribui para o desenvolvimento de funções mentais ou de capacidades físicas, pressupõe a existência de uma certa maturidade que seja expressa pela existência dessas funções e capacidades.

Também para Miranda e Bahia (2005), a aprendizagem é entendida como “a modificação do comportamento, relativamente permanente e resultante da experiência” (Miranda e Bahia, 2005, p. 123).

Assim, para melhor compreendermos o que é a aprendizagem, passamos a abordar algumas teorias, cujos objectivos são:

- Compreender a forma como os estudantes constroem a experiência da aprendizagem;
- Procurar o modelo explicativo ou, pelo menos, que nos ajude a compreender como é que os enfermeiros constroem os seus saberes e os dispõem na comunidade.

3. 2. 1. Teorias da aprendizagem

O campo da aprendizagem e do ensino é, pela importância que adquire na vida das pessoas, produtivo para o desenvolvimento de ideias sobre a educação, desde as que correspondem a movimentos, mais ou menos organizados, de natureza político-ideológica, às declarações pessoais subjectivas sobre a natureza humana.

Embora uma teoria da aprendizagem seja válida, não determina a forma como ensinar no entanto, proporciona pontos de partida para a descoberta de princípios gerais de ensino que podem ser formulados não só em termos de processo psicológico, como em termos de relações de causa e efeito.

Neste sentido, o que diferencia as diversas teorias da aprendizagem é o processo utilizado para explicar o aparecimento ou a motivação de comportamentos. Portanto, só há aprendizagem se existem mudanças de comportamento que sejam observáveis. Logo, o aluno deve estar apto a efectuar qualquer actividade que até ali não era capaz de fazer.

Assim, vamos analisar um pouco as teorias da aprendizagem. Desta abordagem, resultaram cinco tipos de teorias, que se interligam: a Teoria do Condicionamento Clássico, a Teoria do Condicionamento Operante, a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel e a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano.

▪ Teoria do Condicionamento Clássico

Para melhor compreender as teorias da aprendizagem, começamos por Pavlov (1927). A sua teoria, relacionada com o condicionamento clássico ou respondente, pretende explicar o comportamento como resultado de um estímulo inato e é importante para melhor explicar algumas aprendizagens.

Segundo Pavlov, para que ocorra o condicionamento clássico, é fundamental a existência de um estímulo, designado *estímulo incondicionado* (inato), que origina, de forma

constante, natural e espontânea, uma resposta automática por parte do organismo, denominada *resposta incondicionada*. O *estímulo neutro* pode ser qualquer acontecimento do meio, que tem por característica não provocar resposta.

Após o processo, o *estímulo condicionado*, estímulo neutro, tornado activo, é capaz de causar uma resposta semelhante à do estímulo incondicionado após um emparelhamento repetido com este e, conseqüentemente, provocar uma *resposta condicionada*, idêntica à resposta incondicionada, mas provocada pelo estímulo condicionado.

Segundo esta forma de aprendizagem, são identificados dois conceitos fundamentais: *estímulo incondicionado* e *estímulo neutro*. As diferentes pesquisas demonstram que, para que o condicionamento aconteça, é necessário que exista proximidade temporal entre o estímulo neutro e o estímulo incondicionado e que o estímulo incondicionado deva sempre seguir o estímulo neutro, e nunca o contrário.

Segundo esta teoria, a tendência para um estímulo condicionado determinar uma resposta condicionada aumenta com a frequência destas associações, o que origina, nesta situação, uma aprendizagem directamente proporcional ao número de associações entre os estímulos.

Pode dizer-se que há aprendizagem se a resposta também se manifestar na presença do estímulo que inicialmente não a provocava. Através do processo de condicionamento, o organismo aprende a antecipar a ocorrência do estímulo incondicionado.

A compreensão deste modelo é relevante para o professor porque possibilita a compreensão de alguns comportamentos, não só dos alunos, como também de si próprio.

▪ Teoria do Condicionamento Operante

Este paradigma está associado aos trabalhos desenvolvidos por Skinner (1953) e questiona, parcialmente, a teoria de Pavlov. Este autor propõe, em alternativa, a hipótese de o comportamento ser explicável por um estímulo de “segundo tipo”, ou seja: no processo de adaptação ao meio, o sujeito alcança uma satisfação que provoca a repetição desse comportamento.

A noção de comportamento operante, segundo este autor, é essencial. Não é possível encontrar um estímulo ilícito para um grande número de respostas, pelo que muitos

comportamentos são emitidos livremente e não como resposta a estímulos. A maior parte dos comportamentos são operantes, actuam sobre o meio em que o indivíduo se insere, modificando-o e sendo modificado por ele.

Podemos então considerar a aprendizagem como uma mudança na probabilidade de resposta, quase sempre provocada por condicionamento operante, processo pelo qual uma resposta (ou operante) se torna mais provável ou mais frequente, porque o operante é fortalecido, reforçado. Assim, o não reforço, o esforço e a concentração de provas são as variáveis que retardam um processo de condicionamento.

Skinner (1953), através dos trabalhos desenvolvidos, pretendeu demonstrar que podemos manipular o ambiente de forma a induzir comportamentos desejáveis e desenvolvê-lo nas pessoas de forma a tornar possível o futuro que desejam.

▪ Teoria da Aprendizagem Social

As teorias da aprendizagem social vêm colmatar falhas existentes nas teorias anteriores, as quais tentam explicar os factores que influenciam o comportamento. Partilham do mesmo princípio, ou seja, as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo, mas diferem num aspecto: os processos cognitivos não directamente observáveis, tais como expectativas, pensamentos e crenças, também influenciam o comportamento.

A teoria da aprendizagem social pretende explicar o comportamento humano na base de uma interacção recíproca e contínua dos determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais, e introduz um novo conceito, que consiste na aprendizagem por observação de modelos. Assim, passamos a abordar a Teoria Cognitivo-Social de Bandura.

Este autor defende que aprendemos a observar os outros, pelo que, a observação de modelos exteriores, tais como pessoas, livros e outros, acelera mais a aprendizagem do que se esse procedimento tivesse sido executado pelo “aprendiz”. Esta concepção da aprendizagem é importante em termos do desenvolvimento individual e da sobrevivência social, porque significa que o indivíduo não é um sujeito passivo perante as influências externas, mas alguém que tem capacidade para influenciar o seu próprio comportamento. Isto é possível porque o ser humano possui a capacidade de usar símbolos e de representar de forma antecipatória o comportamento ou a acção intencional em termos de processos e de resultados e respectivas consequências. A Teoria da Aprendizagem Social enfatiza a

aprendizagem observacional e a modelagem, permitindo que o indivíduo altere o seu comportamento em função dos procedimentos dos elementos do grupo.

Esta perspectiva é importante: para o desenvolvimento individual e para a sobrevivência social; para a aquisição de competências, ao contrário de uma aprendizagem na base do ensaio e do erro, que pode trazer danos irreversíveis. Essa capacidade vai permitir que o indivíduo tenha controlo sobre o seu comportamento, definindo o que fazer, embora sofrendo a influência de alguns aspectos, tal como o meio externo, e dentro das suas limitações de ordem biológica, física, cognitiva e outras.

À luz deste paradigma, reconhece-se que a pessoa é um ser complexo e o seu comportamento nem sempre pode ser explicado de forma tão linear, como pretende o condicionamento clássico operante. Reconhecer a aquisição de competências comportamentais na base desta teoria significa aceitar o princípio de que as pessoas não possuem padrões de comportamento de uma forma inata, mas antes adquirida pela experiência directa e indirecta, ou seja, por observação e por concepção.

Neste contexto, têm uma importância especial as consequências de um comportamento, como apoio da aprendizagem. Sendo o homem um ser que vive em permanente interacção com o meio envolvente e com os parceiros sociais, grande parte do que aprende é feito através da observação das outras pessoas, imitando-as e escolhendo os modelos sociais como guias para as suas próprias acções.

O modelo de Bandura, embora estando na perspectiva de orientação comportamental, introduz conceitos de natureza cognitiva. Ele aceita a intercessão de variáveis intermédias entre o estímulo e a resposta, cuja interpretação é de ordem cognitiva ao nível dos estímulos e das respostas. Segundo este autor, o comportamento humano pode ser explicado, em termos de interacção recíproca contínua entre os determinantes de natureza cognitiva (factores pessoais), determinantes de natureza comportamental e determinantes externos situacionais. A aprendizagem pela observação, segundo os teóricos da aprendizagem social, é um dos meios mais eficazes para a transmissão de valores, atitude e padrões de pensamento.

Portanto, cabe ao professor o papel de influenciar a *atenção* do aluno. No entanto, tem também a função de criar condições no sentido de os alunos prestarem atenção às informações imprescindíveis para a aprendizagem. Mas também é preciso que o professor esteja atento e consciente de que o que pode chamar a atenção do aluno pode não ser valorizado pelo professor, e numa situação de aprendizagem, sobretudo social, estão

presentes outros modelos, tais como colegas ou estímulos, que podem desviar a atenção do que é proposto. A influência deste modelo também depende do quanto o indivíduo se recorda da acção dele, mesmo quando deixa de estar disponível.

Ainda na perspectiva deste autor, as consequências impõem, de certo modo, o nosso comportamento. As acções que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram consequências negativas tendem a desaparecer, ou seja, aos comportamentos positivamente reforçados será dada mais atenção, serão melhor aprendidos e executados com maior frequência.

A diferença entre a aprendizagem por condicionamento operante e a aprendizagem social é que, para a primeira, as consequências têm o objectivo de fortalecer o comportamento; para a segunda, as consequências do comportamento são as suas fontes de informação e de motivação.

Quanto ao ensino, a aprendizagem por observação tem quatro aplicações:

1. Ensino de novos comportamentos – quando se quer ensinar novas habilidades ou novas formas de pensar e de sentir, deve-se utilizar as mudanças ocorridas no comportamento, no pensamento ou nas emoções do modelo de forma ponderada, ou seja, mostrar claramente os passos necessários para atingir o objectivo do modelo ou executar a tarefa.
2. Desenvolvimento das emoções – através da aprendizagem por observação, as pessoas podem desenvolver reacções emocionais a situações nunca experimentadas.
3. Facilitar os comportamentos – pode-se aprender comportamentos através da observação dos outros, não por estarmos especialmente motivados para tal, mas por serem necessários em determinadas situações sociais.
4. Troca de inibições – a inibição ocorre quando se vê um modelo obter consequências negativas com o seu comportamento, tornando-se indesejável a sua imitação.

A teoria sociocultural de Vygotsky (1896-1934) considera fundamental o contexto social para o desenvolvimento do conhecimento e das qualificações individuais em função da orientação, do suporte e da estrutura que a sociedade oferece. Este autor enfatiza os papéis da linguagem e da aprendizagem como questões fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo. Desta forma, a interacção social e o instrumento linguístico são decisivos para o desenvolvimento. Para ele, o sujeito não é apenas activo, mas

interactivo, porque forma conhecimentos e constitui-se a partir de relações intra e interpessoais.

É na troca com outros sujeitos e consigo próprio que se vão interiorizando conhecimentos, papéis e funções sociais, que permitem a formação de conhecimentos e da própria consciência. Trata-se pois de um processo que vai do plano social, de relações interpessoais, para o plano individual interno, de relações intrapessoais.

Do que foi dito, a teoria da aprendizagem social destaca o papel desempenhado pelos processos de modelação, da capacidade simbólica e de auto-regulação, processos estes nos quais o sujeito desempenha um papel activo, podendo até exercer uma determinada influência sobre o seu comportamento. Esta influência pode ter algumas limitações decorrentes do determinismo imposto pela contínua e recíproca interacção dos determinantes do comportamento humano: cognição, acção e ambiente.

Este modelo tem implicações na educação, sobretudo na escola e nos agentes intervenientes; uma das suas principais características é o facto de proporcionar ao professor um quadro de referência que permita compreender alguns fenómenos educativos à luz da aprendizagem.

De acordo com Miranda e Bahia (2005), as abordagens à aprendizagem possuem um carácter relacional, não são apenas algo que o sujeito possui e aplica quando necessário, mas decorrentes do significado que o estudante atribui aos factos educativos, às tarefas escolares e ao seu trabalho na sala de aula. Nesta perspectiva, “a escola deve também certificar-se de que os estudantes adquirem as competências cognitivas para uma melhor autonomia na aprendizagem; para isso as aulas devem possibilitar o desenvolvimento de tais competências” (Miranda e Bahia, 2005, p. 157).

▪ Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel

Segundo Ausubel (1980), o essencial no processo de ensino é que a aprendizagem seja significativa, ou seja, que a nova informação faça algum sentido para o estudante. Para este autor, “a aprendizagem significativa envolve a aquisição de novos significados e estes, por sua vez, são produtos de aprendizagem significativa” (Ausubel, 1980, p. 34). De acordo com Moreira e Masini (2009), a aprendizagem significativa “é um processo pelo qual uma nova informação se relaciona com um aspecto relevante na estrutura do conhecimento do indivíduo” (Moreira e Masini, 2009, p. 17).

Para que ocorra a aprendizagem significativa é necessário, de acordo com Ausubel, que o aluno esteja disposto a aprender e que o material aprendido seja significativo para o indivíduo. Neste processo, a aprendizagem relaciona-se com a estrutura básica do conhecimento, que este autor designa por *subsunçor*. A aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação se apoia em subsunçores relevantes preexistentes na estrutura cognitiva de quem aprende.

Segundo esta teoria, o conhecimento é adquirido de forma mais significativa, retido e lembrado por mais tempo; aumenta a capacidade de aprender outros conteúdos, mesmo que a informação original seja esquecida, e por fim facilita a reaprendizagem e permite a lembrança.

Em contraste com a aprendizagem significativa, Ausubel refere a aprendizagem mecânica. Este autor define-a como sendo a aprendizagens de novas informações sem associação a conceitos preexistentes. Contudo, as aprendizagens mecânicas e significativas não são processos dicotómicos, mas sim um *continuum*. Quando o indivíduo obtém informações numa área nova, ocorre a aprendizagem mecânica, até que alguns elementos do conhecimento relevantes para as novas informações existam na estrutura cognitiva e possam servir de subsunçores. À medida que a aprendizagem se vai tornando significativa, os subsunçores tornam-se mais elaborados e prontos para suportar os novos conhecimentos.

A aprendizagem significativa implica uma articulação dos conhecimentos novos com os conhecimentos preexistentes. Assim, o aluno deve ser estimulado a aprender a aprender, ou seja, a realizar aprendizagens significativas por ele próprio.

▪ Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano

Mais recentemente, a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner (2002), defende uma nova perspectiva do comportamento humano. Esta teoria assenta em quatro (4) aspectos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto, tempo. Para este autor, a pessoa desenvolve-se de acordo com o contexto que a rodeia. Este é composto por parâmetros que compreendem: o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema.

Nesta perspectiva, o contexto ambiental e a atenção prestada às actividades desenvolvias por outrem ou até a sua participação significam que há uma relação. Esta constitui um contexto crítico para o seu desenvolvimento e igualmente um bloco organizador

essencial do microssistema, o que pode estimular o desenvolvimento psicológico. Este aspecto é fundamental para a observação, para o trabalho em equipa e para as relações afectivas que se estabelecem no curso de actividades conjuntas.

Pela análise apresentada, pode-se ver que o desenvolvimento pessoal e profissional evolui ao longo do ciclo de vida e depende de aspectos contextuais de carácter social e institucional, mas também da estrutura da pessoa e dos factores que, de forma directa ou indirecta, transpõem a rede de relações interpessoais e as transições ecológicas que determinam esse desenvolvimento. Desta forma, a pessoa desenvolve-se num sistema de interacção com os outros sistemas, numa reciprocidade que a modificam, mas também exerce sobre eles a sua influência.

3.3. Tipo de Formação em Enfermagem

3.3.1. Na teoria

A educação em enfermagem foi, desde sempre, um desafio não só para os professores, inicialmente médicos, e, no nosso país, a partir da década de 50, para os enfermeiros-monitores.

É preciso recuar ao ano de 1887, data a partir da qual teve início, em Lisboa, o primeiro Curso de Enfermeiros, que funcionou no anfiteatro do Hospital de S. José, para ver manifestada a preocupação de incluir no respectivo plano de estudos uma componente teórica e uma componente prática.

Conforme o Decreto de 10 de Setembro de 1901, verificamos, no seu artigo 16.º, que, o designado Curso Ordinário de Enfermeiros, a funcionar na Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José, tinha uma componente teórica e uma componente prática. Nas aulas leccionadas na referida escola eram ensinadas noções “muito gerais” de anatomia com “*demonstração no manequim, em estampas ou no cadáver*”; de fisiologia, relacionadas com “as aplicações terapêuticas médico-cirúrgicas, de dietética e de higiene”; sobre microrganismos, assepsia e anti-sepsia; administração de medicamentos; selecção de materiais de pensos; economia hospitalar e doméstica; noções gerais de higiene relativas ao doente, à cama e à casa. De acordo com o *Manual do Enfermeiro* (1889), os alunos também estudavam conteúdos relacionados com a saúde infantil e pediátrica, a saúde mental e a saúde materna.

O material escolar de apoio era praticamente inexistente. A *Postilla Religiosa e a Arte de Enfermeiros*, publicado em 1741, foi o primeiro manual de enfermagem. Embora esta obra contemplasse os aspectos que diziam respeito aos enfermeiros, foi pouco reconhecida, pois, à época, eram os médicos que ministravam a formação dos enfermeiros.

Em 1918, após remodelação da referida Escola, foram criados o Curso Geral e o Curso Complementar.

No Curso Geral, da componente teórica constavam as disciplinas de: anatomia e fisiologia (apenas noções gerais); higiene; enfermagem geral (com noções de dietética e farmácia); enfermagem médica e socorros de urgência; enfermagem cirúrgica e socorros de urgência; história de enfermagem; serviços operatórios; deontologia profissional. É de realçar, já nesta época, a preocupação existente na formação humanística dos alunos, indispensável para a sua aprendizagem. De acordo com Carvalho (2005), a interiorização de atitudes, normas e valores está presente em qualquer procedimento que o aluno executa.

Para o Curso Complementar eram ministradas as disciplinas de enfermagem médica e socorros de urgência; enfermagem cirúrgica e socorros de urgência; serviços operatórios; organização dos serviços hospitalares e legislação. Este curso preparava o enfermeiro para o lugar de chefia dos hospitais, sendo para tal necessário possuir o certificado de aprovação no Curso Geral.

Embora existisse a preocupação de preparar os enfermeiros da melhor forma para responderem às necessidades das populações, começa-se a observar que as instituições hospitalares pretendiam enfermeiros com afinidades ao idealizado por Nightingale:

“Uma boa enfermeira deve ser uma pessoa com quem se possa contar, uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devota, enfim, alguém que respeita sua própria vocação porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta em suas mãos” (Nightingale, 1989, p. 6).

Com o objectivo de melhorar o ensino e o desempenho dos enfermeiros, foram criados, em 1947, dois novos cursos, o Curso de Pré-Enfermagem, que se destinava aos alunos que não possuíam as habilitações literárias necessárias para ingressar no Curso Geral, e o Curso de Auxiliar de Enfermagem.

Constatamos que as alterações efectuadas nos diversos planos de estudo, relativamente à componente teórica, pretendiam inserir disciplinas que contribuíssem para a

compreensão do ser humano nos diferentes aspectos, sobretudo os referentes aos aspectos éticos, deontológicos e profissionais.

Em 1952, procedeu-se a uma reorganização do ensino de enfermagem, que tinha como objectivos: dar resposta à necessidade de actualizar o conhecimento e de melhorar a preparação técnica e o desempenho social e profissional dos enfermeiros; responder às exigências dos problemas de saúde da sociedade. Decorrente desta reforma, as aulas teóricas e as técnicas de enfermagem passam a ser leccionadas pelos monitores das escolas de enfermagem, tendo o ensino e a profissão beneficiado com esta decisão.

A reforma de 1965, preconizada pelo Decreto-Lei n.º 46448, de 20 de Julho, veio introduzir alterações no ensino de enfermagem, passando as disciplinas de enfermagem ministradas a destacar mais a enfermagem. O Curso Geral de Enfermagem, com a duração de três anos, passou a habilitar o enfermeiro para qualquer área de enfermagem, quer a nível preventivo, curativo e de reabilitação. Desta forma, os alunos finalizavam o curso melhor preparados para trabalhar na área hospitalar e na área de saúde pública.

Até este período houve uma forte influência do modelo biomédico, estando o ensino muito direccionado para a patologia, medicamentos e tratamentos. Consideramos que as alterações introduzidas contribuíram para que o ensino de enfermagem se aproximasse ao modelo holístico. Para tal evolução contribuiu a influência dos diversos modelos e teorias de enfermagem que chegavam, sobretudo, dos EUA.

Ao querer esta aproximação, na qual os cuidados de enfermagem estão mais centrados na pessoa, implicando-a na tomada de decisão, foi também necessário reconsiderar os modelos de formação de forma a incentivar o estudante de enfermagem a ser mais participativo no seu processo formativo.

Em 1976, as mudanças sociopolíticas e a consciencialização das populações em questões de saúde impuseram a capacidade de responder às necessidades decorrentes dessa consciencialização. As escolas de enfermagem não ficaram indiferentes a essa situação, pelo que houve necessidade de responder às carências nacionais com um curso de enfermagem cientificamente mais apoiado, que permitisse a equiparação para prosseguimento de estudos a nível superior.

Ao longo dos tempos e até ao presente, assistimos a várias reformas nos planos de estudo, tendo em consideração as recomendações internacionais, sempre com a

preocupação de contribuir para a melhoria da *performance* dos profissionais, não só a nível técnico-científico como político-social.

O aumento da complexidade dos problemas de saúde, do desenvolvimento das tecnologias, no âmbito do diagnóstico e tratamento, tem constituído também um desafio constante ao ensino de enfermagem.

Neste sentido, verificamos que no plano de estudos correspondente à reforma de 1987 são incluídas as disciplinas de introdução à pedagogia, introdução à investigação e estatística, com a realização de um projecto no final do curso, introdução à administração e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Estas alterações preconizam que o aluno seja capaz de analisar os factores que intervêm na gestão de cuidados, de utilizar os resultados de investigação na prestação de cuidados e de participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente do foro psiquiátrico, aos três níveis de intervenção.

Com a integração no Sistema Educativo Nacional a nível do ensino superior politécnico, o ensino de enfermagem esforçou-se por se adaptar às novas filosofias. Neste sentido, as finalidades do plano de estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem visavam o desenvolvimento global da personalidade do estudante. O processo ensino-aprendizagem passou a ser visto como um processo contínuo de autoformação, baseado em princípios psicopedagógicos da motivação, criatividade e personalidade, respeitando a estrutura cognitiva do estudante e a sua relação com o meio, com as experiências e com a maturação. O estudante passou a ser considerado um sujeito activo, devendo as estratégias pedagógicas proporcionar as condições para a autodeterminação, através da diversidade de situações de aprendizagem.

O Curso de Bacharelato em Enfermagem, regulamentado pela Portaria n.º 195/90, de 17 de Março, contemplava, no seu plano de estudos, de forma articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente prática.

Segundo a Portaria n.º 195/90, a componente de ensino teórico tem como objectivo *“a aquisição de competências, pelo estudante de enfermagem, dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessárias para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem”*.

Também de acordo com a Directiva n.º 89/595/CEE, em alteração à Directiva n.º 77/453/CEE, o ensino teórico é definido como *“sendo parte da formação em cuidados de*

enfermagem pela qual os estudantes de enfermagem adquirem os conhecimentos, compreensão, as aptidões e atitudes profissionais necessárias para planejar e avaliar os cuidados globais de saúde”.

Em 1999, a cessação do Curso de Bacharelato em Enfermagem vem possibilitar que se inicie o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Segundo o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, este destina-se “a assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão dos cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”.

As alterações preconizadas neste plano de estudos só fazem sentido se o docente se consciencializar do desempenho de um papel que estimule a criatividade, a inovação e até a audácia do estudante. Como refere Hesbeen (2000), “cabe ao docente dar inteligência aos programas, aproveitar todas as oportunidades, todos os espaços de liberdade e de iniciativa que todo o programa permite, nomeadamente as modalidades pedagógicas” (Hesbeen, 2000, p. 126-127). Cada vez mais o ensino magistral, que aborda diferentes matérias de forma sistemática, está obsoleto, um ensino centrado no que se chama “resolução de problemas” (idem, p. 127) parece mais eficaz. Porém, esta metodologia implica tempo para a preparação do docente.

De acordo com o autor supracitado, a formação inicial deve ter a preocupação de ajudar o estudante a reflectir sobre si próprio, bem como ajudá-lo no percurso formativo, para se tornar um prestador de cuidados. É fundamental que o estudante aprenda a desenvolver as estratégias que contribuam para a melhoria do seu processo de aprendizagem. Assim, e enquanto instrumento da aprendizagem, a reflexão é necessária à educação profissional; portanto, o docente deve promover o pensamento reflexivo dos estudantes através da intervenção que promove em contexto de sala de aula.

Para dar forma a este processo de formação, é fundamental que o docente de enfermagem seja um professor reflexivo, no dizer de Alarcão (1996) “ter a capacidade de utilizar o pensamento como atribuidor de sentido” (Alarcão, 1996, p. 175), ou seja, ser capaz de fazer da sua prática um campo de reflexão teórica estruturadora da sua acção.

Para Malglaive (1997), a sociedade mudou e a escola de hoje democratizou-se, recebendo de forma massiva os alunos, o que não significa que a afinidade das faixas etárias garanta o mesmo comportamento em relação aos programas e à sua assimilação. Esta alusão convida-nos a reflectir sobre o papel da educação em enfermagem e qual o modelo de aprendizagem que consideramos ser o mais adequado à formação.

Neste sentido, podemos dizer que a reflexão é um processo necessário à educação profissional logo, o pensamento reflexivo dos estudantes deve ser estimulado na sala de aula, através das competências comunicacionais do professor. Se a prática é o suporte da educação em enfermagem, e a aprendizagem é em contexto da prática, então é fundamental a estimulação para uma aprendizagem reflexiva. Segundo Zeichner (1993), a reflexão implica intuição, emoção e paixão.

A teoria é ainda considerada da exclusividade da escola e a prática apenas dos contextos de trabalho, mas, na realidade, constatamos que a teoria pode ser reproduzida através da prática. Neste sentido, Malglaive (1997) considera que o saber passa pela construção do conhecimento a partir da acção, enquanto o fazer põe problemas do investimento da acção, ou seja, *agir para saber e saber para agir*.

Como podemos constatar ao longo dos tempos, o ensino de enfermagem tem estado atento e tido a preocupação de proceder às reformas consideradas fundamentais para que os utentes e a comunidade em geral obtenham mais ganhos em cuidados de saúde.

3.3.2. Na prática

Devido às suas características eminentemente práticas, a formação em enfermagem teve a preocupação de estar ligada aos contextos de trabalho, com vista a proporcionar uma formação para a excelência dos cuidados.

Como refere Hesbeen (2000),

“o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida (...) é no estágio que estes podem descobrir o que significa prestar uma atenção particular ao outro através das “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000, p. 136).

Actualmente, preconiza-se que o estudante seja um agente activo no seu processo formativo e que desenvolva a sua aprendizagem fundamentada na realidade e na experiência. O estudante de enfermagem, segundo Carvalhal (2002), referindo-se a Barnard e Dunn, “parte para a prática clínica não para substituir os enfermeiros do serviço, mas para prosseguir uma aprendizagem significativa à medida que identifica e demonstra as suas capacidades em experiências congruentes com as mesmas” (Carvalhal, 2002, p. 38).

O plano de estudos decorrente da reforma de 1952 realça a necessidade de os estágios serem realizados, preferencialmente, em enfermarias-escolas ou em serviços apropriados, devendo os alunos passar, por períodos estabelecidos, por todos os serviços que tivessem interesse para a sua formação. Esta selecção era efectuada de forma articulada pela escola e pelo respectivo hospital, tendo em consideração as características relacionadas com a dotação nas áreas de recursos humanos, materiais e organizacionais. Esta necessidade prendia-se com a preocupação de proporcionar aos estudantes as melhores condições de aprendizagem, devendo a equipa, e sobretudo o enfermeiro-chefe, demonstrar preocupações relacionadas com o ensino.

Abreu (2007) considera

“que a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico, sendo este um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais” (Abreu, 2007, p. 17).

Para permitir uma maior articulação entre a escola e os contextos em que se realizavam os estágios, nos anos 50 foi introduzida a Caderneta Escolar, onde apenas era registado *o que fazia e o que via fazer*, na perspectiva de Malglaive (1997) um apelo ao saber-fazer, uma destreza mais ou menos ampla da prática humana. Na óptica de Alarcão (2001), recordando Schön, salienta-se que, inerente à prática dos bons profissionais está presente a componente artística, um saber-fazer que se aproxima da sensibilidade artística, que Schön designa por **artistry**. É um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo, pois permite ao profissional agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos, sendo que cada situação nova implica uma reflexão. Não só era valorizado o saber-fazer mas também os saberes processuais, conforme refere Malglaive (1995), ou seja, a inter-relação a estabelecer com os saberes teóricos.

É demonstrada ao longo dos tempos a preocupação existente com a formação em enfermagem, pelo que mais uma vez, em 1965, se procedeu a nova reforma do ensino de enfermagem, que entre outras alterações, preconizava que:

- Os campos de estágio, seleccionados pela escola, fossem mais diversificados, dando suporte prático aos conteúdos teóricos;
- Nos estágios, os estudantes fossem orientados e avaliados por enfermeiros da escola, monitores e auxiliares de monitor, embora com a participação dos enfermeiros dos serviços.

Decorrente desta reforma, e segundo D'Espiney (1997), os enfermeiros da prática profissional deixaram de intervir na formação, porque não eram solicitados e, em muitas situações, a sua colaboração considerada indesejada, pelo que se habituaram, ao longo dos tempos, a ser marginalizado, a pretexto de que a sua prática carecia de rigor científico.

Constatamos que até à integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional não se registam alterações significativas relativamente à metodologia de estágio.

Com esta integração, o plano de estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem, segundo a Portaria n.º 195/90, de 17 de Março, tem como objectivo, para a componente ensino clínico, *assegurar ao estudante de enfermagem, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos, em contacto directo com o indivíduo são ou doente e ou com uma comunidade, a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais de enfermagem.* Esta componente deve, pelo menos, corresponder a metade da carga horária total do curso. A sua realização deve efectuar-se em centro de saúde e comunidade, e hospitais, sob a responsabilidade dos docentes da escola superior de enfermagem, e em colaboração com os enfermeiros qualificados das instituições, nas diferentes áreas de exercício de enfermagem.

Desta forma, a educação em enfermagem deve promover as competências para a autonomia, comunicação, reflexão, espírito crítico, preocupação e solicitude em relação aos outros, percepção e interpretação nas relações pessoais, entre outras. Os ensinamentos clínicos, realizados em serviços de saúde ou na comunidade, servem de base para uma aquisição entre o saber-fazer e o saber-ser, para estabelecer uma articulação entre os valores ideais, entre os valores de referência, os que dizem respeito à pessoa e dirigem a acção, entre o desejável e o não desejável, entre o que é e o que deve ser. Assim, a componente prática destina-se a preparar o futuro profissional para suportar situações de trabalho, previsíveis ou imprevisíveis, em permanente mudança e incluídas em determinados contextos.

A formação inicial (Hesbeen, 2000) estimula a reflexão sobre si próprio enquanto ser e permite iniciar o processo para se tornar num ser prestador de cuidados, profissional da atenção prestada ao outro enquanto enfermeiro(a). Sabendo que a essência da enfermagem é o cuidar, da pessoa, dos grupos, da comunidade, o modelo curricular deve incluí-lo, como valor central, pelo que as práticas cuidativas têm de englobar, também, as relações que se estabelecem entre o docente e o estudante, porque é neste processo que se inicia a aprendizagem do cuidar.

Como observa Alarcão (2001), se o enfermeiro(a) é um profissional do ser humano, a amplitude do seu desenvolvimento enquanto profissional está relacionada com o conceito de desenvolvimento humano, na medida em que todo o desenvolvimento profissional é um desenvolvimento humano; porém, nem todo o desenvolvimento humano é um desenvolvimento profissional. O desenvolvimento humano é considerado como um factor da construção do conhecimento, num espaço formativo, no qual estão envolvidos o sujeito e o contexto.

Durante alguns anos foi notória a desvalorização concedida aos saberes provenientes da prática, sendo apontada por muitos como uma das causas responsáveis pela dicotomia teoria/prática na formação dos enfermeiros, e pelo *choque da realidade*, verificada nos recém-formados. Esta noção de dicotomia leva a que Alarcão (2001) considere “a teoria e prática como um conjunto, dinâmico e mutável, feito de valores e conhecimentos (substantivos, processuais e estratégicos), tendo como base de sustentação a prática e aquilo normalmente designado por teoria, mas integrados por valores que as perspectivam” (Alarcão, 2001, p.58).

Na opinião de Zeichner (1993) “a diferença entre teoria e prática é, antes de mais, um desencontro entre a teoria do observador e a do professor, e não um fosso entre teoria e a prática” (Zeichner, 1993: 21).

Recentemente, a orientação expressa na Portaria n.º 195/90, de 17 de Março, veio contribuir para minimizar a problemática, tornando a formação mais próxima do mundo real da profissão e permitindo que o estudante adopte uma atitude crítica reflexiva em relação à sua aprendizagem e à profissão. Desta forma, o processo pedagógico, nomeadamente o ensino clínico, passou a envolver três actores, interagindo entre si e com diferentes papéis: o *docente*, que desempenha um papel facilitador da aprendizagem e, como refere Musgrave, “faz com que os alunos adquiram vários tipos de saber” (Musgrave, 1994, p. 211), de forma que a aprendizagem aconteça de um modo efectivo, global e humano, harmonioso, equilibrado e progressivo; o *enfermeiro do serviço*, um agente facilitador da integração no serviço e da socialização antecipada, bem como da própria aprendizagem do estudante; o *estudante*, um sujeito activo e responsável pela formação que vai adquirindo.

Nesta perspectiva e segundo Fonseca (2007), a colaboração dos enfermeiros qualificados tem como objectivo a supervisão em ensino clínico, que

“compreende uma tríade (docente, enfermeiro e o estudante), onde o docente se constituirá como um recurso na área do saber,

essencialmente teórico, na área pedagógica, de supervisão e sendo o elemento que melhor conhece o estudante, quer no que diz respeito ao percurso formativo quer o seu percurso pessoal, colaborará com o enfermeiro na partilha de informações e na implementação das estratégias, tendo o estudante como centro do processo de formação” (Fonseca, 2007, p. 55).

Os momentos de partilha no ensino clínico, entre o docente, o enfermeiro e o contexto formativo, permitem que os actores possam prosseguir o seu processo de desenvolvimento profissional. Na perspectiva de Lesne (1984), o docente e o enfermeiro formador são considerados “agentes de socialização de segundo grau, especializados num papel que, social e potencial, é de todos” (Lesne, 1984, p. 35).

Como menciona Carvalho (2005), o ensino clínico “não é mais uma actividade em que o estudante tinha de demonstrar que sabia, mas, sim, é entendida como uma actividade em que o estudante tem oportunidade de aprender” (Carvalho, 2005, p. 104). Esta ideia vai ao encontro da aprendizagem significativa, pois desta forma o estudante que já teve a oportunidade, numa aprendizagem inicial, de consolidar algum material, na prática tem a possibilidade de rever alguns aspectos esquecidos, facilitando a sua retenção. A prática, influencia a aprendizagem na medida em que aumenta a clareza e a estabilidade dos novos significados aprendidos na estrutura cognitiva; portanto, facilita a aprendizagem e a retenção de novas tarefas de aprendizagem relacionadas. Logo, a aprendizagem em ensino clínico assenta não só na aquisição de novos saberes mas também dos saberes, colectivos dos contextos de trabalho.

Este tipo de aprendizagem, que Bandura designa de aprendizagem social, prolonga-se ao longo de toda a vida, através do processo de socialização. Desenvolve-se através da observação, identificação e imitação de um modelo, ou seja, uma pessoa pode adquirir um comportamento novo observando e imitando outras pessoas. Neste tipo de aprendizagem, o reforço tem uma grande importância na medida em que, ao observar o modelo que foi reforçado, ou ao receber o reforço a seguir ao comportamento desejado, o sujeito integra um novo comportamento no seu quadro de respostas.

Também e segundo Abreu (2007), a aprendizagem em contexto clínico deve assentar em quatro pressupostos:

- “A complexidade decorre da natureza das experiências de campo;
- A aprendizagem processa-se de forma matricial, mobilizando ‘redes’ de saberes;
- A aprendizagem desenvolve-se de forma holística;

- A formação exige mobilização de estratégias de gestão e de formação” (Abreu, 2007, p. 89).

Desta forma parece existir uma convergência de opiniões, pelo que podemos constatar na Directiva n.º 77/453/CEE, que o ensino prático é definido como *sendo a parte da formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante de enfermagem aprende, integrado numa equipa, em contacto directo com o indivíduo são ou doente e/ou com uma colectividade, a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos ... Esse ensino efectua-se nos hospitais e outras instituições de saúde e na colectividade, sob a responsabilidade dos enfermeiros docentes e com a cooperação e assistência de outros enfermeiros qualificados.*

Decorrentes destas alterações legislativas, as lógicas subjacentes às práticas clínicas (ensinos clínicos) alteraram-se. Tem-se recorrido à colaboração dos enfermeiros das unidades prestadoras de cuidados para a orientação e supervisão pedagógica dos estudantes no desempenho das práticas clínicas, numa lógica de formação em alternância; como refere Mónaco (1993), “como um meio de ligar a escola e os contextos de trabalho, a formação e a produção, a teoria e a prática, ela é essencialmente percebida como um remédio pedagógico” (Mónaco, 1993, p. 25). Assim, o estudante em ensino clínico desenvolve a sua aprendizagem vendo fazer e fazendo, acompanhado pelos que sabem (enfermeiro orientador), podendo de uma forma mais consistente desenvolver o saber profissional. Este saber (Caria, 2005) implica não só o saber-fazer, que engloba também o como fazer, para desenvolver qualquer actividade e propor modificações às rotinas, como permite a aquisição do saber categorial e do saber contextual, que inclui também a relação estabelecida com o enfermeiro orientador e a restante equipa de enfermagem, os quais são detentores da informação.

Neste cenário de formação em enfermagem, houve necessidade de estabelecer parcerias, modalidade de colaboração entre escolas/organizações de saúde, comprometendo-se a desenvolver um projecto de formação em enfermagem. A parceria (Carvalho, 2002) implica a produção de uma nova cultura de aproximação das organizações educativas e profissionais. No contexto actual, o orientador de ensino clínico deve estar presente e colaborar na avaliação formativa e sumativa.

A avaliação formativa, segundo (Hadji, 1994), referido por Fonseca (2007), tem por objectivo “(...) contribuir para melhorar a aprendizagem em curso, informando o professor sobre as condições em que está a decorrer essa aprendizagem, e instruindo o aprendente

sobre o seu percurso, os seus êxitos e as suas dificuldades (...)” (Fonseca, 2007, p. 30), desde que todos os procedimentos sejam discutidos e explicados pelo orientador e estudante. Esta metodologia tem como objectivo contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante.

Na opinião de Alarcão e Tavares (2003), a avaliação sumativa “deve atender à pessoa do professor como um todo e não como um somatório de características e comportamento” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 110).

Portanto, é indispensável que exista uma relação orientador/estudante que conduza a um futuro profissional autónomo. Um processo de avaliação desajustado ou injusto pode anular todo um trabalho pedagógico (Carvalho, 2002), pelo que o estudante deve ser incentivado a fazer a sua auto-avaliação para que a avaliação seja a mais justa possível. Uma avaliação correcta é condição fundamental para que se mantenha a relação de confiança, de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento do estudante

Hoje em dia, a supervisão em contexto clínico perspectiva um crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes, onde não são esquecidas as relações institucionais entre a investigação, a educação e a prática profissional, fomentando a capacidade de aprendizagem e a eficiência em tarefas individuais e de colaboração.

Segundo este modelo, em que se pretende estabelecer o rigor, pressupõe-se uma dinâmica entre os actores, bem como um ambiente favorável à aprendizagem; nesta linha de pensamento, Schön (1994) realça que “a actividade profissional é uma forma de resolução de problemas práticos, em que apela à articulação da teoria e das técnicas (...), mas somente as profissões que utilizam a técnica de resolução de problemas se baseiam num saber específico especializado” (Schön, 1994, p. 46).

Esta metodologia desenvolvida pelos estudantes possibilita tirar conclusões, desenvolver conhecimento e capacidade de investigação, bem como a competência relacional.

É essencial que a formação seja um elemento facilitador, para o estudante desenvolver as capacidades e as competências de forma a desempenhar um papel autónomo.

A escola tem, assim, um papel primordial na formação dos enfermeiros, que pretendemos que venham a ser profissionais melhor qualificados, capazes de dar resposta

às novas exigências e necessidades dos serviços de saúde. Como instituição, é um espaço de formação humana, com o papel não só de instruir, mas também de educar e preparar os indivíduos para o mercado do trabalho, dando-lhes a possibilidade de diversificarem a sua formação e assegurando a aquisição e desenvolvimento de competências.

Actualmente, devido ao número de estudantes, é cada vez mais difícil proporcionar contextos de aprendizagem onde a formação possa adequar-se à visão actual da enfermagem, de forma que o estudante preste cuidados de enfermagem em função de uma concepção holística. Comungamos da opinião de outros autores, tais como Tanner (1990), Queirós, Costa e Silva e Santos (2000), na medida em que o actual sistema de saúde está direccionado para cuidados reparadores, em que continua a predominar o poder médico e, desta forma, o modelo biomédico a prevalecer na prestação de cuidados.

Este sentimento implica, como refere Abreu (2007), “que os serviços de saúde certifiquem as unidades de cuidados como espaços de formação, de forma a reconhecer a sua capacidade e excelência para a formação clínica a nível graduado e pós-graduado” (Abreu, 2007, p. 13). E, ainda, “... são necessários sistemas consistentes de supervisão e acompanhamento das práticas clínicas (supervisão clínica em enfermagem e modelos de tutoria” (idem, p. 14).

Provavelmente, o modelo vivenciado pelo estudante em EC está concentrado no tratar, o que vai influenciar toda a sua experiência e prática futura. É importante não descurar que a formação, como sublinha Hesbeen (2000), “deve contribuir para o desenvolvimento de uma “pessoa enfermeira”, cujo perfil é definido quer por conhecimentos quer por competências e qualidades humanas” (Hesbeen, 2000, p. 119); logo, não se pode confundir com preparar profissionais apenas para realizarem actos. Se, por um lado, foram criadas expectativas relativamente ao curso de enfermagem, por outro foram criadas expectativas relativamente à qualidade dos cuidados prestados pelos “novos” profissionais. Contudo, parece que estas expectativas não se concretizaram, pois os enfermeiros continuam centrados na tecnologia e nos conhecimentos científicos, muito virados para o modelo biomédico, descurando a relação com o cliente. Continuamos na eterna questão, já referida por Collière, “a enfermagem é ofício ou profissão?” (Collière 1999, p. 23), na medida em que não temos sabido encontrar “as raízes” da nossa função.

Sabemos que a aprendizagem em contexto clínico permite mobilizar todos os saberes da construção do agir, que não dependem apenas dos agentes/actores no seu quotidiano de trabalho, mas também dos próprios contextos. A questão não reside em saber

se a escola articula os conteúdos no mundo do trabalho, mas em determinar como concretizar essa articulação.

Tal como descreve Canário, “para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício do trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados” (Canário, 1997, p. 27). E, ainda na perspectiva de Benner (2001), “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.14).

Reconhecemos que, actualmente, as inovações não estão nas escolas, mas na prática, que se tornou produtora de múltiplos saberes. Como refere Benner, “práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria” (Benner, 2001, p. 31). Neste sentido, sabendo que tem havido uma incorporação, embora de certa forma progressiva, da ciência no processo de trabalho dos enfermeiros, das novas tecnologias de informação e das novas formas de organização de trabalho, que recentemente surgiram, continua a fazer sentido a discrepância teórico/prática, que “estrutura de forma desigual as qualificações e as posições organizacionais, bem como as localizações dos lugares de classe e estilos de vida a elas associadas” (Caria, 2005, p. 306).

Para reduzir esta discrepância, a escola e os locais onde se realizam os ensinamentos clínicos devem usufruir, mutuamente, quer dos saberes profissionais em contexto quer dos conhecimentos obtidos pelos estudantes, de forma a contribuírem para o desenvolvimento de uma construção reflexiva de um projecto profissional do futuro enfermeiro. As relações estabelecidas entre as organizações que desenvolvem a educação formal e não formal permitem reter os conhecimentos produzidos na educação formal e contribuir para o desenvolvimento da prática.

3.4. Conceito de competências

O conhecimento é, hoje em dia, uma considerável mais-valia das organizações, na medida em que o seu desenvolvimento, associado às competências que advêm da formação e da experiência, enriquece o capital humano, considerado como a “componente mais importante no processo de inovação” (Lopes e Capricho, 2007, p. 347), influenciando o desempenho da organização, considerado também como um elemento do capital intelectual das organizações.

Assim, a importância atribuída à formação exige-nos uma constante reflexão sobre a sua função e as suas práticas, procurando novas formas e enfoques que permitam potenciar o desenvolvimento de competências quer dos profissionais quer das organizações, bem como os resultados que daí advêm.

Quando falamos de competência, podemos pensar em duas vertentes:

1. Competência formal, concedida por um título que habilita a exercer uma profissão;
2. Competência no exercício da profissão.

É sobre esta última que nos vamos debruçar. Contudo, esta análise é subjectiva, dado que, se não houver consenso sobre os indicadores e estes não estiverem definidos e aceites, virá a imperar um critério alargado de subjectividade, uma vez que, e sobretudo na enfermagem, alguns utentes acharão que o enfermeiro simpático e afectivo é competente, porque não têm capacidade para analisar e avaliar as suas competências técnicas; outros utentes mais informados, ou mesmo os colegas de serviço, poderão não reconhecer competência neste profissional, atendendo a que tem muitas falhas técnicas.

Feita esta ressalva, vamos falar de competência no sentido lato.

Analisando etimologicamente o termo, verifica-se que este tem a sua origem no latim *competentia*, significando aptidão, saber. Para Perrenoud (2002), a definição de competência é entendida “como a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando, de uma forma correcta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio” (Perrenoud, 2002, p. 19).

O mesmo autor salienta ainda que a competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades e informações) para enfrentar, com pertinência e eficácia, uma série de situações. Ou seja, é um *constructo* teórico ancorado em várias premissas, tais como:

- As competências não são unicamente saberes, mas incorporam conhecimentos adquiridos ao longo da história de vida. Não basta saber, é necessário ser capaz de mobilizar o conhecimento;
- A pragmatização dos saberes só se desenvolve em situações singulares, pelo que se torna necessário trabalhar, exercitar a mobilização, a transferência para o quotidiano.

Para Le Boterf (1995), a competência é definida como “uma realidade dinâmica, um processo, mais do que um estado ... um saber-fazer operacional válido” (Le Boterf, 1995, p.18). Logo, a competência não se limita à execução de uma tarefa única e repetitiva, mas implica ser capaz de aprender e de se adaptar às situações.

Desta forma, a competência pode ser definida como um saber agir, o que inclui saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e capacidades.

Assim, ser competente compreende uma elaboração mental de forma a produzir uma resposta precisa e adequada à situação.

Para Benner (2001), a enfermeira competente é aquela que, perante as situações imprevisíveis, que fazem parte do seu exercício profissional, é capaz de resolvê-las, porque tem consciência do que é capaz de fazer.

Nesta perspectiva, e de acordo com os autores Perrenoud (2002) e Le Boterf (1995), a competência é um processo sistémico e dinâmico, pois articula conceitos, habilidades e capacidades que o indivíduo tem de mobilizar em conjunto. Desta forma, o sujeito operacionaliza um conjunto de funções que o conduzem a um saber agir que é da responsabilidade da competência, o que implica:

1. *Elaborar um quadro operativo* que lhe permita seleccionar os conhecimentos, ajustando-os às operações relevantes para a tarefa;
2. *Ter em consideração a sua auto-imagem*, que é um factor decisivo nas operações ou na inferência de conhecimentos armazenados;
3. *Saber activar os conhecimentos memorizados*, quer sejam de natureza teórica ou prática;
4. *Executar as habilidades cognitivas*, o que possibilita a realização de tarefas, que permitem a produção de novos conhecimentos a partir das informações memorizadas;
5. *A construção do conhecimento*, que se faz a partir dos saberes memorizados e se vai ajustando, sob o efeito de processos de ensino e de aprendizagem;
6. *A escolha das práticas profissionais*, as quais também dependem de factores afectivos, sociais e culturais.

A formação inicial é uma componente essencial da formação profissional. De acordo com Perrenoud (2002), possibilita que as competências evoluam e se adaptem às

mudanças e mutações das situações de trabalho e contribuam para exercitar as pessoas de forma a utilizarem os recursos que advêm da formação inicial. Para que a formação seja geradora de desenvolvimento, deve estar ligada às práticas. Não é apenas a aquisição do saber-fazer, mas, essencialmente, o desenvolvimento de atitudes e de novas competências do tipo relacional e pessoal, que permite às pessoas evoluírem quer pessoal quer profissionalmente.

Desta forma, a formação escolar deve proporcionar aos estudantes estratégias de aprendizagem que permitam o desenvolvimento das competências básicas, que se relacionam com as capacidades pessoais e que permitem a capacidade de expressão, de relação, de compreensão e de interpretação de representações; a capacidade de mobilizar planos de actuação cada vez mais complexos; a capacidade de tomada de decisão e de estabelecer prioridades, de trabalho em equipa.

Tendo também em consideração as alterações, económicas e sociais verificadas nas últimas décadas, somos confrontados com um panorama de indecisões e modificações. Para tal contribui a universalização da economia, o aumento da competitividade e as novas tecnologias de informação, que permitem que a evolução do conhecimento flua sem limites e com rapidez, que a empregabilidade e o aumento da terciarização, bem como a desadequação do sistema de ensino e o acréscimo dos diplomas.

Para trás fica a época de uma organização científica do trabalho, segundo o modelo taylorista, ao serviço da industrialização, em princípios do século XX, e o modelo fordista, nascido nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, e difundido por toda a Europa. Após os anos 50 do século XX, a aceleração tecnológica, a transnacionalidade e a transcontinentalidade implicam uma evolução para novos modelos organizacionais que privilegiam a descentralização e desburocratização dos sistemas, maior flexibilidade no emprego e maior participação dos funcionários, bem como o aumento da autonomia.

O início do século XXI, assinalado pela reestruturação da economia europeia e pelas novas tecnologias de informação, num ambiente de crescimento da competitividade a nível empresarial, as organizações vêm-se obrigadas a explorar as potencialidades em matéria de produtividade e de eficácia, o que implica, por parte dos funcionários, um conjunto de saberes e competências profissionais.

Os novos perfis profissionais salientam a valorização das competências, que não são apenas técnicas, mas que permitem responder aos novos cenários de incerteza e de imprevisibilidade. Com efeito, a entrada na economia do saber tem como chave da

competitividade, da inovação e da rentabilidade dos investimentos que dependerá do conhecimento, da combinação entre o trabalho, o capital e o saber.

As transformações são demasiado rápidas, pelo que cada vez dispomos de mais informação (que nos serve durante menos tempo) e cada vez necessitamos de mais conhecimento, dispondo de menos tempo para a sua aquisição. Desta forma, sendo a informação considerada um agente gerador de mudança da prática profissional, é necessário investir mais na formação ao longo da vida profissional do indivíduo, orientada para a autonomia, adaptabilidade, flexibilidade e “aprender a aprender”. A competência não se resume a um estado ou a conhecimentos adquiridos, não se reduz a um saber nem a um saber-fazer, não é assimilada durante uma experiência formativa, mas é o resultado dos saberes e da formação e manifesta-se através das consequências da aprendizagem no exercício da profissão.

Verifica-se, no entanto, que a inserção dos jovens no mercado de trabalho é cada vez mais difícil, o que mostra bem a perda do valor social que tem a qualificação escolar. O que é importante é a capacidade de adaptação às competências que se põem em prática. A imagem da educação e formação inicial, como ferramentas suficientes de uma empregabilidade vitalícia, está agora ultrapassada. Analisando a relação que se estabelece entre o mercado de trabalho e o ensino, constatamos que as qualificações escolares não conduzem a uma melhoria das competências profissionais do indivíduo, nem favorecem o aumento da produtividade. A educação permanente e a formação contínua converteram-se em ferramentas indispensáveis para apoiar os percursos profissionais, que se constroem de forma bem mais complexa do que no passado, com um desenvolvimento da mobilidade e das mudanças importantes nos locais de trabalho, devido à inovação tecnológica ou a alterações da organização do trabalho.

Não é de estranhar que a nossa sociedade dê tanto valor ao conhecimento, fala-se da “sociedade do conhecimento” e/ou “sociedade de informação”; sem dúvida que nem toda a informação se transforma em conhecimento, mas é necessário que a informação se deposite num quadro conceptual sólido. Este panorama corresponde, na sua essência, a uma sociedade pós-industrial na qual ganham protagonismo novos actores e dinâmicas, como a economia de serviços, os especialistas altamente qualificados, o saber teórico como motor central gerador de inovação ou de “tecnologia de intelecto”, capaz de dar resposta a problemas complexos relacionados, nomeadamente, com os sistemas de informação.

Presentemente, as direcções das organizações estão mais envolvidas no desenvolvimento dos seus colaboradores, o que implica uma melhor identificação das necessidades formativas e pedidos de formação que se enquadram nas estratégias das próprias organizações. É da responsabilidade dos centros de formação contribuir para o desenvolvimento das competências dos seus profissionais e, por consequência, das organizações a que pertencem.

A nível europeu, o Livro Branco Ensinar e Aprender, Rumo à Sociedade Cognitiva (1995) estimula a aquisição de novos conhecimentos pelo que, os indivíduos devem ter acesso a meios de aprendizagem adaptados às suas necessidades. Para tal é necessário que se desenvolva a autonomia e que se incite a

“aprender a aprender” ao longo da vida: a missão da educação consiste em ajudar cada indivíduo a desenvolver todo o seu potencial e a tornar-se um ser humano completo ... a aquisição de conhecimentos e competências deve ser acompanhada pela educação do carácter, a abertura cultural e o despertar da responsabilidade social (idem, p.14).

Em síntese, ser competente é ter autoridade para ... e os meios de exercê-la. A competência não é apenas uma questão de inteligência, mas um processo holístico de implicação profissional. Se a competência é constituída de saber e saber-fazer, ela contém também os componentes do poder e do querer. É preciso querer para poder mobilizar, é preciso querer agir para saber agir. Le Boterf (1995) defende que o sujeito competente “habita” o seu domínio de competência e faz “corpo” com ele.

3.5. Competências do enfermeiro de cuidados gerais

No ensino da enfermagem tem havido uma preocupação crescente com o desenvolvimento de um modelo de formação que permita uma melhor aquisição de competências por parte dos jovens recém-licenciados. Esta preocupação reflecte-se não só, nos diferentes planos de estudo, mas também nas estratégias desenvolvidas, quer em ensino teórico ou em ensino clínico, evidenciado a preocupação com as competências, nos domínios dos saberes, saber-fazer, numa fase mais inicial, culminando com o domínio do saber-ser e das competências sociais. Estas competências são consideradas como fundamentais, habilitando o enfermeiro no desempenho da sua profissão, daí a necessidade de que estas possam ser transferíveis e utilizadas em diferentes contextos (Pires, 1994).

Para a enfermagem, e segundo a OE (2001), o conceito de competência relativo ao enfermeiro de cuidados gerais “refere um nível de desempenho profissional

demonstrador de uma aplicação afectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (OE, 2001, p. 16). Permite ainda ao enfermeiro aplicar os conhecimentos gerais e especializados nos três níveis de prevenção junto do indivíduo, família, comunidade e/ou grupos, podendo ser observados e avaliados os cuidados prestados através dos indicadores da qualidade da prática de enfermagem.

Ainda de acordo com a OE (2004), para o enfermeiro de cuidados gerais as competências exigidas são da ordem de três domínios:

1. Prática profissional, ética e legal;
2. Prestação e gestão de cuidados;
3. Desenvolvimento profissional.

No mesmo sentido, de acordo com Dias (2006), estão identificadas as competências que têm em consideração as características pessoais e genéricas, o domínio dos conhecimentos (competências científicas), dos saberes-fazer (competências técnicas) e das competências de saber-ser (competências sociais), que caracterizam a profissão e o exercício profissional.

Ainda segundo a autora supracitada, possuir as competências profissionais subentende ter os saberes, habilidades, destrezas e capacidades necessários para decidir as situações complexas relacionadas com os conteúdos da carreira profissional com autonomia, flexibilidade e responsabilidade.

É também de referir que Pires (1994) destaca as competências de “flexibilidade, responsabilidade e capacidade de tomada de decisão, de iniciativa, de planificação, de comunicação e de cooperação” (Pires, 1994, p. 12) como básicas, para além dos conhecimentos técnicos e experienciais, para descrever o perfil dos profissionais.

Para o desenvolvimento destas competências, o plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da nossa Escola tem como objectivo o desenvolvimento, nos estudantes, das competências que permitem avaliar a situação de saúde do cliente (pessoa, família ou comunidade), bem como a forma como é percebida pelos próprios. De acordo com o descrito e com Freidson (1998), o enfermeiro, enquanto profissional, tem a responsabilidade de cumprir com os elementos básicos do profissionalismo, a “obrigação de praticar um corpo de conhecimentos e competências de valor especial e de manter uma relação de confiança com o cliente” (Freidson, 1998, p. 246).

Podemos reflectir que há competências que são consideradas de base e são adquiridas na formação inicial, nomeadamente a responsabilidade, a ética e a deontologia. Porém, outras há que são adquiridas e desenvolvidas ao longo de toda a vida, tais como o desenvolvimento profissional (que engloba a valorização profissional), a melhoria da qualidade e a formação contínua.

A perspectiva histórica de Aubrun e Orofiamma (1990), Pires (1994), Le Boterf (1995) e Perrenoud (1997, 2001), que orientou a nossa pesquisa, no sentido de explicar o desempenho profissional assente na aquisição e desenvolvimento das competências, que se reflecte na qualidade dos cuidados prestados, permitiu a construção do quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Tipologias de competências

Competências pessoais ou genéricas	Competências fundamentais ou soft skills	Competências Chave	Competências sociais ou de terceira dimensão
Espírito de iniciativa	Flexibilidade	Flexibilidade	Comportamentos profissionais e sociais
Perseverança	Adaptabilidade	Responsabilidade	As atitudes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionais e comunicacionais ▪ Relativas à auto-imagem ▪ Adaptação e de mudança
Criatividade	Autonomia	Tomada de decisão	As capacidades criativas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilização de capacidades intelectuais, emocionais e sensoriais ▪ Sentido de inovação ▪ Capacidade para enfrentar o imprevisto
Sentido de organização	Responsabilidade	Iniciativa	As atitudes existenciais ou éticas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores ▪ Perspectiva existencial do indivíduo ▪ Capacidade de análise crítica ▪ Capacidade auto-formação
Espírito crítico	Criatividade	Planificação	
Autocontrolo	Iniciativa	Comunicação	
Atitude de liderança	Abertura a novas ideias	Cooperação	
Persuasão	Motivação		
Autoconfiança	Liderança		
Percepção e interpretação nas relações pessoais	Capacidades de: <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em grupo • Comunicação • Análise • Aprendizagem 		
Preocupação e solicitude em relação aos outros			

Da análise desta tipologia podemos concluir que são mobilizados saberes que apelam à dimensão psicológica e afectiva da personalidade, bem como ao saber social e cultural, e não apenas aos saberes técnicos e científicos.

As “competências genéricas”, assim designadas no Quebeque desenvolvidas em França, por Danièle Casanova (1991), são definidas como sendo as particularidades do indivíduo que caracterizam o seu funcionamento eficaz durante a sua vida e motivam um comportamento.

Parte-se do pressuposto de que estas competências se desenvolvem a partir de experiências-chave do percurso individual e profissional do indivíduo, podendo ser desenvolvidas pelo exercício profissional, pela formação e por actividades relacionadas com a sua vida social e familiar, são transferíveis e podem ser utilizadas em diversas funções.

As “*soft skills*”, assim designadas no âmbito dos trabalhos realizados pelo Gabinete de Assistência Técnica do Eurotecnet (Pires, 1994), são um *conjunto de competências fundamentais* que se revelam ao longo da vida activa e vão permitir a mobilização de outras competências. Neste contexto, foi desenvolvido o conceito de “competência de auto-aprendizagem” (CAA), Self-Learning Competency (SLC), a “competência-chave da formação contínua” que é entendida como a capacidade que o indivíduo possui de espírito crítico e de compreender o seu quotidiano de trabalho. Esta capacidade de julgamento pessoal orienta as actividades e é fundamentada na compreensão e no conhecimento prático possuído pelos próprios.

Esta competência faz com que o indivíduo tome consciência e adopte uma atitude aberta relativamente às oportunidades de aprendizagem nas suas experiências quotidianas.

Também as competências não técnicas, designadas “competências de terceira dimensão” por Aubrun e Orofiamma (1990), são igualmente essenciais, pois estão directamente relacionadas com o *habitus* (Bourdieu, 1997) e com a socialização profissional (Dubar, 1997). Para Bourdieu, a socialização também assegura a incorporação de *habitus* da classe profissional, produz a pertença da classe dos indivíduos, ao mesmo tempo que reproduz a classe enquanto grupo que partilha o mesmo *habitus*. Desta forma, as atitudes, os comportamentos, o esquema de percepção, de pensar e de agir, são duráveis, adquiridos pela experiência e transponíveis para outras situações.

É também nesta perspectiva que o modelo de Nonaka e Takeuchi (1997) apela aos quatro (4) processos de criação do conhecimento: socialização, explicitação, combinação e

incorporação. Este modelo evidencia que há diferenças fundamentais entre a informação, o conhecimento e a competência, pelo que estes autores fazem a distinção entre o conhecimento explícito e o conhecimento tácito. O primeiro diz respeito ao conhecimento adquirido formalmente, na escola; o segundo consiste no processo em que o indivíduo, através dos conhecimentos adquiridos formalmente, mais a sua experiência, as crenças e valores adquiridos, trabalha e utiliza a informação criando valor, ou seja, o seu conhecimento explícito passa a ser utilizado como base para o desenvolvimento de novas habilidades, sem as quais, se torna improdutivo. Constatou-se que o acesso ao ensino formal para a obtenção do conhecimento explícito não é mais diferencial. É neste processo de evolução em espiral, que envolve o indivíduo, o grupo e a organização, que se cria mais conhecimento, como resultado de uma interacção dinâmica entre todos na organização.

Sendo as competências de terceira dimensão mais direccionadas para os aspectos relacionais, podemos analisar que:

- Os comportamentos profissionais e sociais estão ligados a tarefas concretas, num contexto profissional ou social estabelecido;
- As atitudes definem um perfil de comportamentos adaptado a um contexto profissional e cultural determinado;
- As capacidades criativas surgem perante a imprevisibilidade das situações, que se caracterizam pela capacidade de improvisação, na audácia como forma de comportamento e, por fim, no saber-fazer criativo no âmbito da arte e da cultura;
- As atitudes existenciais ou éticas, onde podemos referir os valores, manifestam-se pela capacidade de análise crítica, de autoformação e de pesquisa.

Recentemente, com o processo de Bolonha, o projecto *Tuning Educational Structures in Europe* focaliza-se sobre as competências genéricas e as competências específicas de determinadas áreas científicas. Estas competências representam uma combinação dinâmica de atributos, capacidades e atitudes, que serão desenvolvidos através de programas educacionais. Segundo a metodologia *Tuning*, os resultados de aprendizagem devem ser formulados em termos de competências.

Dado que a formação inicial tem um papel fundamental para o desenvolvimento destas competências, cabe à escola, enquanto instituição formadora, repensar os currículos e programas pedagógicos que administra, garantir os saberes e o “treino” cognitivo que

garantam a aquisição das competências de base, promovendo, desta forma, as bases da socialização profissional.

Neste sentido, é urgente que a escola prepare os futuros profissionais para a instabilidade económica do mercado, para a mudança tecnológica, devendo por isso capacitá-los para a autonomia, flexibilidade e responsabilidade.

Numa formação orientada para o desenvolvimento de competências, em particular a aquisição de competências de terceira dimensão, é preciso apreender o tipo de dispositivo formativo e os seus benefícios para os saberes (quais os tipos de saberes e porquê fazer), a fim de poder decidir o processo de formação. As novas competências são essencialmente do foro pessoal e relacional, portanto indispensáveis para que os profissionais cumpram a missão a que estão destinados dentro da organização (Aubrun e Orofiamma, 1990).

É a coerência de articulação dos saberes sobre (o porquê, o quê e com quê) que possibilita jogar os efeitos esperados. O *habitus* pode, ou não, ser provavelmente obtido, se a formação funcionar como um processo de socialização pertinente.

Para tal, pensamos que a formação deve ser baseada numa reflexão sobre, o *habitus* e a socialização profissional, cuja transferência se realiza em situação profissional (EC), dependendo essencialmente da coerência dos modelos, normas e valores presentes ou adquiridos no estágio e também de outras variáveis, tais como: o estágio de partida do estudante, a natureza e o grau de ambição dos objectivos, os meios pedagógicos e a duração.

Compete pois à formação proporcionar ao futuro profissional como fazer bem o seu trabalho, que é complexo e oculto, na medida em que é pouco visível para os utentes. Partilhamos da opinião de Freidson (1998) ao dizer que durante a formação é fundamental criar-se o compromisso com o conhecimento e com a competência, para que o trabalho do enfermeiro “se transforme num interesse central de vida, capaz de propiciar as suas próprias recompensas intrínsecas” (Freidson, 1998, p. 247). Ainda segundo este autor, o trabalho dos profissionais é muito importante para o cliente/utente; contudo, por ser um trabalho complexo e oculto, estes não conseguem avaliá-lo com precisão. É pois fundamental que exista uma relação de confiança entre ambos.

Ensinar não é tarefa fácil. O trabalho dos professores consiste em regular situações de aprendizagem ou, como refere Musgrave (1994), “fazer com que os alunos adquiram

vários tipos de saber” (Musgrave, 1994, p. 211), de forma que a aprendizagem aconteça de modo efectivo, global e humano, harmonioso, equilibrado e progressivo.

Porque vivemos numa “aldeia global” em constante mudança e revestida de alguma complexidade, que vai manifestar-se ao nível da saúde das pessoas, logo, na enfermagem, os enfermeiros, para darem resposta às necessidades das pessoas, têm de ser capazes de evoluir e acompanhar a mudança e a complexidade da sociedade.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Uma investigação é algo que se procura.
É um caminhar para um melhor conhecimento
e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações,
os desvios e as incertezas que isto implica.

Quivy e Campenhautd

1. ESTUDO NUCLEAR: MOMENTO DE INVESTIGAÇÃO 1

1.1. Caracterização do estudo

1.2. Protocolo do Momento de Investigação 1

1.2.1. Constituição dos sujeitos participantes

1.2.2. Acesso

1.2.3 Entrevistas

1.3. Análise da informação

1.4. Síntese conclusiva

2. ESTUDO NUCLEAR: MOMENTO DE INVESTIGAÇÃO 2

2.1. Protocolo do Momento de Investigação 2

2.1.1. Constituição dos sujeitos participantes

2.1.2. Acesso

2.1.3. Entrevistas

2.1.4. Caracterização dos sujeitos participantes

2.2. Análise da informação

2.3. Síntese conclusiva

2.4. Modelo sugerido a partir do estudo nuclear: momento de investigação 2

2.4.1. Sistema de objectivos da pesquisa empírica do modelo de investigação

CAPÍTULO 4 – MOMENTOS DA INVESTIGAÇÃO

Após a observação da figura 1.1, que ilustra o desenho de investigação desenvolvido ao longo deste trabalho, podemos verificar que a investigação assentou em dois estudos, que passamos a explicar.

O **estudo nuclear** engloba dois momentos de investigação que designamos por:

- *Momento de Investigação 1*, porque constitui o ponto de partida do nosso estudo, pela realização de entrevistas exploratórias que permitiram proceder à revisão de literatura e perspectivar o projecto do desenho do estudo;
- *Momento de Investigação 2*, que permitiu obter a opinião dos profissionais de enfermagem sobre a importância da formação para a qualidade dos cuidados.

O **estudo complementar** possibilitou completar a investigação avaliando a satisfação e insatisfação dos utentes sobre os cuidados de enfermagem. Desta forma, procuramos perceber se a qualidade dos cuidados é percebida da mesma forma por utentes e profissionais. Para tal, no *Momento de Investigação 1* procedemos à aplicação de dois instrumentos distintos, em CSP e cuidados de saúde hospitalares. No *Momento de Investigação 2*, e para validar a informação obtida, analisámos as reclamações dos utentes do Observatório Nacional do Gabinete do Utente do Ministério da Saúde referentes às organizações em estudo.

1. Estudo nuclear: momento de investigação 1

1.1. Caracterização do estudo

O primeiro momento diz respeito ao que designamos por estudo nuclear, o qual incidiu na realização de entrevistas exploratórias (Anexo I) a peritos: ex-bastonária da OE, actual bastonária da OE, enfermeiros-directores, enfermeiros-supervisores e enfermeiros - chefes, das áreas de CSP e Cuidados Hospitalares, e docentes de enfermagem, num total de dezassete (17) informantes.

As entrevistas foram audiogravadas e submetidas a análise de conteúdo e têm como objectivo a alcançar no estudo nuclear deste projecto (momento de investigação 1):

- Estabelecer unidades de registo para a construção do modelo de análise.

Estas permitiram-nos:

- Rever a literatura, que aborda a *Evolução Histórica da Formação em Enfermagem, o Cuidar e a Qualidade dos Cuidados em Enfermagem e Formação de Competências e Prática Profissional*;
- Perspectivar o *design* do projecto a desenvolver.

O percurso traduzido no desenho de investigação foi desenvolvido através de uma abordagem indutiva, sendo obtidos dados através de entrevistas exploratórias, que permitiram a identificação de áreas temáticas, norteadoras do nosso quadro conceptual.

O propósito deste estudo visa a procura das causas dos fenómenos, com a participação dos processos pessoais, com o objectivo de alargar os saberes que os sujeitos já possuem desses mesmos fenómenos, e contribuir para a construção da realidade.

O contexto em que as entrevistas são realizadas parece constituir um papel essencial na sua validade. Desta forma, as entrevistas que constituem a base inicial deste trabalho (estudo nuclear) foram feitas num contexto que podemos designar de “natural”. O espaço físico onde diariamente os actores desempenham o seu trabalho constituiu o “*setting*” onde decorreram as entrevistas.

Na primeira abordagem, que designamos de *estudo nuclear*, utilizamos a abordagem qualitativa, com aproximação à metodologia da Teoria Fundamentada (*The*

Grounded Theory), para poder construir um embrião de explicações teóricas, tão completas quanto possível, de um fenómeno considerado importante para a profissão, a *formação e qualidade dos cuidados*, contemplado nesta investigação.

De acordo com Strauss e Corbin (1990), “as suas técnicas e procedimentos de análise sistemáticos permitem ao investigador desenvolver uma teoria que esteja de acordo com os critérios para fazer “boa” ciência: significação, compatibilidade entre teoria e observação, generalização, reprodução, precisão, rigor e verificação” (Strauss e Corbin, 1990, p. 31).

Autores como Streubert e Carpenter (2002) identificaram cinco diferenças fundamentais que diferenciam a Teoria Fundamentada das restantes metodologias qualitativas:

- O quadro conceptual da teoria fundamentada é criado a partir dos dados em vez de estudos prévios;
- Mais do que descrever a unidade em investigação, o investigador tenta descobrir os processos dominantes na cena social;
- O investigador compara todos os dados com todos os outros dados;
- O investigador pode modificar a colheita de dados de acordo com o avanço da teoria; isto é, o investigador abandona falsas ideias ou questiona mais, se for necessário.

O investigador examina os dados à medida que chegam e começa a codificar, a categorizar, a conceptualizar e a escrever os primeiros pensamentos do relatório de investigação, praticamente desde o início do estudo” (Streubert e Carpenter, 2002, p.114).

1.2. Protocolo do Momento de Investigação 1

1.2.1. Constituição dos sujeitos participantes

Para dar mais consistência ao nosso estudo, a constituição do grupo de participantes do *estudo nuclear* - momento de investigação 1 é formada por profissionais considerados peritos, pela sua enorme experiência, de diferentes categorias (tabela 4.1), de acordo com a carreira de enfermagem vigente no momento, sendo: enfermeiros-chefes (10), enfermeiros-supervisores (2) e enfermeiros-directores (2), de hospitais públicos e privados, docentes (1), bem como a ex-bastonária da Ordem dos Enfermeiros e a actual bastonária da

Ordem dos Enfermeiros, aos quais realizámos as entrevistas exploratórias, acima referidas. O período das referidas entrevistas decorreu de Novembro de 2006 a Janeiro de 2008.

Tabela 4.1 – Caracterização dos sujeitos participantes

Cargo	Participantes
Bastonária	1
Ex-bastonária	1
Docente	1
Enfermeiro-director	2
Enfermeiro -supervisor	2
Enfermeiro -chefe	10
Total	17

O número de sujeitos participantes não está previamente determinado, pois, como referem LoBiondo-Wood e Haber (2001), o número de participantes na abordagem qualitativa é menor do que o número de sujeitos necessários para a abordagem quantitativa; o tamanho do grupo de participantes também não foi definido antes do início do estudo, porque a colheita de dados só é concluída quando se alcançar a saturação dos mesmos, ou seja, quando as informações se tornam repetitivas. Estando em presença de uma aproximação à Teoria Fundamentada, como método de investigação, e numa abordagem qualitativa, de acordo com os autores Strauss e Corbin (1990) e Streubert e Carpenter (2002), a amostragem é teórica, uma vez que os sujeitos ou situações que devem integrar o estudo são determinados pelos dados colhidos e pela sua análise, até ser adquirida a saturação, que denominaram de saturação teórica.

1.2.2. Acesso

A abordagem teve início com o estabelecimento de um contacto telefónico com cada um dos participantes. Depois de procedermos à nossa identificação, foram explicitados os objectivos do trabalho a realizar, procurando fazê-lo de forma apelativa, na medida em que esta primeira abordagem era de extrema importância para que o nosso objectivo fosse atingido e ser possível agendar o momento para efectuarmos a entrevista.

1.2.3. Entrevistas

As entrevistas foram realizadas de acordo com um guião flexível e aberto, podendo, desta forma, obter-se a informação diferenciada e significativa, relativamente aos objectivos que nos propúnhamos atingir.

Todas as entrevistas foram iniciadas com uma explicação, o mais detalhada possível, do trabalho que nos encontrávamos a realizar, pretendendo, desta forma, situar os sujeitos na mesma linha de entendimento do que se pretendia de cada um deles.

Na linha de pensamento de Gil (1989a), as pesquisas exploratórias têm como objectivo “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito” (Gil, 1989a, p. 45). O mesmo autor refere ainda que a pesquisa exploratória pode constituir a primeira etapa de uma investigação, pois “quando o tema escolhido é bastante genérico, torna-se necessário o seu esclarecimento e delimitação, o que exige rever a literatura, discutir com especialistas e outros procedimentos” (Gil, 1989b, p. 45).

Assim, obtivemos o parecer dos entrevistados relativamente à formação de base e à formação ao longo da vida, bem como à valorização que as organizações de saúde fazem dos recursos humanos, nomeadamente dos enfermeiros e da sua formação, sobretudo a nível pós-graduado. Consideramos que são de grande utilidade, pois permitem “abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 77).

Para Bogdan e Biklen (1994), as entrevistas destinam-se a obter “a compreensão geral das perspectivas sobre o tópico” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 136), pretendendo-se estar atento às dificuldades e sugestões que, de algum modo, nos permitem ficar com uma ideia geral da qualidade dos cuidados prestados nas organizações de saúde.

Este primeiro momento teve como finalidade clarificar as opiniões e ideias relacionadas com a temática associada à formação e à prática, pelo que a colheita de dados que serviu de base a esta investigação teve como procedimento a técnica de inquérito por entrevista aos diferentes actores, conforme descrito.

1.3. Análise da informação

Em relação à análise de informação dos participantes, os resultados são obtidos após leituras consecutivas, identificando os temas/áreas temáticas que surgiram do texto.

De acordo com Bardin, “fazer a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido ... e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (Bardin, 1995, p. 105).

Após este procedimento demos início ao processo de categorização de forma semântica, o que nos permite avaliar a opinião dos entrevistados sobre a Formação e a Prática dos Cuidados de Enfermagem.

Da análise de conteúdo dos discursos que integram o *Corpus de Análise* resultaram três áreas temáticas: Formação, que evidencia a formação inicial e pós-graduada; Autonomia do enfermeiro, resultante da aquisição de competências desenvolvida na formação pós-graduada; Modelos de gestão, que abrange a liderança estratégica e a liderança operacional.

Corpus de Análise

Quadro 4.1 – Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo do conteúdo das entrevistas exploratórias

Área temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A - Formação	A1 – Formação inicial	1.Competência técnica e científica	“ (...) os enfermeiros recém-formados trazem muitos conhecimentos teóricos” E1:01; E2:01 “ (...) os recém-licenciados têm os conhecimentos necessários, eles têm alguma dificuldade em estabelecer as intervenções” E4:03
		2.Competência relacional	“ (...) os recém-formados vêm c/ boas práticas mas esquece-se um bocadinho a vertente relacional” E5:01 (...) vertente humana, a falta de sensibilidade por quem sofre” E8:03 “ (...) o que me preocupa a nível dos profissionais de enfermagem é a sua atitude relacional, é uma área que os profissionais de enfermagem precisam de trabalhar muito, não só em termos relacionais com o cliente, de disponibilidade, de empatia, de simpatia, de saber escutar e ouvir, assim como de fornecer informação” E14:03
		3.Ensino clínico	“ (...) se os EC não fossem interrompidos pela teoria podiam ser mais benéficos” E1:0:3 “ (...) os períodos de integração são cada vez mais alargados (...) e provavelmente a formação de base, a quantidade de experiências não são suficientes” E7:0:3

	A2 – Formação pós-graduada	1. Inexistência de oportunidade de aplicabilidade	<p>“ (...) custa aplicar os conhecimentos na prática, ou seja, os chefes também não lhes permitem, não combinam uma estratégia de aplicar o que acabaram de aprender” E5:02</p> <p>“ (...) deve transparecer na prática a formação que fez, e isso não acontece. O modelo de formação mudou mas a prática mantém-se” E9:01</p> <p>“ (...) não nos preocupamos em replicar a formação para os nossos pares e acompanhá-la, a formação é feita, mas depois na prática, não há reflexo” E3:06</p> <p>“ (...) a formação é feita mas na prática não há reflexo” E13:02</p>
B - Autonomia	B1 – Formação pós-graduada	1. Esvaziamento da autonomia	<p>“ (...) nós vivemos uma falsa autonomia” E4:07</p> <p>“ (...) a capacidade de decisão tem vindo a perder-se” E5:07</p>
		2. Falta de motivação para a mudança	<p>“ (...) tem de estar implícito por parte do profissional o querer melhorar” E4:05</p> <p>“ (...) a falta de aproveitamento dos saberes pode ser um motivo de desmotivação dos próprios” E11:05</p>
C – Modelos de gestão	C1 – Liderança estratégica	1. Modelo organizacional	<p>“ (...) ausência de liderança, há uma descoordenação de esforços no sentido da melhoria da qualidade, (...) é a todos os níveis, não há política de qualidade que nos venha em cascata (...)” E3:06</p> <p>“ (...) o modelo de gestão das organizações é uma variável responsável pela melhoria da qualidade de cuidados” E9:06, E11:06</p> <p>“ (...) ausência de liderança (...) não há uma política de qualidade que traga as preocupações até ao nível estratégico” E13:06</p>
		2. Política recursos humanos	<p>“ (...) não há preocupação da organização em colocar as pessoas segundo a sua formação” E1:06, E2:06, E3:06</p> <p>“ (...) a formação não é prioridade dos órgãos de gestão das instituições” E11:06</p> <p>“ (...) Descura-se o aproveitamento dos saberes desde a própria integração, desde a fase do próprio acolhimento, como se faz a selecção, isso tudo muitas vezes é descurado” E11:03</p> <p>“ (...) os órgãos de gestão não têm conhecimento da formação que os enfermeiros estão a fazer, a não ser que peçam estatuto de trabalhador-estudante” E12:06</p> <p>“ (...) não tenho dúvida que não se faz aproveitamento dos saberes dos enfermeiros” E13:06</p>
	C2 – Liderança operacional	1. Papel do enfermeiro-chefe	<p>“ (...) o papel do enfermeiro-chefe é primordial na motivação da equipa” E5:06</p> <p>“ (...) a liderança das equipas é fundamental” E12:06</p> <p>“ (...) O líder de uma equipa deve valorizar muito a prestação de cuidados” E14:06</p>

Pela análise da informação obtida nas entrevistas exploratórias, é visível que a formação inicial ainda assenta num processo teorizado, verificando a dificuldade que os estudantes têm em agir; que a formação pós-graduada não tem o reflexo desejável na prática de cuidados; por fim, os modelos de gestão reflectem-se significativamente na qualidade de cuidados que são prestados, quer pela cultura da organização, quer pela política de gestão de recursos humanos.

Assim, é indispensável, para os docentes e profissionais de enfermagem, que sejam identificados os desempenhos do enfermeiro de cuidados gerais, enfermeiro especialista e enfermeiro pós-graduado (mestre ou doutor); é obrigação de todos melhorar a prática e o processo educativo, como referem “(...) *enfermeiro prestador de cuidados tem de estar de facto aberto a mudar e melhorar, aberto no sentido de não se fechar, não standardizar coisas, não fazer coisas por rotina*” E5:01; e ainda “(...) *há um caminho muito grande a fazer na qualidade de cuidados para além do aumento da formação, mas ficou aquém do esperado (...) o modelo de formação mudou mas a prática mantém-se*” (E9:01).

Actualmente, a formação ainda não é uma prioridade das organizações, é referido que “*o aproveitamento das pessoas, a não ser naquilo que é standard, aquilo que é da carreira de enfermagem, quem faz formação um bocadinho ao lado ainda não é aproveitado. Muitas vezes está em serviços onde se faz de conta que ele não existe, o que tens é de ser enfermeiro prestador de cuidados*” E6:03; “(...) *descura-se o aproveitamento dos saberes*” E11:03 e “(...) *não tenho dúvida que não se faz o aproveitamento dos saberes dos enfermeiros*” E13:03; “(...) *não há preocupação da organização em colocar as pessoas segundo a sua formação*” E1:03; “(...) *a formação não é uma prioridade dos órgãos de gestão das instituições*” E11:03.

É pois fundamental mostrar aos cidadãos e aos administradores de serviços de saúde o valor desses profissionais, pois a sua aquisição também faz a diferença na qualidade de cuidados prestados “(...) *o modelo de gestão das organizações é uma variável responsável pela melhoria da qualidade de cuidados*” E11:03.

Também a OE, no artigo 76.º dos seus estatutos, salienta que os enfermeiros estão obrigados a “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos...adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*”.

Na linha de pensamento de Strauss e Corbin (1990), a pergunta de investigação na teoria fundamentada delimita e clarifica o fenómeno de interesse. Assim,

“precisamos de uma ou várias questões de investigação que nos dêem a flexibilidade e liberdade de explorar um fenómeno em profundidade. Subjacente a esta abordagem de investigação qualitativa, está também o pressuposto de que os conceitos que dizem respeito a um determinado fenómeno não foram ainda identificados, pelo menos nesta população ou contexto; ou se o tiverem sido, então estão compreendidos de forma pobre e conceptualmente subdesenvolvidos” (Strauss e Corbin, 1990, p. 37).

E, de acordo com Gauthier (2003), “há um problema quando sentimos necessidade de preencher o desvio entre a situação de partida insatisfatória e uma situação de chegada desejável” (Gauthier, 2003, p. 66).

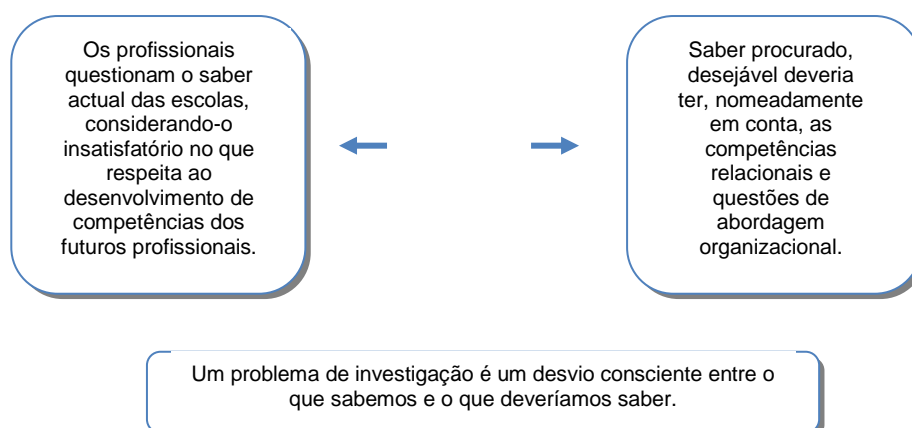
Segundo este autor, “toda a investigação se constrói a partir de uma questão intrigante” (Gauthier, 2003, p. 65), pelo que apresentamos a pergunta de partida, tendo por base as nossas preocupações iniciais e as entrevistas exploratórias efectuadas:

Qual o contributo da formação inicial (licenciatura e outras formações em contexto escolar) para a qualidade de cuidados percebida pelos utentes?

Esta foi a primeira questão que emergiu do nosso estudo de pesquisa.

Neste sentido, apresentamos na figura 4.1 a formulação da problemática de investigação.

Figura 4.1 – Problema de investigação



Fonte: Gauthier (2003, p. 67)

A questão que se coloca em segunda instância é a de saber se este problema estará bem formulado.

Trata-se de aprofundar o problema formulado para verificar a concordância e as possíveis divergências face ao pensamento dominante dos profissionais.

1.4.Síntese conclusiva

Pela análise do primeiro momento do estudo nuclear, emergem algumas reflexões que nos preocupam enquanto docente.

A formação inicial, após diversas reformas, continua a apresentar as lacunas referidas em estudos que poderíamos designar de clássicos, relacionadas com um processo formativo muito teorizado. O recém-licenciado mantém a dificuldade em passar da teoria para a acção. Esta dificuldade pode ser inicialmente compreensível, muito provavelmente devido à insegurança; no entanto, o jovem profissional deve ser capaz de estabelecer as prioridades das suas intervenções, sobretudo porque se encontra no final dos seus estudos. A formação inicial tem a responsabilidade de promover o desenvolvimento de novas competências, nomeadamente de tipo relacional, que permitam ao profissional poder evoluir, pessoal e profissionalmente, de forma que a vertente humanista seja mais estimulada.

Neste sentido e parafraseando Perrenoud (2001), a formação inicial não se limita, apenas, à aquisição do saber-fazer, mas, essencialmente, ao desenvolvimento de atitudes e de novas competências, do tipo relacional e pessoal, que permitem que as pessoas evoluam, quer pessoal, quer profissionalmente.

Desta forma, o modelo de ensino-aprendizagem respeitante ao desenvolvimento humanista e ao cuidar parece exigir um comprometimento pessoal, social, moral, científico e espiritual do docente, consigo e com o outro, de difícil apreensão em contexto de ausência de responsabilidade profissional própria da organização escolar, separada da realidade. É necessário não esquecer que o cuidar é uma missão da profissão de enfermagem, é isso que a torna distinta de outras disciplinas e que pode fazer a diferença ao nível de uma formação de nível superior. Enquanto algumas escolas poderão preparar para as profissões, nenhuma escola conseguirá preparar para cuidar das pessoas. Isso é algo que passa por competências adquiridas em contexto.

Ainda relacionado com a formação inicial, relativo ao 1.º ciclo de formação, é manifestado pelos entrevistados que o período de experiência de EC é insuficiente, o que não facilita o desenvolvimento do saber-fazer, pelo que o tempo de integração nos serviços tem de ser cada vez mais prolongado. Parece existir uma certa insegurança nos entrevistados, a qual seria ultrapassável pela duração do EC. Não será por acaso que a OE propõe um estágio tutorado após o fim dos estudos.

Porém, poderíamos argumentar que o EC não serve apenas para o desenvolvimento do saber-fazer, ele constitui o momento de uma aprendizagem contextual, que possibilita ao estudante pensar e sentir como enfermeiro; é a aprendizagem dos valores e da compreensão do que é a enfermagem, enquanto ciência humana; do modo como são criadas as interações entre o cuidador e o utente/família, e mesmo como são estabelecidas as relações com os colegas. É a oportunidade que o estudante tem de aplicar a teoria do cuidar através das suas práticas e das observadas e, enfim, interiorizadas.

Assim, o EC, enquanto veículo de socialização profissional e de desenvolvimento de habilidades sociais, proporciona ao estudante uma aprendizagem em contexto. A competência social deve ter em consideração os comportamentos observáveis, os aspectos cognitivos e as consequências desses comportamentos sobre o envolvimento social (Dias, 2005). Ainda e segundo o modelo de Bandura, a aprendizagem pela observação é um dos meios mais eficazes para a transmissão dos valores e atitudes.

Neste sentido, há que repensar se a formação inicial está a funcionar como um processo de socialização para que o *habitus* possa ser obtido, pelo que o exposto leva-nos a questionar: “será que o modelo de EC é adequadamente aplicado, de forma a permitir que o estudante tenha mais tempo para o desenvolvimento de competências desta natureza?” e, ainda, “será que o perfil do enfermeiro orientador é o mais adequado”?

Relativamente à formação pós-graduada, 2.º ciclo de formação, não se observa um grande reflexo desta na prática de cuidados, sendo visível a falta de motivação do profissional. Esta constatação obriga-nos a proceder a uma reflexão complementar que questione o contexto organizacional. Efectivamente, no mundo actual, as organizações deveriam investir mais na melhoria das competências dos recursos humanos. Se isto é verdade em geral, no que respeita às organizações prestadoras de cuidados de saúde o problema ganha em pertinência. Neste sentido, estas podem e devem beneficiar dos saberes adquiridos pelos enfermeiros nas formações que realizam, pois não só constituem uma mais-valia para a organização como estabelecem um elemento de satisfação e de

motivação, que vai reflectir-se nas tarefas e actividades a realizar, e constituem um desafio para o desempenho profissional. As organizações não deverão ser geridas como se prestassem um serviço formativo, pois, ao permitirem que os seus profissionais formassem jovens, elas próprias ganhariam com esta postura, tornando-se organizações aprendentes.

Recorde-se que, de acordo com Pfeffer (1998), citado por Lopes e Capricho (2007, p. 247), as organizações com elevada *performance* exigem, sobretudo, um compromisso com o sistema de trabalho, o que, entre outros aspectos, inclui “dar formação aos empregados em múltiplas e diferentes competências e implementar mecanismos que permitam a mudança permanente, de forma a pôr em prática as novas ideias e sugestões”. Estas novas ideias e sugestões teriam tendência a emergir neste processo de formação dos jovens.

O grupo de entrevistados considera que, pelo facto de serem detentores de uma formação mais avançada, o que até poderá ser verdade quanto a alguns saberes específicos, nem por isso acham ter mais autonomia nas decisões, o que contribui, igualmente, para uma insatisfação profissional. Teremos profissionais satisfeitos quando sentirem, também, o reconhecimento pelo seu esforço e saberes. Contribui igualmente para a sua satisfação a delegação de responsabilidade, bem como a liberdade de decisão no seu trabalho, o que constitui, segundo a Teoria Bifactorial de Herzberg (1966), a satisfação no cargo. Também de acordo com Maslow (1970), se as necessidades de estima e de auto-realização não se encontram realizadas, segundo este autor a necessidade não satisfeita é que influencia o comportamento, daí encontrarmos enfermeiros manifestando a sua insatisfação.

Por fim, é referido pelos entrevistados que os modelos de gestão têm influência, quer a nível da liderança estratégica, quer a nível da liderança operacional, sendo de notar uma liderança fraca a estes níveis.

Para a implementação da melhoria da qualidade de cuidados é fundamental a existência de uma liderança forte. Como referem Lopes e Capricho (2007), a existência de “líderes executivos”, que têm a responsabilidade de toda a organização, contribui para a criação de um ambiente que facilita a aprendizagem e a inovação. A nível operacional, o seu papel tem influência na estimulação da capacidade de comunicação entre os membros da equipa, no desenvolvimento do espírito crítico e no trabalho em equipa, competências que servirão de suporte para o desenvolvimento de novas estratégias.

2. Estudo Nuclear: Momento de Investigação 2

2.1. Protocolo do Momento de Investigação 2

No *Momento 1* deste estudo foi possível identificar as áreas temáticas, que já mencionámos, e proceder a uma revisão de literatura, o que nos permitiu partir para o Momento 2 do estudo nuclear do desenho de investigação.

No *Momento 2* deste estudo estruturámos as entrevistas semidirectivas (Anexo III), dirigidas a enfermeiros detentores da titulação inicial há cinco anos e mais e com formação pós-graduada, de diferentes categorias.

Este momento deseja compreender, de forma mais alargada:

- A percepção dos enfermeiros sobre a influência da formação inicial e pós-graduada na qualidade dos cuidados.

A utilização da metodologia qualitativa tem a intenção de apreender o fenómeno de maneira holística, entendê-lo, compreendê-lo dentro do seu contexto, dando ênfase à imersão e compreensão do significado humano adscrito a um grupo.

Na perspectiva de Streubert e Carpenter (2002), a investigação qualitativa permite encontrar respostas para as questões centralizadas na experiência social e, como tal, dar sentido à vida. Contudo, tem restrições, o seu empreendimento é limitativo em relação à oportunidade de facultar múltiplas interpretações da mesma realidade. Por vezes é necessário realizar uma fase quantitativa para ajudar a interpretar resultados inesperados.

A opção por centrar o trabalho empírico na recolha de informação por entrevista semidirectiva cruza-se com a perspectiva de Carmo e Ferreira, cujo objectivo da entrevista “é abrir a área livre dos dois interlocutores no que respeita à matéria da entrevista, reduzindo, por consequência, a área secreta do entrevistado e a área cega do entrevistador” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 126).

2.1.1. Constituição dos sujeitos participantes

O grupo de sujeitos participantes é constituído por enfermeiros detentores da titulação inicial e pós-graduada, de diferentes categorias, das áreas de cuidados de saúde

hospitalares e de cuidados de saúde primários (CSP), num total de vinte e seis (26) participantes (Tabela 4.2 e 4.3). As entrevistas de 1 a 23 realizaram-se em instituições prestadoras de cuidados de saúde hospitalares, no período compreendido entre 16 a 24 de Julho de 2009, e as entrevistas de 24 a 26 decorreram na área de CSP, de 20 a 27 de Janeiro de 2009.

Tabela 4.2 – Caracterização dos sujeitos participantes em organização de cuidados de saúde hospitalares

CHLC	Participantes
UCV	7
Cardiologia e vascular	6
Neurociências	6
Cirurgia geral	4
Total	23

Tabela 4.3 – Caracterização dos sujeitos participantes em organização de cuidados de saúde primários

Cuidados de saúde primários	Participantes
CS A	2
CS PF	1
Total	3

2.1.2. Acesso

Assim, para procedermos à realização das entrevistas, tivemos em consideração os profissionais de enfermagem do Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P. (CHLC), do qual fazem parte os Hospitais de São José, St.^o António dos Capuchos, St.^a Marta e D. Estefânia.

Considerámos indispensável realizar as entrevistas a enfermeiros de cuidados de saúde primários, que exercessem funções nos centros de saúde, que têm como rede de referência o Centro Hospitalar Lisboa Central, anteriormente referido. Assim, seleccionámos o Centro de Saúde da Alameda e o Centro de Saúde da Penha da França.

Tendo a preocupação de respeitar os princípios éticos a que a investigação obriga, procedemos ao pedido de autorização ao Vice-Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde (LVT), I. P. (Anexo V), e ao Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. (Anexo VI). Após obter a permissão, procedemos aos contactos com enfermeiros-chefes das unidades funcionais de cirurgia geral, cardiologia e vascular, neurocirurgia e unidade cerebrovascular, com o intuito de agendar as entrevistas. De igual forma, solicitámos aos entrevistados o seu consentimento informado (Anexo VII) para participarem no estudo, tendo sempre em conta o direito à recusa destes. Segundo a perspectiva de Polit e Hungler (1995), o facto de os participantes darem o seu consentimento informado significa que “possuem a informação adequada relativamente à investigação e têm o poder de escolher livremente. Isto capacita-os para consentir ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação” (Polit e Hungler, 1995, p. 151).

2.1.3. Entrevistas

De acordo com o nosso desenho de estudo, preconizamos no estudo nuclear - momento de investigação 2 a realização de entrevistas semidirectivas aos profissionais de enfermagem.

Com a aplicação deste instrumento pretendemos obter dados que contribuam para:

- Perceber se a formação inicial é suficiente para a prestação de cuidados de qualidade;
- Perceber se a evolução da formação em enfermagem tem contribuído para prestar serviços de cuidados de qualidade;
- Compreender se o acréscimo de formação em enfermagem se repercute na qualidade dos cuidados;
- A identificação das variáveis que interferem na qualidade dos cuidados.

Na linha de pensamento de Ghiglione e Matalon (1993), optámos pela realização de entrevistas semidirectivas, por considerarmos ser a técnica mais adequada a “aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido” (Ghiglione e Matalon, 1993, p. 97).

De acordo com estes autores e segundo esta técnica de recolha de informação,

“o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (Ghiglione e Matalon, 1993, p. 70).

Segundo Gauthier (2003) a entrevista semidirigida tem como objectivos, entre outros, o de “organizar, de estruturar o pensamento” e, ainda, que “as questões abordadas

com o respondente permitam uma exploração aprofundada de certos temas” (Gauthier, 2003, p. 285).

Segundo Streubert e Carpenter (2002), Gauthier (2003), Ghiglione e Matalon (1993), este tipo de entrevistas permite ao entrevistado uma maior autonomia de resposta, ajudando não só a explicitar o seu universo, como a torná-lo mais compreensível. Para o investigador, possibilita uma organização e estruturação do seu pensamento.

Para Streubert e Carpenter (2002), a utilização da triangulação de pessoas, ou seja, colher dados a mais do que um nível de pessoas, permite ao investigador validar os dados de um nível para outro de pessoas e reconciliar a incongruência de alguns dados colhidos.

As entrevistas realizadas foram efectuadas em comunicação dual, de carácter oral e audiogravadas, e as respostas obtidas através da fala, mas prestando atenção aos aspectos não verbais, como os gestos e o olhar, de modo a identificar possíveis constrangimentos, tendo estes sido anotados imediatamente a seguir às entrevistas.

Através da realização das entrevistas, o material obtido irá, mais tarde, transformar-se em dados. Autores como Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005) e Gauthier (2003) consideram que a análise qualitativa de conteúdo interpreta o material ou informação com a ajuda das categorias analíticas.

A realização das entrevistas semidirectivas permite uma análise de conteúdo, método que oferece, como referem Quivy e Campenhoudt (1992), “a possibilidade de tratar de uma forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 224).

Como refere Bardin (1995), a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1995, p. 38). Ainda segundo esta autora, a sua finalidade é a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (idem).

A todo o conjunto de informação recolhida e compilada, que não são ainda dados, mas fonte de dados, como referem Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005), “(...) mesmo as transcrições das entrevistas não o são. Tudo isto constitui material documental a partir do

qual os dados serão construídos graças aos meios formais que a análise proporciona” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005, p. 106).

Apesar de pretendermos fazer uma apreciação isenta, sabemos que ao analisar somos, habitualmente, parte do diálogo acerca do tópico que estamos a considerar. “Por isso, podemos analisar e codificar o nosso tópico de várias formas diferentes (...) A análise é moldada pelas perspectivas e posições teóricas do investigador e pelas ideias que este partilha acerca do assunto” (Bogdan e Bilken, 1994, p. 232). Para minimizar esta dificuldade pedimos a colaboração de três peritos externos que funcionam como juizes neste procedimento.

Ao elaborar as categorias ou unidades de contexto, fizemo-lo de acordo com os seguintes princípios, como refere Bardin (1995): exclusão mútua; homogeneidade; objectividade; pertinência ou adequação; exaustão e produtividade.

Assim, e com vista a garantir os princípios referidos, passamos a explicitar as opções escolhidas.

Em primeiro lugar definimos o *corpus de análise*, ou seja, todo o conjunto de documentos que são submetidos aos procedimentos analíticos (Bardin, 1995), no nosso caso, a totalidade dos discursos provenientes das opiniões dos enfermeiros das organizações de saúde.

Ao analisarmos as respostas, após leituras sucessivas, identificámos os temas que emergiram do texto. Para Bardin (1995), o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (...) consiste em descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação (Bardin, 1995, p. 105).

De seguida procedemos à categorização, que, como refere Bardin (1995), “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 1995, p. 117). Desta forma pretendemos confirmar informações que indicassem o significado dos conceitos que emergiam dos discursos, assim como outros indicadores que descrevessem a semântica desse conceito.

A construção das categorias, neste caso, e de acordo com Vala (1986), foi feita *a posteriori*. De acordo com Bardin (1995), as categorias são identificadas através da

repetição de pensamentos/preocupações manifestados pelos participantes, que reúnem um conjunto de elementos (unidades de registo). Fornece, assim, uma representação simplificada dos dados brutos, por condensação. Para tal, considerámos os termos que adoptámos como unidades de registo que, na perspectiva de Bardin (1995), “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base” (Bardin, 1995, p. 104). No nosso caso, as unidades de registo são compostas por um conjunto de palavras, que Bardin (1995) denomina de unidade de contexto, “que corresponde ao segmento da mensagem” (Bardin, 1995, p. 107). Neste caso, por questões de espaço, estão omissas, mas são apresentadas em anexo.

2.1.4. Caracterização dos sujeitos participantes

A amostra é constituída por vinte e seis (26) sujeitos participantes, de unidades prestadoras de CSP e de cuidados de saúde hospitalares, aos quais foi realizada uma entrevista, cuja caracterização das variáveis sócio-demográficas passamos a apresentar.

Tabela 4.4 – Distribuição dos sujeitos participantes de acordo com o género, a idade, as habilitações literárias e as habilitações profissionais.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
GÉNERO		
Masculino	7	27%
Feminino	19	73%
IDADE		
20-24	4	15,4%
25-29	6	23%
30-34	2	7,7%
35-39	3	11,5%
40-44	6	23%
45-49	3	11,5%
≥50	2	7,7%
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
Licenciatura	26	100%
Mestrado		
Doutoramento		
HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS		
Especialidade	9	34,6%
Pós-graduação	3	11,5%

Pela análise da tabela 4.4, verificamos que a Moda é ser do género feminino (73% para 27% do género masculino).

Relativamente à variável idade, os sujeitos participantes em análise apresentam uma amplitude de variação que se situa entre 20 e 50 e mais anos de idade e, quanto à distribuição, pode dizer-se que é bimodal respectivamente nos grupos etários [25-29] e [40-44], sendo que o número de observações para cada nível etário se distribui conforme a tabela.

Relativamente às habilitações profissionais, verifica-se que existem 34,6% dos enfermeiros com a especialidade e 11,5% com pós-graduação, o que corresponde apenas a três indivíduos nesta situação.

Tabela 4.5 – Distribuição dos sujeitos participantes de acordo com os anos de exercício profissional e categoria profissional, segundo frequências absolutas e relativas

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Anos de exercício profissional		
5-10	11	42,3
11-15	1	3,8
16-20	7	27
21-25	3	11,5
26-30	3	11,5
+30	1	3,8
Categoria profissional		
Enfermeiro de cuidados gerais	6	7,3
Enfermeiro graduado	15	58
Enfermeiro especialista	2	7,7
Enfermeiro-chefe	3	11,5

Analisando a tabela 4.5, constatamos que a Moda relativa aos anos de exercício profissional se situa no grupo [5-10] anos, correspondendo a 42,3% da amostra de participantes. No que se refere à categoria profissional, a Moda é ser enfermeiro graduado.

2.2. Análise da informação

Em relação à opinião dos participantes, os resultados são obtidos após a realização do “escrutínio e codificação (frequências absolutas e relativas), que constituem dados ‘brutos’ (Bardin, 1995, p. 69).

De seguida apresentamos a informação em análise, dividida em categorias e subcategorias, o que nos possibilita identificar um conjunto de indicadores, na perspectiva

dos profissionais, que permite avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a *repercussão da formação na qualidade dos cuidados prestados*

Da análise de conteúdo dos discursos que constituem o *corpus de análise*, resultam quatro áreas temáticas: uma centrada, na *prestação de cuidados*, que diz respeito à alteração na forma de ver o utente, às políticas de saúde e à formação; outra, centrada na *formação inicial*, que foca o desenvolvimento de competências e os contextos da prática; outra, que salienta a *evolução da formação*, evidenciando a formação inicial, a formação contínua, respeitar o utente, respeitar a família e o papel do enfermeiro; e uma última, que se refere aos contributos da *formação pós-graduada*.

Corpus de análise

Quadro 4.2 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias, do conteúdo das entrevistas semidirectivas

Área temática	Categorias	Subcategorias
A - Melhorar a prestação de cuidados	A1 - Alteração na forma de ver o utente	1.Competência técnica e científica
		2.Competência relacional
		3.Vertente de controlo
		4.Envolver a família nos cuidados
		5.Promover a saúde e autocuidado
		6.Visão holística
		7.Comunicação
		8.Promover o ambiente seguro
	A2 - Políticas de saúde	1.(Re)organização das instituições
		2.Reforma do sistema nacional de saúde
A3 - Formação	1.Formação superior	
	2.Competências pessoais e relacionais	
	3.Formação complementar	
B - Formação inicial e a promoção das competências necessárias para uma prestação de cuidados de	B1 - Desenvolvimento de competências	1.Papel da escola
		2.Competências dos docentes
		3.Estrutura curricular
		4.Personalidade do estudante

qualidade		5.Papel das organizações
	B2 - Contextos da prática	1.Papel das organizações
		2.Formação em serviço
C - Evolução da formação acompanhada as mudanças ou as transformações na prática dos cuidados de enfermagem	C1 - Formação inicial	1.Estrutura curricular
		2.Conteúdos desajustados
		13.Orientação dos EC
	C2 - Formação contínua	1.Actualizar conhecimentos
	C3 - Respeitar o utente	1.Prestar mais atenção ao utente
	C4 - Respeitar a família	1.Prestar mais atenção à família
	C5 - Papel do enfermeiro	1.Análise reflexiva da prática
D - Contributos da formação pós graduada	D1 - Tem contributos	Competências técnicas e científicas
		Competências relacionais
		Motivos pessoais
	D2 - Não tem contributos	Competências técnicas e científicas
		Competências relacionais
		Motivos de gestão
		Razões pessoais

• ÁREA TEMÁTICA

A - Melhorar a prestação de cuidados

Em relação à opinião dos sujeitos participantes sobre este tema, obtivemos os seguintes dados.

Pela análise dos dados, verificamos que:

Tabela 4.6 – Prestação de cuidados melhorou na última década

Opinião dos sujeitos participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	21	80,7%
Não	1	4,00%
Talvez	4	15,3%
Total Participantes	26	100%

Pela análise da tabela 4.6, observa-se que 80% dos participantes responderam **SIM** à área temática.

Tabela 4.7 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam
Sim: categoria Alteração na Forma de Ver o Utente

Subcategorias	Indicadores
Componente técnica e científica	<ul style="list-style-type: none">• Preocupação em aprofundar os conhecimentos científicos e procedimentos
Envolver a família nos cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Promoção da continuidade de cuidados com os familiares;• Adaptação do enfermeiro às necessidades da família
Promover a saúde e autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Envolver o utente sobre o seu estado de saúde• Atitude do enfermeiro para a promoção da saúde
Visão holística	<ul style="list-style-type: none">• O utente como ser único;• A pessoa como ser biopsicossocial
Comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Linguagem acessível
Promover o ambiente seguro	<ul style="list-style-type: none">• Privacidade dos cuidados

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam *de forma afirmativa*, pela análise da tabela 4.7 constata-se o reconhecimento de que há melhoria na prestação, pois é referido existir alteração na forma de ver o utente.

É evidenciada preocupação em aprofundar os conhecimentos técnicos e científicos: “*acho que há uma preocupação em aprofundar os conhecimentos científicos e procedimentos*” E1:01.

É manifesta a preocupação em envolver a família nos cuidados, promovendo a continuidade dos mesmos com os familiares, e também uma disponibilidade do enfermeiro para se adaptar às necessidades da família (horários): “*se formos ver, o doente tem alta e não vai sozinho (...) temos de envolver a família*” E8:01, “*acho que a enfermagem se adaptou às necessidades da família (...) não pode ser agora, pode à noite, não pode à noite, pode à tarde (...) está muito flexível*” E9:01; “*temos de fazer o ensino sempre ao doente, mas temos de envolver a família (...)*” E11:01 e “*(...) não se pode ver o doente sem a sua família (...)* recebe-se o doente e a sua família” E19:01.

Há maior atenção para a promoção da saúde e autocuidado: “*(...) há cada vez maior preocupação na promoção dos ensinamentos para a saúde e nos ensinamentos para a educação*”

e para os hábitos de vida saudáveis (...)” E13:01; procurando envolvimento do utente: “ (...) preocupamo-nos em envolver o doente sobre o seu estado de saúde (...)” E4:01.

O enfermeiro também está mais motivado para ver o utente como um ser único “(...) houve uma preocupação maior em tratar o doente como um ser único (...) há uma maior preocupação com a humanização dos cuidados” E19:01.

A comunicação é um instrumento ao qual o enfermeiro está cada vez mais atento: “ (...) as pessoas tentam fazer com que a linguagem seja mais acessível (...)” E13:01.

Promover um ambiente seguro é importante para o utente, mas também para o enfermeiro, pois desta forma contribui para a realização de actividades de vida, nomeadamente a prestação de cuidados (higiene e/ou outro) de forma individualizada: “tentamos fazer com que o ambiente seja mais íntimo, que a pessoa não se sinta tão exposta” E13:01.

Tabela 4.8 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Não**: categoria *Alteração Na Forma De Ver O Utente*.

Subcategorias	Indicadores
Componente relacional	<ul style="list-style-type: none">• Menos investimento na relação humana;• Os enfermeiros mais novos apresentam maior desprendimento na relação, em detrimento de outros saberes
Vertente de controlo	<ul style="list-style-type: none">• A instituição está mais preocupada com os aspectos financeiros;• Actualmente estão mais virados para os números

Pela análise da tabela 4.8, verifica-se que os participantes que responderam *de forma negativa* referem não haver grande evidência na melhoria da prestação de cuidados.

Refere-se que há pouco investimento na componente relacional, sendo os enfermeiros mais novos que demonstram maior desinteresse nesta componente, preocupando-se em investir noutros saberes: “(...) há muitos jovens (...) que esquecem um pouco a parte humana (...)” E26:01.

As organizações estão mais preocupadas com os aspectos financeiros: “(...) actualmente, acho que se está a virar mais para os números, quantidades e números” E4:01; e “(...) a instituição está mais preocupada com os aspectos financeiros (...) continua

a haver serviços donde saem enfermeiros e não entram a substituir porque não há recursos monetários” E17: 01.

Tabela 4.9 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Talvez**: categoria *Alteração na forma de ver o utente*.

Subcategorias	Indicadores
Componente técnica e científica	<ul style="list-style-type: none">• Preocupação com a componente técnica
Componente relacional	<ul style="list-style-type: none">• Perdeu-se
Vertente controlo	<ul style="list-style-type: none">• Preocupação com os resultados financeiros

Em relação aos sujeitos participantes que responderam *de forma indecisa*, pela análise da tabela 4.9 conclui-se que talvez haja melhoria na prestação de cuidados, pois é referido que existe uma preocupação com os conhecimentos técnicos e científicos, mas “(...) *os enfermeiros mais novos têm formação mais diferenciada*” E6:01.

É de salientar que se perdeu a relação com o utente: “(...) *às vezes a qualificação técnica e científica fica desprovida, digamos, de alguma caracterização humana, e às vezes tenho-me interrogado se os colegas mais recentes se agarram a este factor humano tão facilmente quanto os mais velhos o agarravam (...)*” E6: 01; “*nos últimos anos noto menos investimento na relação (...)*” E11:01.

Também as organizações estão muito mais preocupadas com os aspectos financeiros do que com o cuidar: “(...) *na prática não conseguimos realizar pela parte economicista da coisa (...) eu acho que a preocupação deles não é saber se o doente saiu bem cuidado (...) a finalidade é que contou para estatística, está bom, vamos embora, venha o próximo. Sinceramente, neste momento é isso que interessa, o que interessa é que se rentabilize (...)*” E12:01.

Tabela 4.10 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Sim**: categoria *Políticas de Saúde*

Subcategorias	Indicadores
(Re)organização das instituições	<ul style="list-style-type: none">• Melhoria rácio enfermeiro/utente;• Melhoria de infra-estruturas;• Criação de protocolos de actuação;• Mais e melhor material
Reforma Sistema Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Maior preocupação com os CSP;• Maior empenho na promoção e educação

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam *de forma afirmativa* verifica-se pela análise da tabela 4.10, que há uma melhoria na prestação de cuidados. As *políticas de saúde* permitem uma melhoria do rácio enfermeiro/utente e das infra-estruturas: “(...) *melhorou o rácio enfermeiro/doente (...) a classificação de doentes segundo os graus de dependência levou ao aumento de rácio mais específico para os enfermeiros (...) também melhoraram as infra-estruturas (...)*” E16:01. É referido que há mais dispositivos médicos: “*temos muito mais material (...) temos mais condições em termos de máquinas, temos mais e melhor material (...)*” E7:01. Tem-se procedido a protocolos de actuação, nos diferentes serviços, “(...) *têm vindo a desenvolver-se vários projectos, em vários sítios do hospital, para, no fundo, dar um bocadinho de cumprimento aos objectivos da qualidade*” E10:01.

A *reforma do Sistema Nacional de Saúde* evidencia uma preocupação com os CSP e com a promoção e educação para a saúde, da população: “(...) *melhoria em todo o sistema nacional de saúde (...) uma maior preocupação nos CSP (...) acho que se tem vindo a fazer alterações na educação para a saúde (...)*” E3:01.

Tabela 4.11 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Não**: categoria *Políticas de Saúde*

Subcategorias	Indicadores
(Re)organização das instituições	<ul style="list-style-type: none">▪ Ausência de filosofia organizacional;▪ Os enfermeiros mais novos precisam de ser mais acompanhados;▪ Mobilidade dos enfermeiros;▪ O enfermeiro-chefe dá pouco incentivo à equipa;
Reforma Sistema Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none">▪ Instabilidade profissional

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam *de forma negativa*, vê-se pela análise da tabela 4.11, que as *políticas de saúde* não contribuíram para a melhoria da prestação de cuidados.

Observa-se, na (re)organização das instituições, uma ausência de filosofia organizacional: “(...) *não há um investimento estruturado, de cima para baixo (...) aqui passa um bocadinho por iniciativas individuais, (...) não é uma iniciativa que abarque o geral (...)*” E17:01; uma grande mobilidade dos profissionais de enfermagem, o que quebra a relação com o utente e também não facilita a integração dos enfermeiros recém-licenciados, que precisam de ser acompanhados e orientados: “(...) *os enfermeiros mais novos precisam*

de ser mais acompanhados (...) pela mobilização (...) quebra-se o elo de enfermeiro/doente (...)” E4:01.

Assiste-se a uma falta de estimulação, por parte do enfermeiro chefe, para com a equipa, pelo que esta falta de incentivo também conduz a uma desmotivação dos profissionais de enfermagem: “(...) havia incentivo por parte da chefia, sentíamos uma gratificação interior pelo nosso reconhecimento (...)” E4:01.

Tabela 4.12 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Talvez**: categoria *Políticas de Saúde*

Subcategorias	Indicadores
(Re)organização das instituições	<ul style="list-style-type: none">Falta de pessoal;Mais doentes exigem mais tempo para cuidar

A tabela 4.12 permite analisar a opinião dos sujeitos participantes que responderam que *Talvez* exista uma melhoria na prestação de cuidados, que, na categoria *políticas de saúde*, consideram que a *(re)organização das instituições* tem conduzido a uma redução de pessoal: “(...) não temos o número de enfermeiros, essa situação tem vindo a agravar-se E12:01 (...)”; e “(...) corta-se muito na questão do rácio dos enfermeiros (...)” E17:01.

Os doentes apresentam um estado mais crítico, logo exigem mais horas de cuidados, o que é difícil despender com a falta de pessoal: “os doentes são cada vez mais doentes, é exigido mais tempo para cuidar (...)” E10:01.

Tabela 4.13 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Sim**: categoria *Formação*

Subcategorias	Indicadores
Formação superior	<ul style="list-style-type: none">Maiores habilitações literárias;Alteração curricular/outros conhecimentos;Organização dos EC;Reflexão sobre a prática;Motivação para a preparação da alta
Competências pessoais e relacionais	<ul style="list-style-type: none">Mais conhecimentos e exigências dos utentes;Mais preocupação com a área relacional
Formação complementar	<ul style="list-style-type: none">Mais investimento

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam *de forma positiva*, observa-se pela análise da tabela 4.13, que a formação contribui para uma melhoria da prestação de cuidados.

A formação de nível superior permite o ingresso no curso com mais habilitações literárias: “(...) *o facto de os enfermeiros terem entrado para o ensino superior, e das habilitações necessárias para o curso de enfermagem serem mais altas (...)*” E2:01; Esta reforma conduziu a alterações curriculares com introdução de novas disciplinas: “(...) *a própria mudança para uma licenciatura de quatro anos já possibilitou o estudo avançado de certas matérias (...)*” E16:01; “*abordam-se novos temas como ética e investigação (...)*” E21:01.

Esta alteração contribuiu para a (re)organização dos EC, havendo maior articulação com os contextos da prática, o que permite uma maior reflexão sobre a prática: “(...) *com a licenciatura, em termos curriculares, houve algumas alterações (...) o aluno, hoje em dia, faz os seus estágios sempre com um enfermeiro do próprio serviço, (...) tem uma visão da prática (...) é uma mais-valia para o aluno estar com o enfermeiro do próprio serviço (...)*” E20:01; também uma maior motivação para a preparação da alta do utente: “(...) *quando o doente entra no hospital pensa-se (...) sim em preparar a alta articulando com os CSP*” E21:01.

Possibilita mais desenvolvimento das competências pessoais e relacionais; o utente, actualmente, tem mais conhecimentos, logo é mais exigente, pelo que, os profissionais estão mais despertos para a parte relacional: “(...) *tivemos de acompanhar os conhecimentos e as exigências dos utentes (...) sabem mobilizar mais conhecimentos (...) penso que as competências relacionais são muito mais trabalhadas hoje do que eram há alguns anos atrás*” E2:01.

Os enfermeiros também têm mais preocupação em investir na sua formação complementar: “(...) *os enfermeiros preocupam-se mais com uma formação complementar, em investir na sua própria formação (...)*” E15:01.

Tabela 4.14 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Não**: categoria *Formação*

Subcategorias	Indicadores
Competências pessoais e relacionais	▪ Lacunas

Pela análise da tabela 4.14, observamos que os sujeitos participantes que responderam *de forma negativa* consideram que a *formação* tem feito pouco investimento nesta área: “(...) *nos últimos anos noto menos investimento na relação* (...)” E1:01.

Tabela 4.15 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Talvez**: categoria *Formação*

Subcategorias	Indicadores
Formação complementar	▪ Formações diferenciadas; CCFE despertou para necessidades formativas
Formação em serviço	▪ Mais formação em serviço

Quanto aos sujeitos participantes que responderam *Talvez*, pela análise da tabela 4.15, verifica-se que pode haver melhoria na prestação de cuidados, pois a *formação complementar* tem permitido formações diferenciadas. “ (...) *o CCFE veio despertar para a necessidade de formação* (...)” E6:01. Consideram também que há mais formação em serviço, o que contribui para a melhoria de cuidados: “(...) *é-nos dada mais formação* (...)” E10:01.

B - Formação inicial e promoção de competências necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade

Em relação à opinião dos sujeitos participantes sobre este tema, obtivemos os seguintes dados.

Tabela 4.16 – A formação inicial promove as competências necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade

Opinião dos participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	20	77%
Não	2	8%
Talvez	4	15%
Total Participantes	26	100%

Pela análise da tabela 4.16, vê-se que 77% dos participantes responderam *de forma afirmativa* a este tema.

Tabela 4.17 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Sim**: categoria *Desenvolvimento de Competências*

Subcategorias	Indicadores
Papel da escola	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmissão de valores e competências; ▪ Desenvolver capacidades relacionais; ▪ Melhoria da formação inicial; ▪ Proporcionar as bases de desenvolvimento de cada profissional; ▪ Prepara para a capacidade de adaptação; ▪ Preparação para os descritivos da qualidade da OE;

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam de *forma afirmativa*, pela análise da tabela 4.17 constata-se, na categoria *desenvolvimento de competências*, que a *escola* tem um *papel* relevante, pois permite a transmissão de valores e desenvolvimento de competências: “na minha escola foram passados determinadas competências e valores que me permitiram saber ser, saber estar e saber aprender (...) ir procurar estudar, saber a importância de me relacionar com as pessoas” E4:02; tem-se observado uma melhoria na formação inicial: “a formação inicial é aquela que dá todas as bases para o desenvolvimento de cada profissional” E5:02; há preocupação com o desenvolvimento pessoal de cada estudante, promove-se o desenvolvimento da capacidade de adaptação: “os professores preocupavam-se não só com os conteúdos mas também com o desenvolver outras capacidades relacionais, de entreaajuda, de liderança, de trabalho em equipa” E18:02.

Tabela 4.18 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Não**: categoria *Desenvolvimento de Competências*

Subcategorias	Indicadores
Competência dos docentes	<ul style="list-style-type: none"> • Há professores que não são tão competentes, que não têm tanta disponibilidade
Estrutura curricular	<ul style="list-style-type: none"> • Hiato entre a formação e a prática; • Formação muito teorizada; • Descura-se a parte prática; • Pouco investimento na componente humana/relacional; • Os estudantes necessitam de orientação
Personalidade do estudante	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança

A partir da tabela 4.18, podemos analisar a opinião dos sujeitos participantes que responderam *de forma negativa*.

Assim, consideram que contribui para o *desenvolvimento de competências* a *competência dos docentes*, que em algumas situações não é evidenciada, sendo também visível a sua pouca disponibilidade para o acompanhamento dos estudantes: “(...) muitas

vezes os docentes não têm a amplitude de saberes, que eu acho que enquanto formadores da Escola deveriam ter. Na minha escola as formadoras dos alunos são pessoas que têm uma vasta experiência” E10:03.

A estrutura curricular ainda apresenta um hiato entre a formação e a prática, a formação é muito teorizada, sendo o saber-fazer pouco desenvolvido: “(...) os alunos chegam com determinadas teorias que na prática já não se usam (...)” E10:03; “em termos de autonomia, procedimentos, de prática, penso que hoje têm muito mais dificuldade (...) hoje em dia nota-se um bocado essa dificuldade” E17:03; “(...) mas descara-se um bocadinho a parte prática (...) às vezes já tivemos alunos que realmente sabem muito, mas depois em termos práticos não conseguem articular” E20:02; “(...) eu acho que continua a haver um hiato entre a formação e a prática” E20:03.

Há pouco investimento na componente relacional: “(...) acho que os profissionais recém-formados se defendem da relação (...) e prepará-los de alguma forma para o aspecto relacional (...)” E24:03.

Os recém-licenciados necessitam de muita orientação por parte dos enfermeiros; é também referido pelos participantes que a *personalidade do estudante* também é fundamental para o desenvolvimento das competências, demonstrando, por vezes, muita insegurança: “(...) o recém-formado não quer demonstrar ao doente as suas fraquezas, mas ele tem-nas e precisa de acompanhamento e de apoio (...) mas a verdade é que os recém-formados também precisam de ser apoiados (...)” E19: 03; “(...) se calhar a distância que eu sinto nos alunos tem a ver com os medos que eles têm e essa insegurança (...) leva-os a defenderem-se” E24:E03.

Tabela 4.19 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Talvez**: categoria *Desenvolvimento de Competências*

Subcategorias	Indicadores
Papel da escola	<ul style="list-style-type: none">• Preparar os estudantes enquanto pessoas;• Deve inculcar sentido de responsabilidade
Competência dos docentes	<ul style="list-style-type: none">• Há professores que não têm prática
Estrutura curricular	<ul style="list-style-type: none">• Teorias que não se usam;• Muito virados para a técnica
Personalidade do estudante	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidade para aprender

Pela análise da tabela 4.19, os sujeitos participantes que responderam *Talvez* reconhecem que a formação inicial promove o desenvolvimento de competências, tendo a escola um papel primordial: “(...) *têm mais estágio (...) mas faltam algumas coisas principalmente a nível da formação, mais enquanto pessoa, do que quanto a enfermeiro, falta, se calhar, incutir um pouco mais de responsabilidade (...)*” E11:02.

Deve haver maior investimento na preparação dos estudantes enquanto pessoas e incutir mais sentido de responsabilidade; há professores com pouca prática: “(...) *muitas vezes são pessoas que não têm competência para lá estar, no aspecto que não têm prática (...)*” E10:02.

Os conteúdos (teóricos e práticos) devem ser ajustados “(...) *penso ter havido alguma alteração (...) mas técnica*” E1:01.

Por fim, o estudante também deve demonstrar disponibilidade para querer aprender: “(...) *acham que trazem a teoria e como vêm com o estatuto de licenciados, acham que já sabem mais do que os outros*” E4:02.

Tabela 4.20 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Sim**: categoria *Contextos da Prática*

Subcategorias	Indicadores
Papel das organizações	<ul style="list-style-type: none">As competências técnicas adquirem-se com a prática

Em relação aos sujeitos participantes que responderam *de forma afirmativa*, verifica-se, pela análise da tabela 4.20, que, para além da formação inicial, o *papel das organizações* é também fundamental para o *desenvolvimento de competências*, pois elas adquirem-se nos contextos da prática: “(...) *as competências técnicas vão-se adquirindo (...)*” E8:02; “*claro que o desenvolvimento das competências vem com a prática (...)*” E9:02, “(...) *a experiência em campo é que vai tornar os enfermeiros mais qualificados (...)*” E16:02.

Tabela 4.21 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Não**: categoria *Contextos da Prática*

Subcategorias	Indicadores
Papel das organizações	<ul style="list-style-type: none">Pouco tempo de integração;Pouco tempo de orientação;As competências técnicas adquirem-se com a prática

Formação em serviço	<ul style="list-style-type: none">• Necessidade de aprofundar conhecimentos
----------------------------	---

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam *de forma negativa*, pela análise da tabela 4.21, observa-se que não é só a formação inicial que contribui para o desenvolvimento das competências. As organizações têm um papel essencial, no entanto, verifica-se que os recém-licenciados têm pouco tempo de integração e de orientação, o que também não facilita o desenvolvimento das competências técnicas: “os enfermeiros chegam aos serviços e são um bocadinho largados, eles precisam de alguém que integre, têm pouco tempo de integração, pouco tempo de orientação” E19:02, “o enfermeiro do próprio serviço está com o aluno, é um elo de ligação muito importante (...) é uma mais-valia para o aluno desenvolver as competências” E 20:02.

Os conhecimentos adquiridos são insuficientes, pelo que é mencionada a necessidade de aprofundá-los, constituindo-se a *formação em serviço* um meio indispensável: “acabamos por ser confrontados com a necessidade de aprofundar mais os nossos conhecimentos, como também um conjunto de competências” E7:02.

C – A evolução da formação acompanhou as transformações na prática dos cuidados

Em relação à opinião dos participantes sobre esta temática, obtivemos os seguintes dados.

Tabela 4.22 – A evolução da formação em enfermagem acompanhou as mutações ou as transformações na prática dos cuidados de enfermagem

Opinião dos participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	21	81%
Não	0	0%
Talvez	5	19%
Total Participantes	26	100%

Pela análise da tabela 4.22, vê-se que 81% dos participantes responderam de *forma afirmativa* à área temática *a evolução da formação em enfermagem acompanhou as mutações ou as transformações na prática dos cuidados em enfermagem*.

Tabela 4.23 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam

Sim: categoria *Formação Inicial*

Subcategorias	Indicadores
----------------------	--------------------

Estrutura curricular	<ul style="list-style-type: none"> • Novas disciplinas; • Complemento da área de investigação; • Colaboração dos enfermeiros na componente lectiva; • Alteração de conteúdos
Orientação EC (articulação escola/contexto trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação da escola em adequar a formação aos contextos de trabalho; • Acompanhamento de EC pelo enfermeiro orientador; • Mais noção da realidade; • Espírito de mudança

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam de *forma afirmativa*, pela análise da tabela 4.23 conclui-se que a formação tem acompanhado as mutações na prática dos cuidados.

Assim, é realçado que as alterações à *estrutura curricular* permitem a reformulação dos conteúdos e a introdução de novas disciplinas, o que contribui para o desenvolvimento da área científica, nomeadamente: “*esse complemento de investigação parece ser um contributo ideal (...)*” E6:03; a colaboração dos enfermeiros na leccionação de alguns conteúdos teóricos mais específicos: “*(...) houve até colegas nossos que fizeram formação, no sentido de mostrar a realidade que vivemos actualmente, nesta área*” E7:03.

A orientação dos EC pelo enfermeiro orientador constitui uma preocupação manifestada pelas escolas em adequar a formação aos contextos de trabalho, dando mais noção da realidade dos contextos, o que também demonstra um espírito de mudança do ensino. “*(...) só o facto de as Escolas estarem mais articuladas com os hospitais e com os estágios a serem acompanhados por enfermeiros orientadores nos locais de estágio dá mais noção da realidade (...)*” E2:03; “*(...) as Escolas têm feito um esforço para mudar (...)*” E4:03; “*(...) preocupação da parte académica de articular os conteúdos com a prática (...)*” E7:03; “*(...) a mudança nos ensinamentos clínicos foi uma mais-valia (...)*” E11:03; “*(...) tem havido preocupação em tentar perceber a realidade do contexto de trabalho para poderem adequar mais a formação dos novos profissionais (...)*” E12:03.

Tabela 4.24 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam **Talvez**: categoria *Formação Inicial*

Subcategorias	Indicadores
Conteúdos desajustados	<ul style="list-style-type: none"> • Mais virados para a técnica; • Trabalhar os aspectos relacionais; • Teorias que não se usam na prática; • Hiato entre a formação e a prática

Relativamente aos sujeitos participantes que responderam *Talvez* a evolução da formação tenha acompanhado a prática dos cuidados, pela análise da tabela 4.24 podemos constatar que na categoria *formação inicial* foi referido que os *conteúdos estão desajustados*. Estão muito direccionados para a técnica, é necessário trabalhar mais os aspectos relacionais e ainda há teorias que são estudadas e que, na prática, não se utilizam: “(...) *penso que a nossa formação de base podia ser um bocadinho mais científica (...) ainda estamos baseados no que se diz e se escreve, descura-se aquilo com que nos deparamos na realidade (...)*” E15:03; “(...) *eu acho que ainda há um hiato entre a formação e a prática, às vezes não temos as condições de pôr em prática determinados aspectos da formação que fazemos (...)*” E20:03.

Tabela 4.25 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam

Sim: categoria *Formação Contínua*

Subcategorias	Indicadores
Actualizar conhecimentos	<ul style="list-style-type: none">• Investimento na formação em serviço;• Investimento na autoformação

Em relação aos sujeitos participantes que responderam de *forma afirmativa*, a tabela 5.25 permite analisar que a *formação tem acompanhado as alterações da prática*, para o que contribui a *formação contínua*. Os enfermeiros estão mais motivados para a actualização dos conhecimentos, quer através da formação em serviço, quer através da sua auto-formação: “(...) *tentamos estar actualizados, fazer formação (...) tenta-se acompanhar e tenta-se estudar e tenta-se aprender (...)*” E3:03; “(...) *a formação em serviço resulta sempre de uma necessidade sentida no local (...) terão mais sentido e uma aplicabilidade maior se alinhadas no contexto do serviço (...)*” E6:03; “(...) *o enfermeiro deve investir na sua formação contínua (...)*” E8:03; “(...) *é-nos dada formação ou então fazemos nós próprios essa formação, quer seja em serviço, quer seja fora (...)*” E22:03.

Tabela 4.26 – Resumo da análise de conteúdo dos sujeitos participantes que responderam

Sim: categoria *Respeitar o Utente*

Subcategorias	Indicadores
Prestar mais atenção ao utente	<ul style="list-style-type: none">• O doente é cada vez mais exigente;• A enfermagem está cada vez mais centrada no doente;• Promoção de estilos de vida saudáveis

Pela análise da tabela 4.26 verifica-se que há maior preocupação em *respeitar o utente*. Este é cada vez mais exigente e, por parte do enfermeiro, há mais cuidado na

promoção de estilos de vida saudáveis, o que evidencia a atenção que lhe é prestada: “(...) a prática de enfermagem tem vindo a centrar-se cada vez mais no utente e na respectiva família (...) de maneira que ele próprio possa alterar hábitos de vida e contribuir para alterações de comportamentos (...)” E5:03.

D – Contributos da formação pós-graduada para a melhoria da qualidade de cuidados

Relativamente à opinião dos sujeitos participantes, obtivemos os seguintes dados.

Tabela 4.27 – Contributos da formação pós graduada para a melhoria da qualidade dos cuidados

Opinião dos participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Tem contributos	19	73%
Não tem contributos	6	23%
Talvez	1	4%
Total Participantes	26	100%

Pela análise da tabela 4.27, observa-se que 73% dos sujeitos participantes responderam de forma afirmativa à área temática *contributos da formação pós-graduada para a melhoria da qualidade de cuidados*.

Tabela 4.28 – Resumo da análise de conteúdo: categoria *Tem contributos*

Subcategorias	Indicadores
Competências técnicas e científicas	<ul style="list-style-type: none">• Mais conhecimento específico;• Fundamentar mais exaustivo da formação de base;• Mais reflexão;• Melhoria dos cuidados de enfermagem;• Visibilidade do trabalho de enfermagem;• Facilita a tomada de decisão
Competências relacionais	<ul style="list-style-type: none">• Melhora relacionamento com as pessoas;• Partilha dos saberes com os colegas
Motivos pessoais	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar satisfação;• Trazer benefício para a qualidade de cuidados

Pela análise da tabela 4.28, vê-se que a formação pós-graduada *tem contributos* para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os seus contributos reflectem-se nas competências técnicas e científicas, pelo que os profissionais adquirem mais conhecimento, o que permite fundamentarem a sua formação e desenvolverem o pensamento reflexivo: “(...) quanto maior a formação mais

sabemos (...)” E2:04; contribui para a melhoria de cuidados de enfermagem e para a tomada de decisão dos profissionais: “(...) *aprendi coisas novas, pensei em coisas que ainda não tinha pensado (...) isto promove a melhoria dos cuidados e a satisfação do utente (...)*” E3:04.

As *competências relacionais* desenvolvidas melhoram o relacionamento com as pessoas “(...) *a nível relacional, se calhar tentar perceber um bocadinho melhor os doentes, pormo-nos do lado deles (...)*” E8:04; “(...) *em termos relacionais traz sempre mais-valias para o doente, acho que temos oportunidade de cuidar melhor do doente (...)*” E20:04; facilita a partilha de conhecimentos com a equipa: “(...) *as pessoas trazem esse suporte e procuram aplicá-lo na prática e transmiti-lo às pessoas com quem trabalham (...)*” E4:04; “(...) *é uma mais-valia para toda a equipa, e acho que é com os saberes de todos que conseguimos evoluir (...)*” E24:04.

A formação contribui, também, para uma maior satisfação individual, sendo reconhecido pelo profissional que beneficia a qualidade dos cuidados: “*sentí que foi importante para mim*” E3:04; “(...) *trazemos sempre novas maneiras de observar as coisas (...) actualmente é muito importante dar visibilidade ao nosso trabalho (...)*” E5:04; “(...) *acaba por alargar um pouco os seus conhecimentos, mais-valia para os pares porque com eles vão aprendendo alguma coisa; nos aspectos técnicos também acabam por melhorar a sua percepção (...)*” E7:04; “(...) *desperta-nos para determinada forma de actuar (...) tem um contributo importante para a prestação de cuidados (...)*” E17:04; “(...) *isso vai ajudar a melhorar a nossa prática (...) vai permitir melhorar e prestar melhores cuidados*” E21:04.

Tabela 4.29 – Resumo da análise de conteúdo: categoria *Não tem contributos*

Subcategoria	Indicadores
Motivos pessoais	<ul style="list-style-type: none">• Não querem pôr em prática os conhecimentos;• Não há actualização na remuneração;• Acomodação a fazer o mesmo;• Não permite o ingresso directo como especialista• Não permite fazer a progressão, numa perspectiva de progressão na carreira

Motivos de gestão	<ul style="list-style-type: none">• Não há reconhecimento da instituição;• Política de gestão pouco direccionada para os locais necessários;• Deve haver mais incentivos aos enfermeiros para fazerem formação;• Não tem possibilidade de pôr em prática os saberes;• São desviados [os enfermeiros habilitados com a especialidade] para assumir funções de chefia;• Permanecer no mesmo serviço;• Manter as mesmas funções;• Falta de motivação/frustração
Competências relacionais	<ul style="list-style-type: none">• Não melhora o relacionamento;• Falta de empenho para a partilha do conhecimento;• O conhecimento não se reflecte na equipa
Competências técnicas e científicas	<ul style="list-style-type: none">• Os mestrados trazem pouco conhecimento;• Formação descontextualizada

Pela análise da tabela 4.29, constata-se que os sujeitos participantes referem que a formação pós-graduada *não tem contributos* para a melhoria dos cuidados.

É salientado que são *motivos de gestão, motivos pessoais e competências relacionais e científicas* que mais contribuem para esta situação.

Há motivos pessoais que dificultam a aplicação dos novos saberes, na medida em que o ingresso na categoria não se dá de forma directa, e portanto a remuneração não é correspondente à categoria de especialista, não exercem a sua especialidade, acomodando-se às funções anteriormente desempenhadas. Alguns enfermeiros fazem a formação pós-graduada pensando, apenas, na progressão na carreira, pelo que o seu desempenho não é prioritário: “(...) *muitos colegas pensam que, pelo facto de não serem reconhecidos, em termos de carreira, com remuneração, só devem aplicar esse conhecimento quando receberem como tal (...) continuar no mesmo serviço, com as mesmas funções, acham que isso não lhes permite ver para além do que faziam (...) nós não temos actualizações na remuneração, isso é um factor de desmotivação*” E1:04.

Em relação à gestão, consideram que a instituição valoriza pouco a formação, ficando, por vezes, os profissionais no mesmo serviço, com as funções anteriormente desempenhadas, não sendo colocados nas áreas consonantes com a sua formação, o que provoca desmotivação. Muitos enfermeiros são desviados para assumir funções de gestão dos serviços, pelo que não têm possibilidade de exercer os seus saberes específicos: “*as pessoas com mais formações são desviadas para a gestão (...) muitos colegas acabam a*

especialidade e continuam no mesmo serviço e com as mesmas funções, às vezes não têm a tal motivação” E1:04; “as pessoas não aplicam mais porque não sentem que há retorno das instituições” E2:04; “a política da instituição tem sido pouco direccionada para os locais necessários” E6:04; “as colegas com a formação da especialidade assumem funções de chefia e não podem estar a exercer a especialidade” E14:04; “não vejo grande contributo, ficam a assumir funções de chefia” E16:04; “a formação que é feita é um bocadinho descontextualizada, alguns enfermeiros andam a fazer formação, por fazer formação, não está contextualizada com o serviço (...) no dia-a-dia acaba por não ter reflexo (...) no caso das especialidades, não tem grandes reflexos porque assumiram funções que nada têm a ver com a área da prestação de cuidados” E17:04; “essas pós-graduações e esses mestrados deviam ser feitos de acordo com as necessidades que as pessoas têm para prestar melhores cuidados, para apostar na sua formação e não só para subir ou ter o grau académico” E19:04; “o que está a falhar é as pessoas sentirem que a instituição não reconhece o seu valor, isso desmotiva-as completamente (...) a parte organizacional não está a saber lidar com as pessoas” E23:04; “os que fazem especialidades, normalmente, ficam nos gabinetes, portanto assim mesmo na prática não ficam” E24:04.

Relativamente às competências relacionais, não se verifica empenho na partilha do conhecimento com os colegas nem se traduz na relação com o utente: *“reflecte-se a nível individual, (...) mas não em termos de equipa (...) não há partilha de conhecimentos” E9:04; “(...) não melhora nada o aspecto relacional (...) eu acho que não é só a pós-graduação nem o mestrado, pode influenciar um bocadinho (...) mas não faz a diferença” E19:04.*

No que diz respeito às competências técnicas e científicas, referem: “as pessoas que fazem os mestrados para ter mestrado e não subjacente à área em que estão a trabalhar. As pós-graduações já estão decorrentes da área em que estão a trabalhar mas na prática não vejo tradução” E9:04; “as pós-graduações (pausa), não vejo que tenham alterado muita coisa” E14:04.

Como pode ver-se pelo exposto, as categorias estão devidamente fundamentadas nas unidades de registo apresentadas ao longo deste texto.

2.3. Síntese conclusiva

Pela análise da informação obtida através das entrevistas, verificamos que há uma opinião francamente positiva (80%) relativamente à qualidade de cuidados, mas também é

referido pelos participantes que não tem havido uma melhoria significativa (19%). Passamos de seguida a elencar as possíveis causas desta dualidade de opiniões:

- **Mudança de paradigma do cuidar**

Nomeadamente uma alteração na forma de ver o utente reflecte-se na atitude e no desempenho dos profissionais que têm mais em atenção o outro, numa perspectiva global. A pessoa que recebe os cuidados deve ser envolvida no processo, reservando-se ao profissional de enfermagem a missão de ajudá-la a colaborar na concretização do seu plano. Nota-se assim maior preocupação em relação à promoção da saúde e autocuidado, pelo que consideramos que estas alterações também estão em consonância com os descritivos de qualidade preconizados pela OE (2002). Hoje em dia, o cliente e sua família estão mais conscientes dos seus direitos e deveres, razão pela qual os novos modelos de formação devem permitir que o profissional de enfermagem seja capaz de responder às exigências da prática profissional, bem como ser capaz de desenvolver as designadas novas competências. Verifica-se assim existir uma pressão social, por parte do cliente/família, que implica uma mudança de comportamento que conduz a uma alteração nas práticas de cuidados. Todavia, isto não implica uma real mudança de atitudes ou comportamentos de forma definitiva, dado que esta só acontece se for sentida e vivenciada de uma forma intrínseca pelo profissional e não como resultado de uma pressão externa [Vala e Monteiro (coord), 2000].

No contexto actual é assente e aceite que a *família* pode ter um papel preponderante e cumulativo no êxito dos cuidados, desde que seja vista como um parceiro que participa activamente nos cuidados (Hesbeen, 2001; Hanson, 2005). A prestação de cuidados de uma forma sistémica, tendo a família/grupo como cliente dos nossos cuidados, permite uma auto-responsabilização pela saúde dos seus elementos.

Desta forma, trabalhar em saúde tem por objectivo a promoção da qualidade de vida das pessoas, o que constitui um desafio para os profissionais, dado que se reconhece ser a saúde um estado dinâmico, uma vez que as pessoas têm potenciais e necessidades diferentes.

No entanto, há opiniões que consideram não se verificar uma tendência para a mudança de paradigma do cuidar, visto referirem ter-se descurado a componente relacional. Segundo eles, os jovens profissionais estão menos atentos ao outro e às suas necessidades, em detrimento dos saberes mais científicos e técnicos. Efectivamente deve

reflectir-se esta questão na formação, uma vez que o processo formativo faz apelo ao pensamento reflexivo (Zeichner, 1993) e a uma abordagem individual da pessoa, família e grupos, o que implica um empenho nos valores humanos, morais e sociais e, nesse sentido, é tempo de, nas escolas, os professores, actualmente deslumbrados pelo saber científico, reeditarem o valor das competências relacionais que devem existir em paridade com o saber. Contudo, também estas devem ser devidamente reflectidas e estudadas como um saber e uma ferramenta, dado que não devem resultar de emoções ou de meras situações de empatia, mas sim de um papel profissional assente num saber relacionalmente construído e posto em prática.

Por outro lado, a nível organizacional, a qualidade de cuidados, pressionada pela vertente de controlo, focaliza-se mais nos números e estatísticas enquanto indicadores do que nestes aspectos da qualidade da relação, não sendo, por isso, junto dos profissionais, um factor de pressão para a mudança.

▪ **Formação inicial**

Parece haver um esforço para esbater o hiato tantas vezes referido acerca do desfasamento entre a formação e a prática dos cuidados. A formação tem apostado no desenvolvimento das competências técnico-científicas, a fim de reforçar o *corpus* de conhecimento que lhe é próprio. Acredita-se que a *formação inicial* é considerada como um veículo promotor do desenvolvimento de competências, não só pelas alterações das estruturas curriculares que se têm verificado, como também pela interligação com as organizações que aceitam a formação em contexto da prática, permitindo ao estudante que, a partir da acção, construa o seu conhecimento e desenvolva o seu pensamento crítico e a capacidade de agir em diferentes contextos com segurança, como sugere Malglaive (1997).

As competências relacionais-sociais devem ser mais desenvolvidas neste nível da formação. Estas são, porém, saberes difíceis de formalizar, o que de modo nenhum diminui a sua importância. Porém, como salienta Le Boterf (1995), estas competências devem ser intrínsecas aos saberes-fazer e sociais, ao conceito de *habitus* (Bourdieu, 1997) e à socialização profissional (Dubar, 1997).

Contudo, há sérias dúvidas de que a *formação inicial*, 1.º ciclo de formação, contribua, efectivamente, para o desenvolvimento de competências que permitam a melhoria dos cuidados. São várias as lacunas identificadas, nomeadamente:

- A nível das competências e da disponibilidade de alguns docentes para a orientação dos estudantes em EC;
- Falhas na estrutura curricular, reconhecendo que alguns conteúdos teóricos estão desajustados;
- Défice de investimento a nível do saber-fazer (pragmatização dos conhecimentos), donde resulta que, nos locais de EC, os enfermeiros orientadores tenham que implicar muito mais tempo e saber, que nem sempre têm, e esforço, que nem sempre resulta.

A formação, ocupando um papel primordial no desenvolvimento das competências dos enfermeiros, deve considerar-se um *continuum* ao longo de toda a sua trajectória profissional, uma vez que é sempre uma oportunidade de melhorar práticas e saberes e até de aquisição e desenvolvimento de novas competências.

- **As políticas de saúde**

Também são entendidas como um elemento determinante da qualidade de cuidados (Hesbeen, 2001), dado que o PNS 2004-2010 propõe e promove estratégias a atingir junto dos profissionais, o que implica, neles próprios, uma nova atitude, um interface com os utentes (atenção na relação, informação), de forma a promover uma nova atitude junto do utente e co-responsabilizando-o, informadamente, de novos estilos de vida.

As actuais políticas de saúde promovem, junto dos profissionais, novos comportamentos, atitudes e práticas (melhor forma de cuidar); também propõem e preconizam melhoria no sistema e estruturas de saúde, nomeadamente:

- Infra-estruturas: a melhoria destas permite um ambiente físico mais agradável, mais conforto para os utentes e melhores condições de trabalho para os profissionais;
- Criação de protocolos de actuação: na perspectiva de Sale (1998) permite que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade e qualidade;
- Dotação de profissionais: melhora o rácio enfermeiro/utente, facilita outras metodologias de trabalho, mais formação e o desenvolvimento de competências;
- Recursos materiais: mais dotação destes recursos facilita as acções desenvolvidas, mas também requer um sistema de aprovisionamento adequado, para controlar perdas desnecessárias.

Como salienta Hesbeen (2001), estes aspectos, entre outros, são fundamentais e concorrem para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Porém, verificam-se também opiniões divergentes em relação às *políticas de saúde*, não as entendendo como impulsionadoras de boas práticas, na medida em que referem uma ausência de objectivos e de filosofia organizacional, com repercussões negativas na liderança intermédia, uma vez que não valorizam o seu papel, focalizando-se apenas na liderança de topo. Ora, na enfermagem, a liderança intermédia (chefes de serviço e chefes de equipa) é fundamental pelo acompanhamento e supervisão que fazem dos processos, é fundamental ainda na promoção de uma cada vez melhor e mais eficaz prestação de cuidados de qualidade. Só este tipo de liderança, quando exercida visando a formação e a transformação dos elementos da equipa, pode garantir o desenvolvimento pessoal dos profissionais e a satisfação dos utentes. Tal como afirma Bass e Riggio (2008), só o estilo de liderança, que pode ser transaccional e mais preocupado com as acções do dia-a-dia mas também transformacional, com uma visão de futuro e capaz de criar dinamismo na equipa tem potencialidades para conduzirem tal situação de mudança.

Torna-se imprescindível, cada vez mais, introduzir nas escolas a noção de política pública, nomeadamente a nível da formação pós-graduada (a noção de inter-relações, eficiência dos processos). Cunha (2006) postula a inserção desta temática para a administração pública, salientando os novos movimentos: de globalização, que não se compadece com a gestão excedentária do Estado; de devolução, que implica a necessidade de passarem à gestão privada dos serviços ineficientes. Segundo esta perspectiva, resta a alternativa de educar os profissionais dos serviços públicos para actuarem como se estivessem num mercado competitivo.

- **A evolução da formação/prática de cuidados**

Considera-se que, a nível da formação inicial, esta tem acompanhado a prática dos cuidados, na medida em que, quer na formulação dos conceitos teóricos, quer na formação dos docentes, parece existir uma preocupação com a aproximação à prática do exercício profissional. Também as recentes alterações introduzidas ao modelo de orientação do EC têm subjacente uma melhor aquisição da prática e valores em contexto formativo, o que permite ao estudante, em colaboração com o enfermeiro orientador, construir a sua aprendizagem a partir dos conhecimentos colectivos, através da observação dos modelos, os enfermeiros orientadores. A actual metodologia de ensino pressupõe que haja uma abertura de espírito por parte dos profissionais, de forma que o estudante possa ter a oportunidade de exprimir as suas expectativas, as suas dúvidas e dificuldades, bem como ser agente da sua própria formação e realizar uma aprendizagem em contexto social, como

é referido por Bandura (1977), para a qual contribuem, entre outros aspectos, a formação dos tutores enquanto modelos de formação.

No que concerne à *formação contínua*, considera-se que esta possibilita um desenvolvimento a nível pessoal, como referem Stoer e Magalhães (2003), um aprofundar de conhecimentos, maior consciência das suas acções, maior capacidade reflexiva, e, portanto, permite que possa ser um agente de transformação das práticas. É-lhe conferido o papel de desenvolvimento da profissão e consolidação da identidade profissional. Complementarmente, como salienta Hesbeen (2001), deverá permitir a aquisição de conhecimentos, baseados na sua experiência, de forma a enriquecê-la e a permitir uma melhor prática reflexiva.

Também a *formação pós-graduada (pós-graduações, especialidades e mestrados)* tem contribuído para o desenvolvimento da profissão, uma vez que proporciona o aperfeiçoamento das competências técnico-científicas e relacionais-sociais, consolidando o desenvolvimento da capacidade de fundamentação e análise reflexiva das práticas; uma melhor relação com as pessoas contribuindo para aumentar a satisfação e enriquecimento individual. Verifica-se, assim, uma relação entre o que foi dito e a Teoria Bifactorial de Herzberg (1966), na qual este autor considera os factores motivacionais relacionados com um conjunto de condições internas que ajudam a construir níveis de motivação, traduzidos num bom desempenho, tais como o aperfeiçoamento e o desenvolvimento pessoal.

Todavia, é referido que este tipo de formação tem poucos reflexos na prática de cuidados. Os profissionais salientam que o principal motivo para este tipo de formação é a motivação individual, uma vez que a organização não considera a aquisição de conhecimentos como uma mais-valia. Como foi já referido, a qualidade de cuidados é secundarizada pelos aspectos económicos e estatísticos; nesse sentido, a aquisição de saberes não é tida em conta, nem premiada, e a pouca importância atribuída à liderança intermédia acaba por não propiciar que a estrutura se altere e adapte para absorver estes novos saberes que, indubitavelmente, acarretariam alterações (positivas) na prática de cuidados. Daqui resultam poucos reflexos práticos deste tipo de formação na qualidade de cuidados e por vezes até um desinvestimento dos próprios profissionais. Esta perspectiva crítica implica a responsabilidade da escola pela formação de aspectos gestionários que desenvolvam nos profissionais uma atenção redobrada aos custos excedentários.

Presentemente assistimos às reformas das organizações que estão empenhadas nos resultados; neste sentido urge que o sistema de gestão perceba que a qualidade de

serviços que pretende vender passe, obrigatoriamente, pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que implica novas formas de organização do trabalho e reconhecimento dos saberes, contribuindo, assim, para a satisfação profissional, incentivando-os a apostar, de uma forma colaborativa, na melhoria dos cuidados.

Do mesmo modo devem ser valorizadas as chefias intermédias, não pelo desenvolvimento das carreiras, mas pelo papel primordial que poderão desempenhar a nível da organização, nomeadamente na liderança transformacional (enquanto agente de mudança e de estímulo para toda a equipa. É também fundamental uma liderança transformacional (Geneviève, 2003; Tappen, 2005) que contribua para estimular o espírito crítico, a comunicação entre os membros da equipa e o trabalho em equipa no sentido de se aumentarem os níveis de motivação e dinamismo.

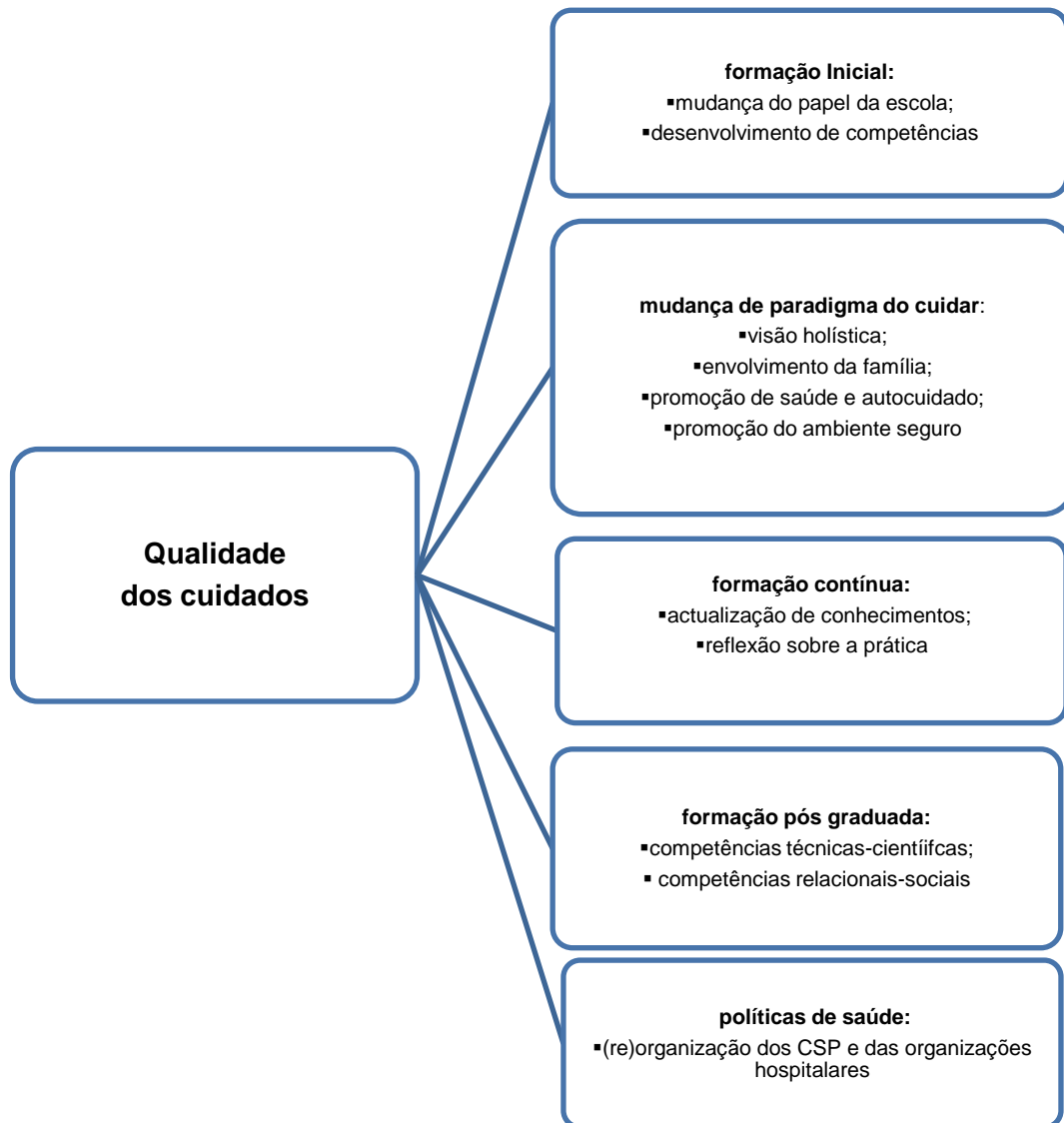
Considera-se que existe um desfasamento em relação à formação pós-graduada, a qual, por vezes, não está directamente ligada à prática de cuidados porque é paga pelos próprios, direcciona-se para áreas que nem sempre têm a ver com a prestação de cuidados, não tendo pois aplicação prática no seu quotidiano profissional, nem sempre se reflectindo na profissão. Mais um motivo para que, com uma gestão organizacional atenta e chefias intermédias dinâmicas, os profissionais possam ser desafiados, orientados e incentivados a adquirir novos conhecimentos profissionais com repercussões nas necessidades organizacionais na área da qualidade dos cuidados.

Esta nova forma de olhar para a gestão implica a noção de cultura organizacional com mudanças de paradigma, onde, transversalmente, a estrutura de gestão desenvolva a noção de cultura de serviço prestado ao cliente, como forma de fidelizá-lo, garantindo, assim, os tão preconizados resultados financeiros de forma sustentada no tempo.

2.4. Modelo sugerido a partir do estudo nuclear: momento de investigação 2

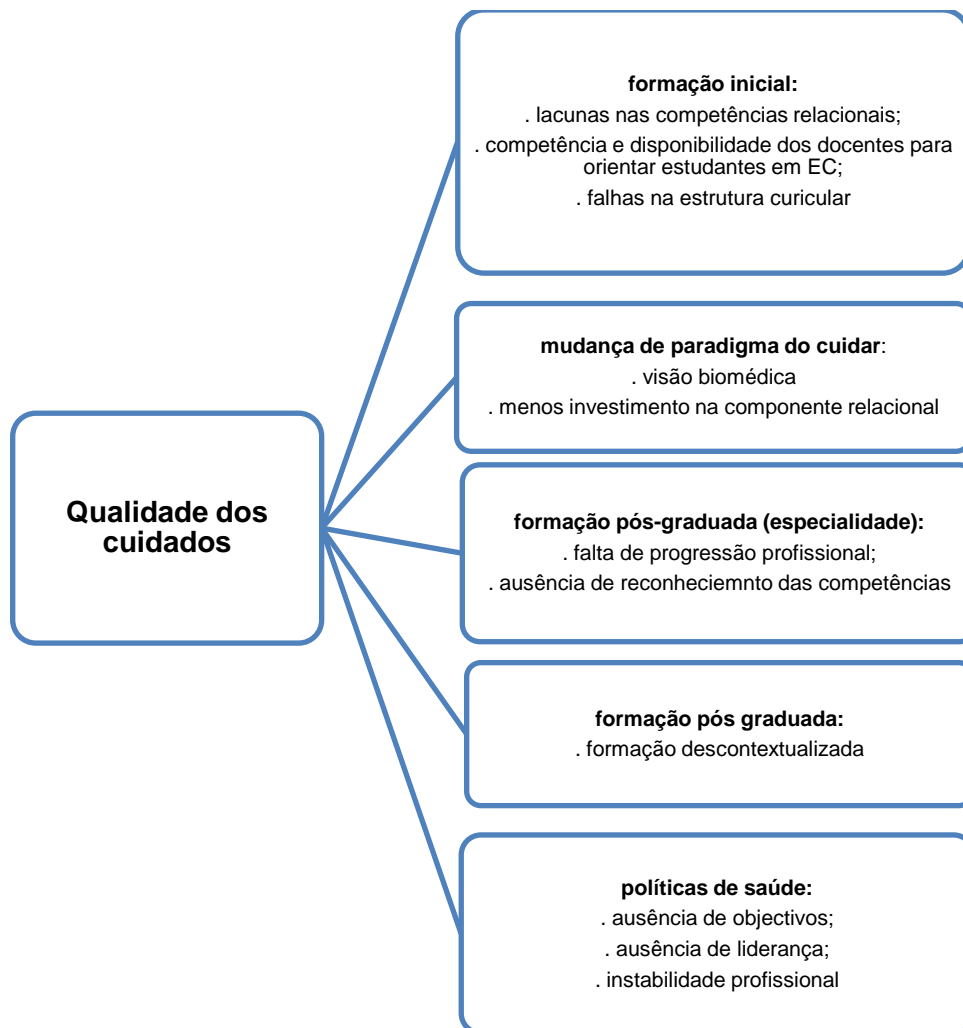
Como podemos observar pela figura 4.2, estão representados no modelo os aspectos facilitadores sugeridos pelos resultados obtidos no estudo por nós realizado, no qual é evidenciado que a qualidade dos cuidados está intimamente ligada com a formação inicial e com a formação contínua, embora seja referido que as recentes alterações das políticas de saúde também tenham influenciado a concepção dos cuidados. Para este modelo contribuiu, também, a revisão de literatura previamente efectuada.

Figura 4.2 – Aspectos facilitadores que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados



A figura 4.3 representa um modelo dos aspectos inibidores da qualidade dos cuidados sugeridos no estudo por nós realizado e para o qual também contribuiu a revisão de literatura já efectuada.

Figura 4.3 – Aspectos inibidores da melhoria da qualidade dos cuidados



2.4.1. Sistema de objectivos da pesquisa empírica do modelo de investigação

Para uma investigação avançar é indispensável a formulação de objectivos de pesquisa empírica, via pela qual optámos.

Visto estarmos em presença de um trabalho de investigação com aproximação à metodologia da Teoria Fundamentada (*The Grounded Theory*), os estudos efectuados permitem formular os objectivos da pesquisa empírica que passamos a enunciar conforme a descrição no quadro 4.3.

Quadro 4.3. Objectivos da pesquisa empírica do modelo de investigação

OBJECTIVOS	DESCRIÇÃO
1	Identificar de que modo a mudança de paradigma de cuidar influencia a melhoria de satisfação dos utentes em contexto de cuidados de saúde hospitalares.
2	Identificar de que modo a mudança de paradigma de cuidar influencia a melhoria de satisfação dos utentes em contexto de cuidados de saúde primários.
3	Identificar de que modo o desenvolvimento das competências profissionais influencia a satisfação dos utentes.
4	Caracterizar o aumento de habilitações dos enfermeiros e a sua influência na procura de satisfação dos utentes.

Procede-se a esta descrição sintética dos objectivos, pois consideramos ficarem suficientemente legíveis através do quadro.

3. ESTUDO COMPLEMENTAR: MOMENTO DE INVESTIGAÇÃO 1

3.1. Caracterização do estudo complementar

3.1.1. Tipo de estudo

3.2. Protocolo do Momento de Investigação 1

3.2.1. Acesso

3.2.2. Constituição da população e amostra

3.3. Técnica de recolha de dados

3.3.1. Formulários SUCEH₂₁ e SUCECS₂₆

3.4. Técnica de análise dos dados

3.4.1. Aplicação do formulário SUCEH₂₁

3.4.2. Aplicação do formulário SUCECS₂₆

3.5. Discussão dos resultados dos formulários SUCEH₂₁ e SUCECS₂₆

3.5.1. Médias da escala de satisfação dos utentes em contexto de cuidados de saúde hospitalar

3.5.2. Análise correlacional em contexto hospitalar

3.5.3. Médias da escala de satisfação dos utentes em contexto de CSP

3.5.4. Análise correlacional da satisfação dos utentes em contexto de CSP

3.6. Resumo dos objectivos e síntese conclusiva

3.7. Modelo sugerido a partir do estudo efectuado

4. ESTUDO COMPLEMENTAR: MOMENTO DE INVESTIGAÇÃO 2

4.1. Protocolo do Momento de Investigação 2

4.2. Análise da informação das reclamações dos utentes

4.3. Síntese conclusiva

3. Estudo Complementar: Momento de Investigação 1

3.1. Caracterização do estudo complementar

Com este estudo e com este momento de investigação, pretendemos validar o modelo inicial resultante de estudos anteriores, para o que procedemos à descrição do mesmo.

Depois do desenvolvimento conceptual que sustenta a problemática formulada neste estudo, passamos a descrever a metodologia, que segundo Fortin (2003) “é o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2003, p. 372). De acordo com Gauthier (2003), a metodologia da investigação, engloba quer a “estrutura do espírito e da forma da investigação, como as técnicas utilizadas para pôr em prática este espírito e esta forma” (Gauthier, 2003, p. 22).

Dada a importância que se atribui a este capítulo em qualquer investigação, começamos por referir o tipo de estudo, as opções metodológicas adoptadas, de modo a encontrar as melhores respostas e a minimizar possíveis enviesamentos. O nosso desenho do estudo, como refere Ribeiro, “é a estrutura geral ou plano de investigação de um estudo, isto é, se ele é experimental ou descritivo e qual o tipo de população” (Ribeiro, 1999, p. 41), pelo que passamos a descrever o seu *design*, referindo-nos à população alvo, ao grupo de participantes, aos instrumentos que servem de base para a recolha de informação, à forma de tratamento dos dados obtidos, tendo o cuidado de respeitar os aspectos éticos inerentes a cada etapa, bem como ao local onde irá desenvolver-se.

3.1.1. Tipo de estudo

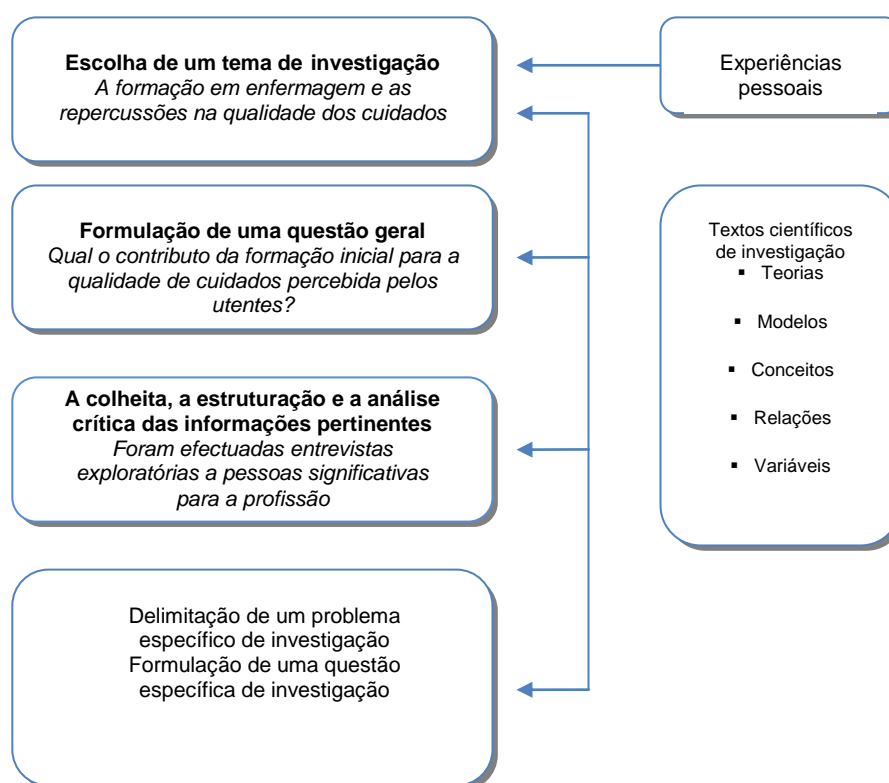
Trata-se de um estudo descritivo – transversal, de acordo com o conceito de Ribeiro (1999), “na medida em que se foca num grupo representativo da população em estudo e os dados são colhidos num único momento” (Ribeiro, 1999, p. 42).

Tendo como referência o problema de investigação formulado e os objectivos do estudo, optámos por uma metodologia multimétodo, como já foi explicitado. A combinação da abordagem qualitativa e quantitativa pretende complementar as questões observadas de diferentes ângulos.

Assim, passamos a apresentar a metodologia utilizada no *estudo complementar*, com uma abordagem qualitativa e uma abordagem quantitativa.

Para a concretização do *estudo complementar*, fazemo-la de uma “forma dedutiva” (Gauthier, 2003, p. 69), tendo por base os conhecimentos teóricos e as entrevistas semi-directivas efectuadas.

Figura 4.4 – Formulação do problema segundo uma lógica dedutiva



Fonte: Adaptado de Gauthier (2003).

Na primeira abordagem do nosso estudo, que denominamos de *estudo complementar*, utilizamos a metodologia quantitativa.

Um dos objectivos da metodologia quantitativa, segundo Carmo e Ferreira (1998) é “a generalização dos resultados a uma determinada população em estudo a partir da amostra, o estabelecimento de relações causa-efeito e a previsão de fenómenos” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 178). Utilizamos esta metodologia para compreender a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem e contribuir para clarificar os dados obtidos em análises qualitativas, tal como a análise de conteúdo das reclamações dos utentes em relação aos profissionais de enfermagem.

Como *estudo complementar*, pretende fortalecer a fundamentação da teoria através da triangulação de pessoas e, deste modo, aumentar a validade interna. Compreende dois momentos:

- *Momento de Investigação 1* – aplicar um inquérito, por questionário, a utentes de organizações que prestam Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários. Tem com o objectivo:
 - Avaliar o grau de satisfação em relação aos cuidados de enfermagem.Os instrumentos elaborados são, para contexto de cuidados de saúde hospitalar, o formulário SUCEH₂₁ e, para contexto de CSP o formulário SUCECS₂₆.
- *Momento de Investigação 2* – para poder avaliar, de forma global, a insatisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, procedemos à análise dos registos informáticos do Observatório Nacional do Gabinete do Utente, do Ministério da Saúde, relacionados com as reclamações referentes ao grupo profissional dos enfermeiros das organizações seleccionadas.

De acordo com Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005), a análise documental é considerada como uma fonte de dados estáticos, mas possibilita uma consulta repetida e prolongada, “é uma espécie de análise de conteúdo que incide sobre documentos relativos a um local ou a uma situação e que corresponde a uma observação de artefactos escritos” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005, p. 143).

Este modo de análise documental visa seleccionar, tratar e interpretar a informação existente no suporte informático, com o objectivo de extrair algum sentido. Tem uma função de complementaridade e permite proceder às mesmas operações relativamente aos dados obtidos pelos instrumentos de colheita de dados, já administrados. Possibilita o procedimento da triangulação dos dados obtidos, através de uma ou duas outras técnicas, o que contribui para o rigor do estudo qualitativo.

Desta forma, a lógica da triangulação de dados, utilizando uma variedade de fontes, permite tornar esta investigação mais sólida, como é defendido por Patton (1990), entre outros.

A utilização da combinação dos métodos qualitativos e quantitativos, como alguns autores referem, coloca-nos algumas dificuldades de utilização, simultaneamente, na mesma investigação. Alguns autores, tal com Reichardt e Cook (1986), consideram que a

combinação da metodologia dos paradigmas da investigação qualitativa e quantitativa contribui para a resolução da questão de investigação.

Na opinião de Carmo e Ferreira (1998), o investigador não é obrigado a seleccionar apenas a metodologia qualitativa ou quantitativa; caso a investigação o permita, pode combinar a sua utilização. Segundo os autores referidos, a principal preocupação, numa investigação qualitativa, “não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados (Carmo e Ferreira, 1998, p. 181).

Ainda na perspectiva dos autores Carmo e Ferreira (1998) e Streubert e Carpenter (2002), a forma de tornar um plano de investigação mais consistente é através da triangulação de métodos, o que significa que o investigador pode expandir métodos de pesquisa para estudar um problema, ou seja, pode utilizar as abordagens qualitativas e quantitativas, o que enriquece a compreensão e realiza objectivos específicos.

O estudo complementar compreende a combinação de dados qualitativos e quantitativos, de forma a dar uma visão sinérgica da evidência.

De acordo com Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, “são poucos os autores que *não* recorrem à combinação das duas” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005, p. 34), pelo que defendem ainda “um *continuum* metodológico entre qualitativo e quantitativo”.

Ao procedermos à triangulação da abordagem qualitativa e quantitativa, “pretendemos obter uma aproximação mais compreensiva que nos conduza à resolução do problema” (Burns e Grove, 1997, p. 30).

3.2. Protocolo do Momento de Investigação 1

3.2.1. Acesso

O estudo desenvolve-se em Lisboa, tendo a selecção dos locais obedecido aos seguintes pressupostos:

- Serem organizações públicas prestadoras de cuidados de saúde hospitalares e de cuidados de saúde primários (CSP). Foi critério da selecção das organizações prestadoras de CSP o facto de terem como referência o mesmo centro hospitalar;

- Demonstrarem interesse no benefício dos resultados;
- Estarem geograficamente situados numa cidade de fácil acesso para o investigador, o que permite um controlo do espaço de recolha da amostra.

A selecção do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) para o desenvolvimento do nosso estudo deve-se ao facto de historicamente, estar muito ligado à população da cidade e de ser constituído por um grupo significativo de hospitais, logo por um número relevante de profissionais, de forma a responder aos nossos objectivos. A nossa intenção de conduzir a investigação no campo identifica-se com o pensamento de Streubert e Carpenter (2002), que é “alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 24).

Assim, para a aplicação do questionário, temos em consideração os utentes do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), do qual fazem parte os Hospitais de São José, St.º António dos Capuchos, St.ª Marta e D. Estefânia. Excluimos o Hospital de D. Estefânia por ser um hospital pediátrico e com características muito particulares (ou seja, pelo facto de serem crianças e a avaliação da qualidade dos cuidados se efectuar de forma indirecta). Pretendemos aplicar o instrumento de colheita de dados nas unidades funcionais relacionados com as áreas de neurociências, coração e vasos e serviços de cirurgia. A escolha destas unidades deve-se ao facto de os utentes/clientes poderem ter maior tempo de internamento.

Consideramos indispensável aplicar o instrumento de colheita de dados a utentes de dois Centros de Saúde, que têm como referência o mesmo hospital. Assim, seleccionamos o Centro de Saúde da Alameda e o Centro de Saúde da Penha de França.

A aplicação dos formulários foi precedida do pedido de autorização ao Vice-Presidente do Conselho Directivo da ARS (LVT), I. P. e ao Conselho de Administração do CHLC, E. P. (Anexo V), tendo-se anexado os instrumentos de colheita de dados. Depois de obtida a permissão, foram contactados os respectivos enfermeiros-chefes dos centros de saúde e das respectivas unidades funcionais hospitalares. Aos inquiridos foi solicitado o seu consentimento escrito (Anexo VI) para participarem no estudo. Também, na perspectiva de Polit e Beck (2003), o facto de os participantes darem o seu consentimento informado significa que “possuem a informação adequada relativamente à investigação e têm o poder de escolher livremente. Isto capacita-os para consentir ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação” (Polit e Beck, 2003, p. 151). As instituições reconhecem a relevância do estudo e têm conhecimento do envolvimento dos participantes. A

confidencialidade da informação e dos dados obtidos, bem como o anonimato, são mantidos ao longo de toda a investigação como aspectos éticos básicos.

3.2.2. Constituição da população e amostra

A população é constituída por utentes de unidades de saúde prestadoras de cuidados de saúde hospitalares, particularmente do CHLC, e de cuidados de saúde primários. Da amostra fazem parte os utentes, num total de cento e catorze (114), dos serviços relacionados com as áreas de neurociências, coração e vasos e serviços de cirurgia. Em cuidados de saúde primários, a amostra é constituída pelos utentes, num total de sessenta e nove (69), dos Centros de Saúde da Alameda e Penha de França, aos quais é aplicado o inquérito por questionário.

A selecção da amostra obedeceu a determinados critérios:

1. Consentimento por parte dos utentes para participarem no presente estudo;
2. Serem indivíduos com idade superior 16 anos;
3. Terem internamento igual ou superior a 72 horas;
4. Serem utilizadores das organizações de saúde em estudo.

No cálculo da dimensão da amostra, para pesquisas com metodologia quantitativa, sabendo que não há consenso sobre a dimensão ideal, tivemos em conta as recomendações de Bryman e Cramer (2003): “há acordo em relação ao facto de que deve haver mais sujeitos do que variáveis em análise (...) defende um mínimo de cinco sujeitos por variável e nunca menos de cem por análise” (Bryman e Cramer, 2003, p. 299). Contudo, na nossa situação e tendo em atenção a triangulação de método, não respeitámos, na íntegra, esta recomendação por dificuldade de adesão inultrapassável.

3.3. Técnica de recolha de dados

3.3.1 Formulários SUCEH₂₁ e SUCECS₂₆

Os instrumentos a aplicar estão testados, o que, segundo Ghiglione e Matalon (1993), garante as grandes linhas de um questionário. É standardizado, quer na construção das questões, quer na sua sequência, garante a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, pois as questões são colocadas da mesma forma a todos os inquiridos.

Foi solicitada à autora autorização para aplicar os respectivos instrumentos de colheita de dados (Anexo VIII). Esta rapidamente respondeu, dando a sua autorização.

A versão SUCEH₂₁ (Ribeiro, 2003) (Anexo IX) permite avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde hospitalar e a versão SUCECS₂₆ (Ribeiro, 2003) (Anexo X) avalia a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP). Considerámos que este instrumento, devido à sua pertinência, pode facultar dados relevantes para a nossa reflexão empírica, podendo ser aprofundado *a posteriori*.

O formulário SUCEH₂₁ (Anexo IX) é composto por vinte e uma afirmações, respondidas numa escala tipo Likert e apresentadas de forma descendente (3=sempre até 0=não se aplica/sem opinião), que permite avaliar as dimensões: *eficácia na comunicação, utilidade da informação, qualidade no atendimento, prontidão na assistência, manutenção do ambiente terapêutico, promoção da continuidade dos cuidados*.

Quadro 4.4 – Estrutura factorial do formulário SUCEH₂₁

Designação dos factores	N.º de questões
Factor 1: Eficácia na comunicação	6, 7, 8
Factor 2: Utilidade da informação	1, 2, 5, 9,10
Factor 3: Qualidade no atendimento	11, 17, 18, 24, 28
Factor 4: Prontidão na assistência	15, 16
Factor 5: Manutenção do ambiente terapêutico	19, 20, 23, 25
Factor 6: Promoção da continuidade de cuidados	3, 4

Este formulário demonstra uma boa fidelidade, com consistência interna com um *Alpha de Cronbach* 0,82, e uma boa validade de *constructo*, tendo a análise factorial das questões produzido seis factores, que explicam 65% da variância total (Ribeiro, 2003).

O formulário SUCECS₂₆ (Anexo X) é composto por vinte e seis afirmações, respondidas numa escala tipo Likert e apresentadas de forma descendente (3=sempre até 0=não se aplica/sem opinião), que avalia as dimensões: *qualidade na assistência, individualização da informação, envolvimento do utente, informação dos recursos, formalização da informação, promoção do elo de ligação*.

Quadro 4.5. Estrutura factorial do formulário SUCECS₂₆

Designação dos factores	N.º de questões
Factor 1: Qualidade na assistência	11, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32
Factor 2: Individualização na informação	1, 2, 6, 7, 8, 10
Factor 3: Envolvimento do utente	22, 28, 29
Factor 4: Informação de recursos	4, 5, 12
Factor 5: Formalização da informação	9, 13
Factor 6: Promoção do elo de ligação	3, 14, 18

O formulário SUCECS₂₆ demonstra uma boa fidelidade, apresentando um *Alpha* de *Cronbach* de 0,89 e uma boa validade de *constructo*, tendo a análise factorial das questões produzido seis factores que explicam 62% da variância total (Ribeiro, 2003).

As qualidades métricas dos formulários SUCEH₂₁ e SUCECS₂₆ têm em consideração as características gerais das amostras relativamente às variáveis: género, idade, estado civil, situação profissional, área de residência, habilitações literárias, o centro de saúde e outras variáveis relacionadas com o internamento hospitalar e com o perfil de contacto dos indivíduos com o centro de saúde.

Recorremos ao inquérito por questionário administrado de uma forma directa (auto-administrado). Optámos por esta forma de aplicação, que, segundo Ghiglione e Matalon (1993), apresenta vantagens, pois considera o tempo disponível e razões económicas, e por este método a pessoa tem a possibilidade de “ler todo o questionário antes de começar a responder, de voltar à questão à qual já havia respondido e corrigir a sua primeira reacção, de deixar uma questão embaraçosa temporariamente em branco e voltar mais tarde” (Ghiglione e Matalon, 1993, p. 183), por permitir controlar melhor a situação, ter maior simplicidade de análise e maior rapidez na recolha e análise dos dados.

3.4.Técnica de análise dos dados

3.4.1. Aplicação do formulário SUCEH₂₁

A amostra recolhida no CHLC foi de 114 utentes, cuja caracterização das variáveis sociodemográficas se encontra nas tabelas abaixo apresentadas.

Tabela 4.30 – Distribuição dos sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas, segundo a frequência absoluta e a frequência relativa

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
GÉNERO		
Masculino	71	62,30
Feminino	43	37,70
ESTADO CIVIL		
Solteiro	11	9,60
Casado	84	73,70
Divorciado	4	3,50
Viúvo	15	13,20
PROFISSÃO		
Reformado	69	60,50
Doméstica	1	0,90
Estudante	1	0,90
Outras	39	34,20
Desempregado	4	3,50
LOCAL DE INTERNAMENTO		
Cirurgia	43	37,70
Outros	71	62,30

Pela análise da tabela 4.30, verificamos que a Moda é ser do género masculino (62,30% para 37,70% de mulheres), ser casado (correspondendo a cerca de três quartos da amostra 73,70%, destacando os viúvos com 13,20% e os solteiros com 9,60% da amostra), e ser reformado (cerca de dois terços 60,50% e outras profissões com 34,20%). O local de internamento maioritário não ocorreu na cirurgia (62,30% para 37,70% de doentes cirúrgicos).

Tabela 4.31 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a residência, o centro de saúde de apoio e a necessidade de cuidados de enfermagem segundo a frequência absoluta e a frequência relativa

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
ÁREA DE RESIDÊNCIA		
Lisboa e Vale do Tejo	86	75,44
Alentejo	5	4,39
Península de Setúbal	10	8,77
Algarve	4	3,51
Beira Interior Sul	2	1,75
Outros	2	1,75
Região Oeste	5	4,39

CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Lisboa e Vale do Tejo	84	75,00
Alentejo	6	5,36
Península de Setúbal	11	9,82
Algarve	4	3,57
Beira Interior Sul	2	1,79
Região Oeste	5	4,46

CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS ALTA

Não	20	17,50
Tratamento	53	46,50
Injectáveis	17	14,90
Apoio domiciliário	9	7,90
Outros	15	13,20

Tal como seria previsível, tanto a área de residência como o centro de saúde de referência são de Lisboa (ambos com cerca de 75%), seguindo-se a península de Setúbal com cerca de 9%.

Pela análise da tabela 4.31, verificamos, ainda, que só 17,50% não necessitaram de cuidados de enfermagem após a alta. Dos restantes, que necessitaram, salientam-se os tratamentos com 46,50%, seguido da necessidade de administração de terapêutica injectável (com 14,90%).

Tabela 4.32 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a idade e as habilitações literárias, segundo a média e o desvio-padrão

Variável	Média	Desvio-padrão
Idade	60,69	12,40
Habilitações literárias	6,21	3,85

Analisando a tabela 4.32, concluímos que a idade média é cerca de 60 anos, com o 6.º ano de escolaridade em média. Pelo valor do desvio-padrão das variáveis, verificamos que existem grandes amplitudes de dispersão, levando-nos a concluir que a nossa amostra apresenta valores extremos em ambas as variáveis.

3.4.2. Aplicação do formulário SUCECS₂₆

A amostra recolhida nos centros de saúde é de 69 utentes, cuja caracterização das variáveis sociodemográficas passamos a apresentar.

Tabela 4.33 – Distribuição dos sujeitos de acordo com as variáveis sociodemográficas, segundo a frequência absoluta e relativa

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
GÉNERO		
Masculino	9	13,00
Feminino	60	87,00
ESTADO CIVIL		
Solteiro	12	17,40
Casado	42	60,90
Divorciado	5	7,20
Viúvo	10	14,50
PROFISSÃO		
Reformado	30	44,10
Doméstica	7	10,30
Estudante	3	4,40
Trabalhador de saúde	1	1,50
Outras	21	30,90
Desempregado	6	8,8
CENTRO DE SAUDE DE REFERÊNCIA		
Alameda	33	47,80
Penha de França	36	52,20

Na análise da tabela 4.33, verificamos que a Moda é o género feminino (87,00% para 13,00% de homens), ser casado (correspondendo a 60,90%, os solteiros, por sua vez só têm um peso percentual de 17,40%, 14,50% para os viúvos enquanto que os divorciados só representam 7,20% da nossa amostra) e ser reformado (com 44,10% para 47,10% de situações de empregabilidade).

Quanto ao centro de saúde de referência maioritária é o Centro de Saúde da Penha da França (52,20%), sendo que o Centro de Saúde da Alameda representa 47,80% de referência para os utentes.

Tabela 4.34 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a residência, o número de deslocações ao centro de saúde e os motivos de deslocação segundo a frequência e a percentagem

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
ÁREA DE RESIDÊNCIA		
Amadora	2	2,90
Lisboa	66	95,70
Odivelas	1	1,40
FREQUÊNCIA DAS DESLOCAÇÕES ANUAIS AO C. S.		
1 a 5 vezes	24	34,80
6 a 10 vezes	27	39,10

11 a 20 vezes	17	24,70
Mais de 20 vezes	1	1,40
TIPO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO C.S.		
Monoutilizador	34	50,00
Pluriutilizador	34	50,00

Tal como seria previsível, a área de residência é da Grande Lisboa sendo a esmagadora maioria de Lisboa (95,70%)

Pela tabela 4.34, vemos que, cerca de um terço da amostra vai ao centro de saúde 1 a 5 vezes por ano, valor ligeiramente mais elevado nos utentes que se deslocam 6 a 10 vezes anualmente (39,10%); contudo, cerca de 25% da nossa amostra deslocam-se mais de 10 vezes por ano, revelando-se utilizadores intensivos dos cuidados de enfermagem.

Quando se deslocam ao centro de saúde, metade da amostra só utiliza um serviço enquanto a outra metade consome vários tipos de utilização.

Tabela 4.35 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a idade e as habilitações literárias, segundo a média e o desvio-padrão

Variável	Média	Desvio-padrão
Idade	49,22	20,71
Habilitações literárias	8,71	4,60

Pela análise da tabela 4.35, concluímos que a idade média é cerca de 49 anos, com o 8.º ano de escolaridade em média. Pelo valor do desvio-padrão das variáveis, verificamos que há grandes amplitudes de dispersão, levando-nos a concluir que a nossa amostra apresenta valores extremos em ambas as variáveis.

Tabela 4.36 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de deslocação e os motivos de ida ao centro de saúde segundo a frequência e a percentagem

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
TIPO DE ACOMPANHAMENTO NA DESLOCAÇÃO AO C.S.		
Só	26	38,20
Com 1 familiar	31	45,60
Com 2 ou mais familiares	11	16,20
OUTROS MOTIVOS DE DESLOCAÇÃO AO C.S.		
Apoio domiciliário	1	2,55
Médico de família	36	92,25
Tratamento	1	2,55

Vacinação	1	2,55
-----------	---	------

Pela tabela 4.36, verificamos que só 38,20% vão sós, enquanto 61,80% se deslocam acompanhados, pelo menos, de um familiar, o que indicia a sua dependência.

Maioritariamente, os utentes apontam a ida ao centro de saúde para contactar com o seu médico de família (92,25%).

Passamos à apresentação dos resultados obtidos neste estudo.

3.5. Discussão dos resultados dos formulários SUCEH₂₁ e SUCECS₂₆

Procedemos à apresentação dos resultados obtidos neste estudo, após a descrição gráfica dos dados estatísticos devidamente confrontados com os objectivos formulados no sentido de fazer ressaltar resultados pertinentes.

3.5.1. Médias da escala de satisfação dos utentes em contexto hospitalar

Relativamente aos utentes do contexto de cuidados de saúde hospitalar, efectuámos uma média ponderada para obter valores que são directamente comparáveis, visto que as dimensões se baseiam num número variável de afirmações.

Tabela 4.37 – Valores médios e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde hospitalar

Variável	Média	Desvio-padrão
Eficácia na comunicação	7,74	1,52
Utilidade da informação	9,62	2,24
Qualidade no atendimento	13,14	2,00
Prontidão na assistência	5,24	0,95
Ambiente terapêutico	11,21	1,17
Continuidade de cuidados	2,39	1,20

Analisando a tabela 4.37, constatamos que o valor médio de satisfação oscila entre 2,39 (dimensão continuidade dos cuidados) e 13,14 (subescala qualidade no atendimento). Por sua vez, ao analisar o desvio-padrão, verificamos valores elevados de dispersão em todas as dimensões à excepção da subescala prontidão na assistência (aqui as respostas

parecem ser unânimes); este facto indicia a existência de utentes distribuídos em duas faixas: os pouco satisfeitos e os muito satisfeitos.

Visto que as dimensões se baseiam num número variável de afirmações, efectuámos uma média ponderada para obter valores que são directamente comparáveis, para os participantes do Hospital.

Tabela 4.38 – Valores de média ponderada e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem

Variável	Média	Desvio-padrão
Eficácia na comunicação	2,58	0,51
Utilidade da informação	1,92	0,45
Qualidade no atendimento	2,63	0,40
Prontidão na assistência	2,62	0,48
Ambiente terapêutico	2,80	0,29
Continuidade de cuidados	1,20	0,60

Pela análise da tabela 4.38, verifica-se que o valor de média de satisfação oscila entre um mínimo de 1,20 (dimensão continuidade dos cuidados) e o valor máximo de 2,80 (subescala ambiente terapêutico). Considerando o ponto intermédio de 1,50, observa-se que a dimensão continuidade de cuidados está em terreno negativo; a dimensão utilidade da informação também não apresenta valores muito elevados. Por sua vez, ambiente terapêutico, qualidade no atendimento e prontidão na assistência são dimensões com percepção positiva dos utentes.

3.5.2. Análise correlacional em contexto hospitalar

Para avaliar o objectivo de que existe relação entre as habilitações literárias dos utentes e a sua satisfação com os cuidados de enfermagem, efectuámos a correlação de Pearson (tabela 5.38).

Tabela 4.39 – Análise de correlações entre a escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital e as suas habilitações literárias

Variável	Habilitações Literárias
Eficácia na comunicação	-0,11
Utilidade da informação	-0,06

Qualidade no atendimento	-0,31***
Prontidão na assistência	-0,09
Ambiente terapêutico	-0,24**
Continuidade de cuidados	-0,22*

Notas: * nível de significância de $\leq 0,05$; ** nível de significância de $\leq 0,01$; *** nível de significância de $\leq 0,001$

Analisando a tabela 4.39, podemos concluir que existe uma associação parcial entre a satisfação e as habilitações literárias. Só encontramos correlações estatisticamente significativas com as dimensões qualidade no atendimento ($r=-0,31$; $p=0,001$), ambiente terapêutico ($r=-0,24$; $p=0,01$) e continuidade de cuidados ($r=-0,22$; $p=0,02$). Uma vez que todos os valores têm sinal negativo, concluímos que há uma relação inversa entre as duas variáveis, ou seja, à medida que aumenta a diferenciação académica dos participantes, a sua satisfação com os cuidados de enfermagem diminui.

3.5.3. Médias da escala de satisfação dos utentes em contexto de CSP

Relativamente aos utentes do contexto de CSP, efectuámos uma média ponderada para obter valores que são directamente comparáveis, visto que as dimensões se baseiam num número variável de afirmações.

Tabela 4.40 – Valores médios e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de CSP

Variável	Média	Desvio-padrão
Qualidade na assistência	24,94	3,44
Individualização da informação	16,42	2,43
Envolvimento do utente	7,77	1,52
Informação dos recursos	4,71	2,52
Formalização da informação	3,10	1,73
Elo de ligação	5,20	2,34

Pela tabela 4.40, verifica-se que o valor médio de satisfação oscila entre 3,10 (dimensão formalização da informação) e 24,94 (subescala qualidade na assistência). Os valores de desvio-padrão não são elevados nas subescalas qualidade na assistência e individualização da informação; contudo, nas dimensões envolvimento do utente, informação dos recursos, formalização da informação e elo de ligação, os valores indicam dispersão dos scores dos participantes.

Contudo, uma vez que as dimensões se baseiam num número variável de afirmações, efectuámos uma média ponderada para obter valores que são directamente comparáveis.

Tabela 4.41 – Valores de média ponderada e de desvio-padrão das dimensões da escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de CSP

Variável	Média	Desvio-padrão
Qualidade na assistência	2,77	0,38
Individualização da informação	2,74	0,41
Envolvimento do utente	2,59	0,51
Informação dos recursos	1,57	0,84
Formalização da informação	1,55	0,87
Elo de ligação	1,73	0,78

Pela tabela 4.41, observa-se que o valor de média de satisfação oscila entre um mínimo de 1.55 (formalização da informação) e o valor máximo de 2,77 (subescala qualidade na assistência). Considerando o ponto intermédio de 1,50, constatamos que as dimensões informação dos recursos, formalização da informação e elo de ligação estão no limite inferior, apresentando valores marginais de satisfação positiva. No que toca à qualidade na assistência, individualização da informação e envolvimento do utente, são dimensões pontuadas positivamente pelos nossos utentes.

3.5.4. Análise correlacional de satisfação dos utentes em contexto de CSP

Para avaliar o objectivo de que existe associação directa entre as habilitações literárias dos utentes e a melhoria da satisfação dos mesmos, efectuámos a correlação de Pearson (tabela 4.42).

Tabela 4.42 – Análise de correlações entre a escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde e as suas habilitações literárias

Variáveis	Habilitações Literárias
Qualidade na assistência	-. 32**
Individualização da informação	-. 25*
Envolvimento do utente	-. 32**
Informação dos recursos	-0,06
Formalização da informação	0,22
Elo de ligação	-0,09

Notas: * nível de significância de $\leq 0,05$; ** nível de significância de $\leq 0,01$.

Analisando a tabela 4.42, podemos concluir que existe uma associação parcial entre a satisfação e as habilitações literárias. Só encontramos correlações estatisticamente significativas com as dimensões qualidade na assistência ($r=-0,32$; $p=0,008$), individualização da informação ($r=-0,25$; $p=0,039$) e envolvimento do utente ($r=-0,32$; $p=0,007$). Uma vez que todos os valores têm sinal negativo, concluímos que há uma relação inversa entre as duas variáveis, ou seja, à medida que aumenta a diferenciação académica dos participantes, a sua satisfação com os cuidados de enfermagem diminui.

Para testar se existem diferenças na satisfação dos cuidados de enfermagem relativamente ao género utilizámos o teste *t* de *Student*.

Tabela 4.43 – Teste da diferença de médias do género segundo as dimensões das escalas em estudo

Variável	Género		t	p
	Masculino	Feminino		
	Média (dp)	Média (dp)		
Qualidade na assistência	26,88 (0,33)	24,65 (3,60)	4,68	0,000
Individualização da informação	17,55 (0,88)	16,25 (2,55)	1,51	Ns
Envolvimento do utente	8,11 (0,92)	7,71 (1,59)	1,06	Ns
Informação dos recursos	6,22 (1,39)	4,48 (2,58)	3,04	0,007
Formalização da informação	2,77 (1,39)	3,15 (1,78)	-0,60	Ns
Elo de ligação	6,33 (1,58)	5,03 (2,40)	1,57	Ns

Assim, e de acordo com a tabela 4.43, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas qualidade na assistência (média do género masculino = 26,88; desvio-padrão de 0,33; média do género feminino = 24,65; desvio-padrão de 3,60; $t=4,68$; $p=0,000$) e informação dos recursos (média do género masculino = 6,22; desvio-padrão de 1,39; média do género feminino = 4,48; desvio padrão de 2,58; $t=3,04$; $p=0,007$). Pelos valores médios, concluímos que os homens apresentam níveis mais elevados de satisfação.

Tabela 4.44 – Teste da diferença de médias das razões de ida ao centro de saúde segundo as dimensões das escalas em estudo

Variável	Razão de ida ao centro saúde		t	p
	Tratamento	Outros		
	Média (dp)	Média (dp)		
Qualidade na assistência	25,57 (2,15)	24,66 (3,86)	1,00	Ns
Individualização da informação	17,23 (1,33)	16,06 (2,72)	1,88	Ns
Envolvimento do utente	8,04 (1,43)	7,64 (1,56)	1,01	Ns
Informação dos recursos	3,95 (2,17)	5,04 (2,60)	-1,67	Ns
Formalização da informação	2,38 (1,59)	3,41 (1,71)	-2,35	0,021
Elo de ligação	4,71 (2,10)	5,41 (2,43)	-1,15	Ns

Pela tabela 4.44, vê-se que não há diferenças estatisticamente significativas, excepto na subescala formalização da informação (média dos que recorrem ao tratamento = 2,38; desvio-padrão de 1,59; média dos outros motivos = 3,41; desvio padrão de 1,71; $t = -2,35$; $p=0,021$) onde quem se desloca por outros motivos apresenta médias mais elevadas.

3.6. Resumo dos objectivos e síntese conclusiva

No quadro 4.6, apresentamos os resultados obtidos a partir dos objectivos analisados, procedendo-se a uma descrição sintética, de modo a realizar a sua leitura integrada facilitada pelo quadro.

Quadro 4.6 – Resumo dos objectivos do modelo de investigação

OBJECTIVOS	SÍNTESE
1 Identificar de que modo a mudança de paradigma de cuidar influencia a melhoria de satisfação dos utentes em contexto de cuidados de saúde hospitalares.	O ambiente terapêutico, a qualidade no atendimento e a prontidão na assistência são as dimensões mais valorizadas pelos utentes em contexto de cuidados hospitalares.
2 Identificar de que modo a mudança de paradigma de cuidar influencia a melhoria de satisfação dos utentes em contexto de cuidados de saúde primários.	A qualidade na assistência e a individualização da informação e o envolvimento do utente são dimensões valorizadas pelos utentes e contribuem para a sua satisfação em contexto de CSP.
3 Identificar de que modo o desenvolvimento das competências profissionais influencia a satisfação dos utentes.	Os formulários SUCEH ₂₁ e SUCECS ₂₆ permitem confirmar que as competências que mais contribuem para a satisfação dos utentes são: as competências relacionais-sociais (comunicacionais, atitudinais); competências genéricas (preocupação e solicitude em relação ao outro); <i>soft skills</i> (sentido de responsabilidade).
4 Caracterizar o aumento de habilitações dos enfermeiros e a sua influência na procura de satisfação dos utentes.	Existe relação entre as habilitações literárias dos enfermeiros e a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Da análise dos dados obtidos através dos formulários aplicados aos utentes, podemos concluir que, em contexto hospitalar, a satisfação destes com os cuidados de enfermagem encontra-se agrupada em três itens:

- **Qualidade no atendimento (13,14);**
- **Ambiente terapêutico (11,21);**
- **Prontidão na assistência (5,24).**

Os dados obtidos através dos questionários administrados aos utentes em contexto de CSP, sobre a satisfação dos mesmos em relação aos cuidados de enfermagem, e após a sua análise, agrupámo-los em três itens:

- **Qualidade na assistência (24,94);**
- **Individualização da informação (16,42);**
- **Envolvimento do utente (7,77).**

Da leitura comparada podemos induzir expectativas de maior passividade no primeiro caso e de maior capacidade crítica e participativa nos CSP. Pela análise da literatura previamente efectuada, podemos evidenciar que há aspectos comuns. Assim:

- A *qualidade no atendimento* inclui a forma de atendimento, a intimidade, a privacidade, a opinião e os problemas do utente;
- O *ambiente terapêutico* abrange a disponibilidade, a simpatia e a paciência dos profissionais;
- A *prontidão na assistência* engloba o apoio prestado e a prontidão de resposta;
- A *qualidade na assistência* refere-se ao atendimento, ao ambiente, ao conforto, às competências técnico-científicas, às atitudes, e à preocupação e solicitude em relação ao outro;
- A *individualização da informação* inclui a forma de explicar, a preocupação com a linguagem a utilizar e validar a informação transmitida;
- O *envolvimento do utente* implica ter em consideração a opinião deste, a disponibilidade dos enfermeiros e o conhecimento prévio da situação do utente;
- As *habilitações literárias do utente* têm implicações na análise que estes fazem dos cuidados prestados, pois cada vez mais o cliente (indivíduo e família) é mais esclarecido e tem percepção da sua situação de doença, o que pode ser um elemento de mudança que complexifica, de maneira crescente, o processo de cuidar.

Podemos referir que a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem relaciona-se com os comportamentos, atitudes e competências dos profissionais de enfermagem, nomeadamente as competências pessoais ou genéricas, salientando as relações pessoais e preocupação e solicitude em relação aos outros; as *soft skills*, sobretudo a capacidade de comunicação; as competências sociais, nomeadamente os comportamentos e atitudes (relacionais e comunicacionais).

Os aspectos das competências genéricas implicam o reconhecimento das capacidades que o profissional desenvolve ao longo da sua vida, e não só em

aprendizagem escolar; as competências fundamentais ou *soft skills*, essenciais para que o profissional seja capaz de fazer uma análise crítica do seu local de trabalho e também direccionadas para os aspectos relacionais e éticos da sua profissão; as competências sociais, já referidas por Aubrun e Orofiamma (1990), ligadas aos contextos sociais e profissionais, à relação interpessoal que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado. Nessa relação são valorizadas as atitudes e os comportamentos que o profissional apresenta, o que, na perspectiva de Hesbeen (2000), vai permitir desenvolver uma relação terapêutica e contribuir para o bem-estar da pessoa cuidada. Podemos dizer que a vertente interpessoal e a vertente ambiental, enquanto vertentes da qualidade (Donabedian, 2003), são primordiais para a satisfação do cliente e para o desenvolvimento do processo enquanto factor para a qualidade de assistência.

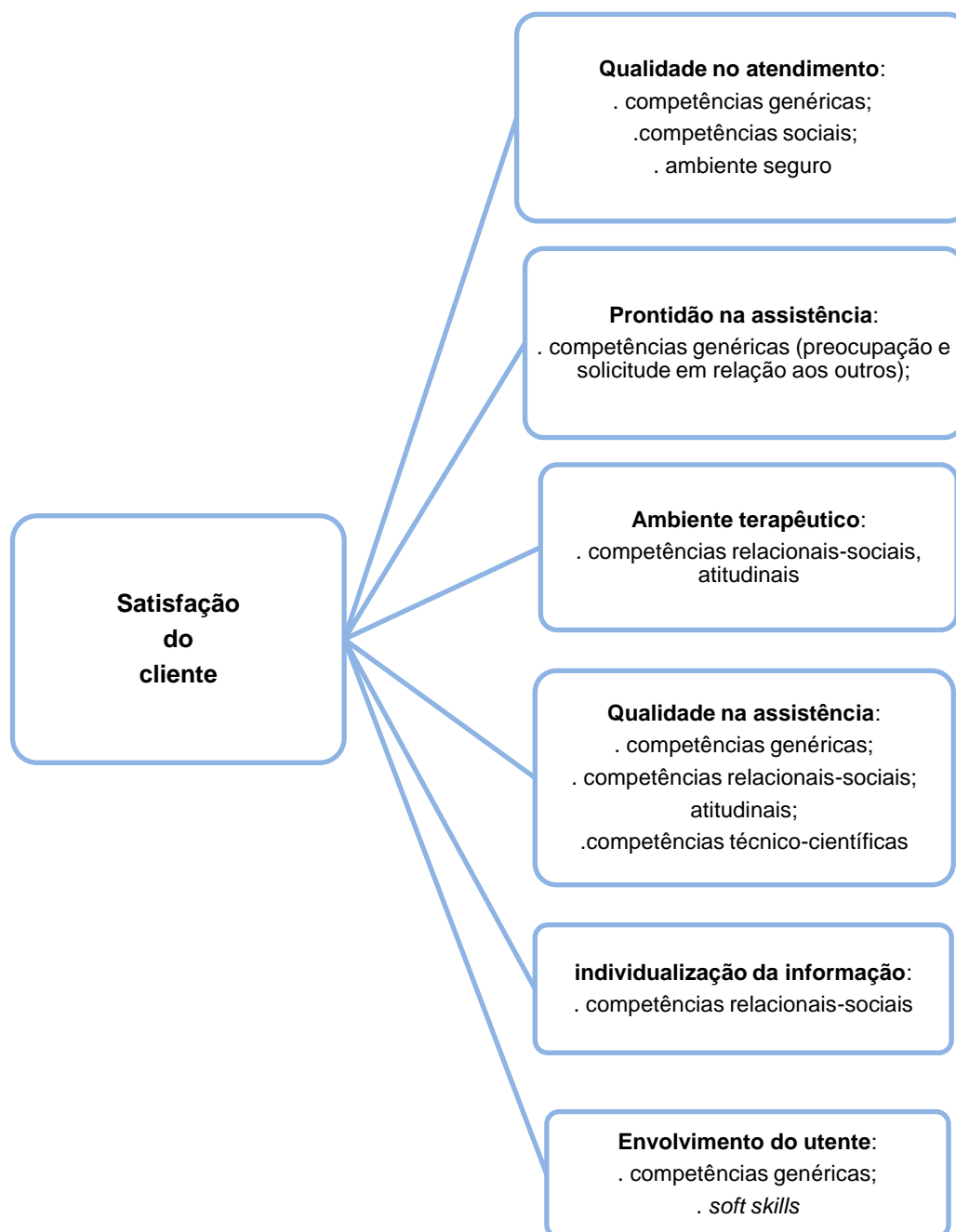
Parece existir, por parte dos utentes, uma consciencialização da acção do cuidar. Neste aspecto, o enfermeiro deveria reflectir na diferença entre o cuidar do corpo-objecto e do corpo-sujeito, como salienta Hesbeen (2000) e é valorizado pela referência à privacidade e intimidade do outro, ao serem prestados os cuidados.

Igualmente podemos dizer que o utente valoriza a importância que os enfermeiros atribuem à sua opinião sobre o seu estado de saúde. Os profissionais deveriam reconhecê-lo como um parceiro dos cuidados, que colabora e participa no tratamento, que valoriza a informação e a qualidade da comunicação. Esta última exige alguma simplicidade nos comportamentos e nos termos utilizados por parte do prestador de cuidados. A enfermagem enquanto arte implica que o profissional possua os conhecimentos técnicos-científicos em relação à saúde do cliente, seja capaz de ir ao encontro dele e que demonstre disponibilidade e capacidade de escuta, de uma forma autêntica.

Os dados obtidos através da administração dos dois inquéritos por questionário aplicados em contexto de cuidados hospitalares e CSP vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo realizado pelas enfermeiras do Quebeque (1996) em que foram identificadas as categorias: comunicação, aptidões e conhecimentos técnicos e, atitudes e comportamentos.

3.7. Modelo sugerido a partir do estudo efectuado

Figura 4.5 – Factores facilitadores da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem



De acordo com a figura 4.5, salientamos que os aspectos mais relevantes para a satisfação do cliente relacionam-se com a qualidade no atendimento, qualidade e prontidão na assistência, interligadas com as *competências genéricas*, nomeadamente com o espírito de iniciativa, sentido de organização, preocupação e solicitude em relação aos outros; ambiente terapêutico, individualização da informação e envolvimento do utente, inter-relacionadas com as *competências sociais*, designadamente a atitude e a relação; *soft skills*, sobretudo a capacidade de comunicação e abertura a novas ideias.

4. Estudo Complementar: Momento de Investigação 2

4.1. Protocolo do Momento de Investigação 2

O modelo explicativo anterior consolidou-se antes de passar, de novo, à metodologia qualitativa, como última etapa do nosso estudo de investigação.

No Estudo Complementar: Momento de Investigação 2 e para dar mais consistência à nossa investigação, recorreremos à metodologia qualitativa, procedendo à análise documental, em suporte informático, das reclamações dos utentes, num total de noventa e quatro (94), colhidas no Observatório Nacional do Gabinete do Utente, as quais se referem às organizações de saúde onde o estudo foi efectuado. Desta forma, temos como objectivo “representar de outro modo a informação obtida, por intermédio de procedimentos de transformação” (Bardin, 1995, p. 45).

A informação obtida foi colhida em Janeiro de 2009 e refere-se aos dados do ano 2008.

4.2. Análise da informação das reclamações dos utentes

Assim, passamos a explicitar as opções escolhidas.

Em primeiro lugar definimos o *corpus de análise*, ou seja, a totalidade das reclamações provenientes das opiniões dos utentes das organizações de saúde já referidas, identificando as unidades de registo/causas mencionadas pelos utentes.

De seguida apresentamos a informação em análise, adoptando um procedimento fechado (Ghiglione e Matalon, 1994), na medida em que as áreas temáticas foram pré-estabelecidas pela equipa adstrita à DGS aquando da implementação do programa SIM Cidadão. Desta forma, passamos a referir:

1. *Prestação de cuidados de saúde*, que diz respeito à forma como o cliente percebe as práticas de enfermagem;
2. *Competências relacionais e comportamentais*, que focam a relação estabelecida com os clientes;
3. *Infra-estruturas*;
4. *Actos administrativos*.

Assim, limitamos a nossa possibilidade técnica à análise temática, preestabelecida. Contudo, esta está associada a um quadro teórico, que a sustenta e ao qual se refere. A construção das categorias foi feita, *a posteriori*, de forma a evitar possível contaminação pelo estudo anterior.

Corpus de análise

Quadro 4.7 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias do conteúdo das reclamações dos utentes das organizações de saúde

Área temática	Categorias	Unidades de registo/causas*
A - Prestação de cuidados de saúde	A1 – Qualidade no atendimento	1.Má prática (7); 2.Negligência (18);
	A2 – Prontidão na assistência	1.Recusa de consulta de enfermagem por falta de processo clínico (3); 2.Tempo de espera (3)
B - Competências relacionais-comportamentais	B1 – Promoção da continuidade de cuidados	1.Falta de informação (utentes/familiares) (5); 2.Falta de informação sobre os serviços (1)
	B2 – Eficácia na comunicação	1. Desrespeito no trato interpessoal (3);
	B3 – Manutenção do ambiente terapêutico	1.Desrespeito pela privacidade (1); 2.Falta de cortesia (36)
C – Infra-estruturas	C1 – Recursos físicos	1.Desadequação do equipamento (1); 2.Escassez de equipamento (1); 3.Falta de higiene meio ambiente (2)
	C2 – Recursos humanos	Equipa disfuncional (3)
D - Actos administrativos	D1 – Qualidade no atendimento	1.Extravio de pertences (6); 2.Desorganização do serviço de admissão (1); 3.Desarticulação entre serviços (1)

*Mantivemos a terminologia (**causas**) por ser esta a designação do programa SIM Cidadão.

Pela análise da informação obtida, verifica-se que as reclamações incidem mais nas *competências relacionais/comportamentais*, logo seguidas da *prestação de cuidados de saúde*, das *infra-estruturas* e dos *actos administrativos*.

1. **Competências relacionais/comportamentais** – neste âmbito as reclamações distribuem-se em três níveis:

- **Promoção da continuidade de cuidados** – onde 5,3% referem “*falta de informação aos utentes/familiares*” e 1% referem que há “*falta de informação sobre os serviços*”;
- **Eficácia na comunicação** – 3,19% referem “*desrespeito no trato interpessoal*”;
- **Manutenção do ambiente terapêutico** – 39% referem “*falta de cortesia*” e 1,6% “*desrespeito pela privacidade*”.

2. **Prestação de cuidados** – os utentes reclamam da qualidade no atendimento, sendo que 7,44% se referem a uma “*má prática*” e 19,5% referem “*negligência*”.

Conclui-se daqui que, segundo indicam os números, uma percentagem significativa de utentes considera haver *negligência* na prestação de cuidados. Ora, não se tendo aprofundado o conceito de negligência para os utentes, será precipitado afirmar que os profissionais de enfermagem são tão negligentes como indicam os resultados, porque é dedutível que esta representação por parte dos utentes é sempre feita a “quente” e em momentos em que a resposta à necessidade/ansiedade é avaliada mais na perspectiva da emoção do que da razão. O mesmo se poderia arguir no que respeita ao que os utentes consideram como uma má prática.

Ainda neste âmbito, 6,4% dos utentes reclamam da prontidão na assistência, dos quais 3,2% se referem ao “*tempo de espera*” e igual número se queixa da “*recusa da consulta de enfermagem, por falta de processo clínico*”.

3. **Infra-estrutura** – Verifica-se nesta temática algum descontentamento em relação aos recursos disponíveis, nomeadamente:

- **Recursos físicos (materiais)** – 1,08% falam de “*desadequação do equipamento*”; 1,06% em “*escassez*” e 2,12% em falta de “*higiene do meio ambiente*”;
- **Recursos humanos** - 3,2% reclamam da “*funcionalidade da equipa*”.

4. **Actos administrativos** – relacionam-se, sobretudo, com o “*extravio de pertences*” e com questões relacionadas com a organização e funcionamento dos serviços, nomeadamente “*desorganização ...*” e “*desarticulação entre serviços*”.

4.3. Síntese conclusiva

Pela análise da informação adquirida no Observatório Nacional do Gabinete do Utente, podemos concluir que as reclamações dos utentes, no que respeita aos cuidados de enfermagem, se distribuem pelas seguintes áreas:

1. *Componente relacional* – verifica-se ainda que os utentes manifestam também descontentamento no que se refere a esta competência, constituindo este um aspecto fundamental do *processo* para a qualidade de cuidados, que se alicerça nas relações de comunicação estabelecidas entre os profissionais e os utentes/familiares. Esta competência é um aspecto relevante na prestação de cuidados, uma vez que faz a ponte entre o profissional e o utente, condicionando, desde logo, toda a relação e percepção subsequentes. Os aspectos afectivos estão na base da qualidade de um atendimento, visto que são as competências relacionais que permitem o estabelecimento de um atendimento eficaz e o desenvolvimento da confiança, que resultam directamente do grau de empatia estabelecida entre o profissional e o utente.

Embora os utentes possam estar satisfeitos com a competência técnica, ela não é suficientemente duradoura comparada com a existência de momentos significativos de contacto com os utentes e familiares. O processo de cuidar tem origem nos sentimentos e conhecimentos dos enfermeiros, impelindo-os para um desempenho adequado que contribua para a obtenção de resultados positivos com o cliente e família.

O apoio emocional e a cortesia associam-se à sensibilidade, ao carinho, à empatia e atitude positiva também perante a família. Reflectem-se na capacidade de estabelecer uma relação que atenua os medos e a ansiedade relativos ao estado de saúde.

2. *Prestações de cuidados* – as reclamações referem uma “*má prática*” e “*negligência*”. Acresce, ainda, que esta chamada negligência, ou seja, o défice da resposta esperada por parte do utente poderá ter como base três tipos de causas:

- Características individuais (atitude do profissional e baixo sentido de responsabilidade);
- Um défice dos recursos humanos afectados às situações;
- Saber pouco consolidado.

Porém, este aspecto também pode estar relacionado com a organização da prática de cuidados; um défice na *performance* dos profissionais de enfermagem não só conduz a um desperdício de energia e de custos, mas também a uma insatisfação, quer dos prestadores de cuidados, quer dos próprios utentes e familiares, bem como a um excessivo tempo de espera. Isto repercute-se na avaliação que o utente faz do serviço prestado e que pode interligar-se com as dimensões de *fiabilidade* e *capacidade de resposta*, enquanto dimensões de análise da qualidade esperada propostas pelo instrumento designado SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1991) e referido por Lopes e Barrosa (2008).

A qualidade dos cuidados técnicos envolve conhecimentos e experiência; fundamentalmente os utentes valorizam o apoio empenhado em actividades de vida diária e a execução dos procedimentos técnicos garantindo o conforto físico e psicológico.

3. *Infra-estruturas* - constituem ainda, um motivo de descontentamento dos utentes, quer digam respeito aos recursos físicos e materiais ou aos recursos humanos. Esta vertente é importante para a percepção da qualidade, na medida em que está relacionada com a *estrutura*, como o primeiro elemento para garantir a assistência, e igualmente importante para proporcionar a qualidade do atendimento. As instalações físicas, equipamentos e pessoal dizem respeito à *tangibilidade*, enquanto dimensão que contribui para a satisfação dos utentes, de acordo com o mesmo instrumento SERVQUAL.

As infra-estruturas, também designadas organização de estruturas, segundo a revisão de literatura, são relevantes para o sentido do cuidar, ou seja, a dotação de recursos humanos, a metodologia de trabalho e o trabalho em equipa evidenciam o interesse que é atribuído aos cuidados prestados. A adequação dos meios materiais implica um aprovisionamento apropriado que evite o desperdício de energias. De igual modo, a higiene e manutenção das instalações são condições necessárias para o acolhimento e procedimentos a realizar.

4. Por fim, os *actos administrativos* constituem igualmente uma causa de reclamação, mas, provavelmente, porque não estão delineados na esfera de competências do enfermeiro de forma perceptível para o utente, e, por isso, muitas vezes são imputados

aos profissionais de enfermagem os casos mencionados como falta de qualidade no atendimento.

Pela análise efectuada, podemos referir que são, sobretudo, as questões comportamentais que têm maior impacto na satisfação dos utentes, porque evocam preferencialmente a área das emoções e dos afectos, contrariamente aos conhecimentos científicos, que são mais da área cognitiva e que eles só terão capacidade de avaliar pela qualidade dos resultados.

PARTE III - RESULTADOS

“Não existe investigador capaz de influenciar duradoura e profundamente as práticas sociais que não se imponha um incessante trabalho de formação teórica”.

Quivy e Campenhoudt

CAPÍTULO 5

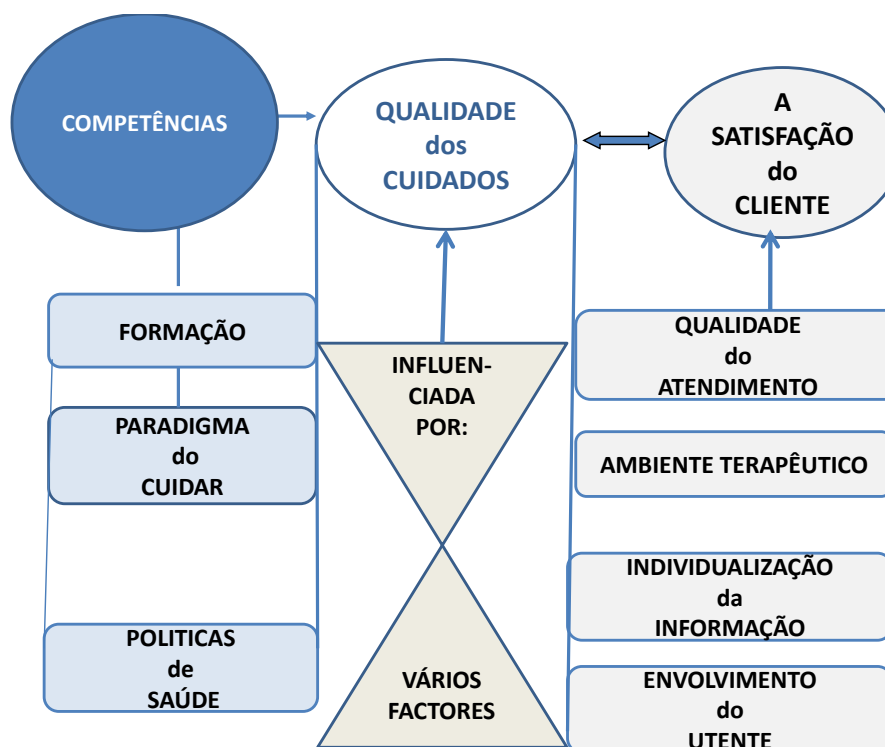
1. Resultados Globais

Este trabalho de investigação pretende responder aos objectivos inicialmente propostos.

Os resultados obtidos estão estruturados segundo uma parte analítica e uma parte interpretativa, pois consideramos que estes são complementares e permitem uma melhor compreensão do trabalho.

A análise do modelo sugerido no Estudo Nuclear, Momento de Investigação 2, figuras 4.2 e 4.3, e os resultados obtidos no Estudo Complementar, Momento de Investigação 1, figura 4.5, permitem-nos a construção de outro novo modelo das relações, que apresentamos na figura 5.1.

Figura 5.1 – Modelo final dos factores facilitadores da qualidade dos cuidados e da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem



A nossa pesquisa orienta para o modelo sintetizado na figura 5.1 e que está ancorado na revisão da literatura (Le Boterf, 1995; Perenoud, 2001; Pires, 1994; Aubrun e Orofiamma, 1990; Donabedian, 2003; Hesbeen, 2001; Imperatori, 1999; Lopes e Barrosa, 2008), entre outros autores. A qualidade dos cuidados é influenciada pela formação, a qual exerce uma acção no paradigma do cuidar, contribuindo para a satisfação do cliente, tendo como factor mediador o desenvolvimento de competências, sobretudo do âmbito relacional e social.

Nesse sentido surge a necessidade de comparar as representações de “qualidade dos cuidados” na perspectiva dos enfermeiros e na perspectiva do utente, destacando-se dois grupos de factores emergentes, que denominamos por **factores facilitadores da qualidade dos cuidados** e **factores facilitadores da satisfação do cliente**. Porém, é comum aos resultados apresentados o factor **competências**, nomeadamente as competências relacionais e sociais que emergem como um elemento mediador da formação e da qualidade dos cuidados.

O primeiro grupo, **factores facilitadores da qualidade de cuidados**, conforme a figura 4.2, é composto pela **formação (inicial, pós-graduada e contínua)**, pelo **paradigma do cuidar** e pelas **políticas de saúde**. Cada um destes factores apresenta uma associação directa com o factor **qualidade dos cuidados**, a qual integra, em conjunto com o factor **satisfação do cliente**, o segundo grupo de factores deste modelo. Os factores facilitadores da satisfação do cliente não influenciam directamente a qualidade dos cuidados, mas contribuem para a satisfação deste, o que se repercute, de forma indirecta, na qualidade dos mesmos. Embora a teoria da qualidade pareça indicar que a satisfação está contida nos parâmetros da qualidade, o modelo separa os dois conceitos, talvez porque, devido à assimetria de informação, o cliente e os interessados em geral acabam por ter alguma lógica na sua distinção.

O segundo grupo, **facilitadores da satisfação do cliente**, de acordo com a figura 4.5, é composto pela **qualidade do atendimento e prontidão na assistência**, pelo **ambiente terapêutico**, pela **individualização da informação** e pelo **envolvimento do utente**. Este grupo não apresenta uma relação directa com a qualidade dos cuidados, mas contribui para a satisfação do cliente, o que influencia, de forma indirecta, a qualidade dos cuidados.

Podemos dizer que os aspectos supramencionados, de acordo com o instrumento SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml e Berryll, 1991), fazem emergir as seguintes

categorias: o atendimento (empatia), a informação clara (fiabilidade), a confiança (segurança), que só por si representam 63,2% da satisfação dos clientes. Assim, a avaliação da satisfação ou insatisfação do cliente deveria ser efectuada periodicamente, porque, na perspectiva de Lopes e Barrosa (2008), “sem a pressão da voz do cliente, ou do cidadão, no caso das organizações públicas, a cultura da qualidade não poderá emergir como motor da modernização organizacional” (Lopes e Barrosa, 2008, p.170).

Por último, procuramos identificar as possíveis diferenças que os enfermeiros e os clientes têm da qualidade dos cuidados.

Desta forma, o modelo a que chegámos é constituído pelos factores já referidos, sendo que, com excepção do 2.º ciclo de formação, todos os restantes estão presentes no modelo final, apresentando lógicas relacionais diferentes.

Assim, passamos a referir-nos à relação encontrada entre os factores que constituem o **primeiro grupo**.

1. A Formação – Paradigma do Cuidar

Não há dúvida de que a formação inicial influencia o *Paradigma do Cuidar*. Considera-se que esta tem acompanhado a prática dos cuidados, contribuindo para a qualidade dos mesmos, não só pelas alterações curriculares que se têm observado nos últimos anos, com reflexos a nível do *corpus* de conhecimentos científicos, mas também pelas recentes modalidades de acompanhamento em EC, o que permite uma aprendizagem o mais aproximada possível das situações reais de trabalho.

É claramente notório que a formação inicial, a nível de competências técnico-científicas tem feito um esforço de actualização dos conhecimentos, mas torna-se evidente que a nível do desenvolvimento das competências relacionais e sociais verifica-se um hiato.

Confirma-se também que, para realizar-se uma mudança para o paradigma holístico, não basta que este seja introduzido nos *curricula* escolares, mas é imprescindível que a formação promova o desenvolvimento das competências sociais ou de terceira dimensão, como referiram Aubrun e Orofiamma (1990).

A formação em contexto de EC com a supervisão de um(a) enfermeiro(a) orientador(a), permite estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática. Como sugere Benner (2001), os estudantes ou os profissionais recém-licenciados “devem partir de modelos, de teorias que lhes permitam aprender com toda a segurança” (Benner, 2001, p.

209). O EC é o momento em que o estudante pode complementar os conhecimentos teóricos e simultaneamente descobrir o que significa prestar atenção ao outro, de forma a melhor contribuir para o seu bem-estar e para a promoção da sua saúde.

A triangulação que o estudante faz entre o docente e o enfermeiro orientador deve facilitar a reflexão sobre a realidade das situações de vida. De acordo com Honoré (1990), “agir em formação, questionando uma prática, abre um campo de intercompreensão e de comunicação sobre esta prática” (Honoré, 1990, p. 172).

Este processo de aprendizagem implica uma articulação entre os conhecimentos novos e os conhecimentos já adquiridos, o que pode tornar-se mais significativo para o estudante, que pode pôr em prática os novos significados da aprendizagem, sendo que estes são, por sua vez, o resultado duma aprendizagem significativa (Ausubel, 1980).

Assim, parece-nos que é mais fácil a compreensão do *cuidar* e dos *cuidados*. Entendemos por “cuidar” a adequação do protocolo às necessidades e características de determinado utente, e por “cuidados” um conjunto de técnicas, procedimentos e atitudes dispensados ao utente de acordo com o que está protocolado. Nesta perspectiva, o estudante pode vir a perceber que o cuidar implica uma visão holística, em que cada pessoa tem as suas particularidades, e, desta forma, pode fundamentar-se nos seus conhecimentos científicos para prestar cuidados de uma forma única.

O paradigma holístico, que se procura desenvolver nos *curricula* escolares, parece só agora começar a ter reflexos na prática de enfermagem. Pensamos que promover o cuidar, nos momentos de aprendizagem, implica um processo de troca constante, entre quem forma, quem aprende a cuidar e o receptor dos cuidados, ou seja, é uma relação que implica uma descoberta, onde dia a dia se desenvolve a capacidade de cuidar e onde cuidando/ensinando/pesquisando se vão desenvolvendo as competências de forma biunívoca. É um percurso que implica que o professor também repense as suas práticas; tal como refere Paulo Freire (1997), “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática” (Freire, 1997, p. 44-45).

2. Paradigma do Cuidar - Qualidade dos cuidados

Face ao exposto, o *Paradigma do Cuidar* repercute-se na qualidade dos cuidados prestados.

A prática de enfermagem conduz a uma reflexão sobre a evolução da profissão, nomeadamente de quem cuida, do seu envolvimento na profissão, da sua formação e da evolução da concepção dos cuidados e da saúde.

Temos vindo a assistir a uma prática de enfermagem, progressivamente, mais centrada na pessoa, procurando, gradualmente, desligar-se do modelo biomédico.

Desta forma, procura-se compreender a pessoa de uma forma global, otimizar a relação entre quem cuida e quem é cuidado com vista a promover a saúde e a ajudá-la no seu percurso de vida, prevenindo as complicações, contribuindo para o bem-estar e auto-cuidado.

A pessoa que recebe os cuidados, enquanto agente da sua própria saúde, é um factor fundamental para a qualidade dos cuidados. Neste sentido, a família e/ou as pessoas significativas do cliente devem ser envolvidas desde o início no processo de cuidar, apesar da assimetria de informação.

É também com a perspectiva dos cidadãos, utilizadores e clientes finais, que se poderá concretizar a qualidade dos cuidados de saúde.

A qualidade dos cuidados, tal como a revisão de literatura demonstrou, é difícil de definir, sendo cada vez mais difícil acrescentar algo diferente a tudo o que já foi dito. A saúde, para além dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos, tem especificidades únicas e dificilmente parametrizáveis, nomeadamente a dimensão relacional, o espírito de cuidar e o clima humano têm de estar presentes; cuidar da pessoa implica disponibilidade e entrega, implica noção de “serviço” prestado à comunidade.

Para este percurso da qualidade e para esta visão do Paradigma do Cuidar, é, de facto, essencial o papel desempenhado pelo enfermeiro-chefe. A função que desempenha no seio da equipa como elemento de referência, preocupado em promover um ambiente humanizado e em desenvolver as estruturas, deveria ter também como objectivo garantir a prestação de cuidados de qualidade.

3. A formação – Qualidade dos cuidados

Da influência da *Formação na Qualidade dos cuidados* verifica-se que a formação inicial tem um papel primordial no desempenho dos profissionais de enfermagem, embora apresente as lacunas já explicitadas e que a literatura refere com alguma frequência, a existência de desfasamentos entre a teoria e a prática.

No entanto, observa-se que a formação em serviço permite um desenvolvimento pessoal, um aprofundar de conhecimentos e, ainda, uma reflexão sobre as práticas. A nível de pós-graduações e especialidades verifica-se que há um aperfeiçoamento das competências técnico-científicas e relacionais-sociais, o que facilita uma análise reflexiva das práticas e melhora a relação com o cliente, contribuindo, assim, para a satisfação individual. Porém, o seu reflexo na prática não é tão visível, na medida em que a organização não valoriza a formação efectuada, pelo que, desta forma, apenas traz enriquecimento individual. A prestação de cuidados tem subjacente a qualidade dos mesmos, cujo processo, para além da formação, implica uma reflexão e análise crítica de cada profissional, não só das suas práticas, de forma a melhorá-las reforçando os aspectos positivos e eliminando os menos positivos, como também dos recursos que cada contexto proporciona. Se pretendemos melhorar as competências pessoais, relacionais e sociais dos profissionais, a reflexão sobre a prática é, sem dúvida, um dos caminhos a seguir. Isto implica exercer uma actividade psíquica, tomando a prática em contexto real como um objecto de observação e de reflexão.

Torna-se, assim, imprescindível que o docente, em contexto de sala de aula, seja capaz de utilizar as suas estratégias de comunicação de forma a estimular o pensamento reflexivo dos estudantes e contribuir para uma aprendizagem que não se limite à simples transmissão de conhecimentos, mas que proporcione momentos de diálogo e de partilha, de modo a dar significado aos conteúdos. O conhecimento construído, adquirido através da reflexão, é a mais significativa forma de disciplinar o conhecimento.

4. Políticas de saúde

Da análise obtida verificamos que a *Qualidade dos Cuidados* e as *Políticas de Saúde* influenciam-se reciprocamente, embora estas desempenhem uma acção essencial na *organização das estruturas*, o que contribui para a qualidade dos cuidados, pelo que passamos a explicar:

A influência encontrada entre as políticas de saúde e a qualidade dos cuidados pode indiciar que estas se constituem como um factor relevante ao contribuírem para a promoção de estratégias que visam a prossecução da qualidade de cuidados.

Também o “modelo de gestão” utilizado influencia a qualidade dos cuidados. Encontramos modelos de organização e administração que conflituam com o cuidador profissional, devido a uma visão unilateral do sistema tradicional de saúde (doença-cura), no qual os valores de “cuidar” tendem a ser asfixiados. Na verdade, os princípios humanistas,

que visam a saúde dos cidadãos e o bem-estar, devem predominar, sobrepondo-se à visão exclusivamente centrada na eficiência dos processos.

O resultado final da alteração das políticas e das estruturas poderá, efectivamente, estar na base da qualidade dos cuidados pela organização e modelos que daí advém. Como referem Sale (1998) e Donabedian (2003), a organização da estrutura é primordial para proporcionar a qualidade dos cuidados de saúde, sendo que esta resulta de uma interligação entre a tríade referida por Donabedian (2003); estrutura, processos e resultados, que estão intimamente relacionados e mantêm uma relação de causa efeito à qual é necessário estar atento, logo, sem estruturas adequadas, a qualidade estará sempre comprometida por melhores que sejam os processos.

Mercê dos mercados, da tipologia do cliente (mais informado e exigente) e dos progressos científicos, o conceito de saúde tem vindo também a sofrer alterações ao nível dos indicadores de qualidade. Esta situação tem vindo a provocar directamente mudanças e reorganizações, quer a nível das políticas de saúde, quer a nível das estruturas organizacionais; parece existir uma maior preocupação com a promoção de saúde das populações, o que implica um maior esclarecimento e envolvimento dos cidadãos. Por outro lado, o aspecto político está associado ao aspecto económico, que conduz a uma racionalização dos custos desnecessários, podendo haver um maior investimento em novos equipamentos e instalações.

No que concerne às políticas de saúde, observa-se que estas têm dispensado uma maior atenção à qualidade e incidem, nomeadamente nos seguintes aspectos:

- Melhoria das infra-estruturas, nas quais os cuidados são prestados (Donabedian, 2003);
- Desenvolvimento de protocolos de actuação, em enfermagem, que possibilitam: uma descrição, com terminologia científica dos cuidados que prestam aos clientes; estabelecer o que é necessário para conseguir prestar esse cuidado; e qual o resultado esperado;
- Maior dotação de recursos materiais, o que permite controlar os custos desnecessários através de uma utilização eficaz e eficiente, e um desenvolvimento em tecnologia;
- Maior preocupação com a gestão de recursos humanos.

Por outro lado, ao nível das estruturas, verifica-se também que as organizações têm manifestado um interesse, cada vez maior, no desenvolvimento de uma cultura da qualidade de serviços.

Relativamente à afinidade existente entre os factores que constituem o **segundo grupo**, passamos a comentar:

1. Qualidade do atendimento – satisfação do cliente

A procura da perspectiva sobre a explicação da satisfação do cliente em relação aos cuidados de enfermagem não tem sido tarefa fácil, pois os factores que a determinam não são iguais para todas as situações. Embora pareça não existir consenso sobre a influência da satisfação do cliente na avaliação da qualidade dos cuidados, sabemos que há uma relação entre estes dois factores, dado que a satisfação é uma dimensão da qualidade, como afirma Imperatori (1999).

Na avaliação da qualidade dos cuidados, a satisfação do cliente é um contributo essencial e pode constituir um factor relevante na avaliação da qualidade dos cuidados, pois não só fornece a informação válida sobre os cuidados que recebem, mas permite, ainda, que estes participem activamente na equipa de saúde. De acordo com Imperatori (1999), a qualidade dos cuidados contempla três componentes inter-relacionais:

1. Os cuidados técnicos, que respeitam à aplicação dos conhecimentos técnico-científicos;
2. Os aspectos interpessoais dos cuidados, que envolvem a interacção entre os aspectos relacionais e sociais do profissional com o cliente;
3. A organização de cuidados, que abrange a acessibilidade, o tempo de espera, a simpatia e a eficiência.

Torna-se assim evidente que há dois tipos de necessidades:

1. A nível dos profissionais - a importância de investir em mais competências relacionais e numa mudança de atitudes e comportamentos;
2. A nível das organizações - a importância de focalizar mais os seus interesses na qualidade da relação com o cliente, enquanto critério da qualidade.

De acordo com o autor supracitado, a qualidade dos cuidados deve, também, especificar os níveis de desempenho considerados como aceitáveis: tarefas dos profissionais, que abrangem a qualidade dos cuidados técnicos; gestão de recursos, que diz respeito à eficiência dos cuidados prestados; gestão de riscos, que se relaciona com os riscos de danos ou doenças associados com os cuidados prestados; e, por fim, a satisfação do cliente, que se articula com anteriores experiências de prestação de cuidados.

Pelo supracitado, podemos dizer que existe uma relação de natureza muito especial entre a qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação dos utentes. Esta reflecte-se na qualidade de cuidados, visto que os utentes valorizam, sobretudo, o desempenho das competências dos profissionais a nível do saber-ser. Ainda segundo Stanhope e Lancaster (1999), a satisfação pode medir as intervenções dos cuidados relativas às atitudes, sobre os cuidados recebidos, os prestadores de cuidados e percepções da situação (ambiente) na qual foram recebidos os cuidados.

Podemos verificar, pela análise apresentada, dependendo da perspectiva do enfermeiro ou do cliente, que existem algumas especificidades sobre a qualidade dos cuidados e alguns pontos de convergência.

Desta forma, os profissionais de enfermagem têm uma opinião positiva em relação à qualidade dos cuidados, referindo uma tendência para inverter o paradigma, no sentido de prestar mais atenção ao utente, numa perspectiva global. Tende-se assim para uma maior preocupação não só com a promoção da saúde e autocuidado, mas também no sentido de englobar a família no processo de cuidar. Na verdade reconhecem que a formação inicial tem pugnado pelo desenvolvimento técnico-científico, indispensável ao saber e ao saber-fazer, sendo que nos últimos anos existe uma maior aproximação à prática dos cuidados, resultante das recentes modalidades de EC. Porém, mencionam que a formação inicial tem desenvolvido um menor investimento no desenvolvimento das competências relacionais e sociais (nas áreas do saber-ser), donde resultará que os jovens profissionais atribuam pouca importância à vertente humana. Segundo a perspectiva de Watson (2002), podemos descrever a enfermagem como uma ciência humana em que os cuidados prestados decorrem numa articulação com os cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos.

Assinalam como factores promotores da qualidade dos cuidados as recentes políticas de saúde, que têm possibilitado algumas alterações a nível do próprio sistema de saúde.

O cliente é com frequência mais crítico acerca dos componentes do cuidar e reconhece como requisitos para a satisfação dos cuidados os aspectos interpessoais e situacionais, bem como a organização dos cuidados. Como já referimos no desenho final, figura 5.1, a satisfação do cliente está relacionada com a qualidade dos cuidados; contudo, se é verdade que a sua existência não garante, obrigatoriamente, a qualidade técnico-científica, é igualmente verdade que a sua inexistência está associada a uma diminuição de qualidade, influenciando directamente a adesão do cliente ao tratamento.

Pelos dados obtidos, podemos dizer que a existência de satisfação não significa, necessariamente, que haja qualidade ou bons resultados. No entanto, a ausência de satisfação colide com a percepção de qualidade de cuidados por parte do utente, uma vez que, como referido antes, este não reconhece nem sabe avaliar a qualidade técnica.

2. Ambiente terapêutico – satisfação do cliente

Consideramos que a satisfação do cliente também é influenciada pelo ambiente terapêutico; o cuidar vai para além da ciência e da técnica, implica fomentar um ambiente favorável ao desenvolvimento de uma relação que facilite a cura, é estar com o utente. Este espera ser também confortavelmente acomodado, espera ainda um sorriso, um toque, são “pequenas coisas”, parafraseando Hesbeen (2000), que o fazem sentir-se reconfortado. Assim, os cuidados centrados no utente caracterizam-se pela sua individualização, respeitando a intimidade, bem como as preferências e valores de cada um, envolvendo-o nas decisões, garantindo e protegendo a privacidade, o que contribui para favorecer a sua recuperação. Esta relação compreende o desenvolvimento das competências ao nível do saber-ser, que devem ser desenvolvidas ou aperfeiçoadas na formação inicial, devendo continuar a sê-lo, pela sua complexidade, nos cursos de mestrado e doutoramento.

A formação contínua dos profissionais é uma mais-valia, não só para o exercício da prática profissional, como também para a prática dos EC, visto que o enfermeiro orientador é elemento primordial para o desenvolvimento do saber profissional do estudante. Se a sua aprendizagem se desenvolve por observação e imitação do modelo, é importante que os orientadores de estágio estejam habituados à lógica do cuidar e possuam um perfil que lhes permita corresponder às expectativas dos estudantes, enriquecê-los e orientá-los.

3. Individualização da informação – satisfação do cliente

A individualização da informação está relacionada com o saber-ser, o que envolve um conjunto de competências transversais à formação da personalidade e ao processo

formativo, quer à formação inicial, quer à formação especializada. Mais uma vez o processo de socialização e de afectividade são condições essenciais para o desenvolvimento das competências relacionais-sociais. Quem recebe os cuidados é um agente activo da sua própria saúde, logo, é um factor imprescindível para a qualidade dos cuidados praticados, visto que esta estabelece uma relação entre o cliente e o prestador de cuidados. Não se pode pedir a participação da pessoa/família se não houver um conhecimento prévio da situação e uma percepção em relação ao seu projecto de vida.

4. Envolvimento do utente – satisfação do cliente

Sendo o utente a pessoa mais interessada no seu processo de recuperação, sem dúvida que deve ser envolvido desde o início. O cuidado profissional deve ser exigido para valorizar a capacidade do indivíduo para o autocuidado e para o comportamento na manutenção da saúde. Neste sentido, os cuidados de enfermagem dependem da capacidade do indivíduo, pelo que o seu desenvolvimento pode ir desde a educação para a saúde à ajuda na melhoria do autocuidado. Isto implica uma atenção do profissional de enfermagem para as questões da promoção da saúde e do autocuidado, para a capacidade que o utente possui para tratar da sua própria reabilitação, para a sua capacidade de decisão/escolha e ainda para a participação da família como parceira deste processo.

O resultado da interacção enfermeiro-utente depende da capacidade do enfermeiro em envolver o utente no processo de decisão, pelo que este pode, de forma educada e directa, encorajar a participação do utente na resolução de problemas.

A literatura confirma que o tratamento do utente como indivíduo único e a sua participação activa na resolução de problemas estão associados a uma maior satisfação do cliente, o que constitui um factor que contribui para a componente *resultados* (Donabedian, 2003), enquanto indicador da qualidade da assistência em saúde.

2. Considerações Finais

Foi nosso objectivo para elaborar este estudo perceber a relação entre a formação escolar, a emergência das competências profissionais e a qualidade dos cuidados percebida pelos utentes.

O nosso percurso investigativo possibilita uma reflexão e contribui para aprofundar a problemática do nosso estudo.

O quadro conceptual tornou possível o planeamento do estudo e proporcionou as linhas gerais para a sua realização. O nosso percurso heurístico permitiu-nos encontrar factores que reforçam a pertinência da nossa questão de investigação e, simultaneamente, fazem surgir novas questões sobre esta problemática.

Podemos concluir que os estudos realizados, de natureza qualitativa e quantitativa, permitem-nos a identificação de um conjunto de variáveis que influenciam, directa e indirectamente, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes, envolvidos na nossa amostra.

Neste estudo empírico verificámos que, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, são valorizados três (3) factores facilitadores da qualidade dos cuidados, que estão relacionados com a formação e com o contexto organizacional: *formação, paradigma do cuidar e políticas de saúde*. Já na perspectiva do cliente, são identificados os factores facilitadores da satisfação, que dizem respeito a: *qualidade no atendimento e prontidão na assistência, ambiente terapêutico, individualização da informação e envolvimento do utente*.

Ao longo do trabalho, apresentamos sínteses conclusivas dos diferentes momentos de investigação que as sucessivas etapas permitem fazer sobre a *importância da formação para a qualidade dos cuidados e a satisfação do cliente* em relação à qualidade dos cuidados.

Desta forma, e para evitar repetições, limitamo-nos a tecer as considerações gerais que sintetizam os principais aspectos a que nos propusemos inicialmente.

Para facilitar a leitura e a compreensão do estudo, apresentamos as conclusões deste trabalho por tópicos. Precedemos ainda a uma reflexão com a perspectiva dos autores referidos no quadro teórico.

▪ **Formação inicial**

Concluimos que o 1.º ciclo de formação tem acompanhado a evolução da prática dos cuidados, preocupando-se com a adequação dos *curricula* escolares e com a formação do corpo docente. As alterações introduzidas ao modelo de orientação de EC permitem uma maior aproximação à prática do exercício profissional, pois os contextos de aprendizagem e a relação existente na díade enfermeiro orientador-estudante facilitam uma relação que se constitui como um contexto crítico para o desenvolvimento do estudante, através do seu processo de socialização, que lhe possibilita a observação, o desenvolvimento da prática e da reflexão.

Contudo, são observadas algumas lacunas neste nível da formação, nomeadamente: a nível das competências e da disponibilidade dos docentes para a orientação dos estudantes em EC, pelo que se sugere que haja uma presença mais assídua; algum desajuste dos conteúdos teóricos; dificuldade na pragmatização do conhecimento explícito, o que implica um maior empenho dos enfermeiros orientadores no EC, nem sempre com resultados favoráveis; e, ainda, um período de EC insuficiente, não permitindo a aprendizagem e a compreensão do que é a enfermagem enquanto ciência humana.

Por outro lado, verificamos que este nível de formação tem desenvolvido um investimento insuficiente das competências relacionais e sociais (nas áreas do saber-ser), que são intrínsecas ao processo de socialização profissional, vertente a que os jovens profissionais parecem atribuir pouca importância.

Observamos que a formação a nível de pós-graduações e especialidades não tem grande reflexo na prática de cuidados, o que é motivo de insatisfação para os profissionais de enfermagem mas reconhece-se que possibilita um desenvolvimento de competências e da capacidade reflexiva das práticas; no entanto, esta formação não se espelha na prática de cuidados, por razões atribuíveis não só à formação, mas também às organizações e aos estilos de liderança.

Podemos dizer que os conhecimentos transmitidos pela formação o são numa linguagem formal e sistemática, que permite ao estudante o saber, ou seja, entender e compreender determinados factos, mas não promove novas formas de agir. É este processo de conversão do conhecimento explícito em tácito, “aprendendo fazendo”, que vai permitir ao profissional desenvolver a integração do conhecimento (Le Boterf, 1995) ou o processo de incorporação, designado por Nonaka e Takeuchi (1998), logo, os resultados não podem

ser apenas da responsabilidade da formação, mas também dos contextos formativos, na medida em que é um trabalho de parceria. Na perspectiva de Bourdieu, retomada por Dubar (1997), a incorporação do *habitus* de classe, como produto de socialização profissional, é geradora das práticas, logo, tende a reproduzir as estruturas das quais é produto.

- **Desenvolvimento de competências**

Sendo as competências relacionais e sociais de grande complexidade e difíceis de formalizar, a revisão de literatura evidencia que, para além dos programas curriculares e do trabalho desenvolvido pelos professores, é no decorrer do EC que o estudante consolida os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas (Carvalho, 2005). É ainda durante este período que tem oportunidade de desenvolver e aplicar os conhecimentos técnicos e científicos, o que implica a associação de atitudes, normas e valores à sua conduta.

Desta forma, podemos dizer que o estudo das “competências de terceira dimensão” (Aubrun e Orofiamma, 1990) sugere que estas devem ser analisadas à luz do *habitus* (Bourdieu, 1997) e do processo de socialização profissional (Dubar, 1997).

A complexidade dos resultados obtidos sugere-nos reforçar que o contexto de trabalho é promotor do desenvolvimento das competências. Na perspectiva de Vygotsky (1978), o ser humano desenvolve-se pela interação social, quando o desenvolvimento cognitivo mantém uma estreita relação com a aprendizagem. Para este autor, a aprendizagem, quando significativa, estimula e desencadeia o avanço para um nível de maior complexidade que serve de base para novas aprendizagens. Assim, a aprendizagem contextualizada é mediatizada por um indivíduo mais experiente, que em situação de EC compete ao enfermeiro orientador. Desta forma, a emergência das competências pode constituir-se como um factor mediador entre a formação e os cuidados prestados, na medida em que as dimensões relacionais (comunicação, informação, apoio emocional, cortesia, disponibilidade) são valorizadas pelo cliente e é o modo como este define a qualidade dos cuidados.

Este aspecto evidencia o papel dos contextos de aprendizagem no processo ensino-aprendizagem, na medida em que tem grande influência sobre o sujeito que aprende, promovendo mudanças nos domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal, podendo ocorrer tanto para responder a necessidades correntes de trabalho como para desenvolver competências relevantes para actividades futuras. Pode considerar-se como uma variável responsável pelas diferenças de comportamento das pessoas que, segundo a perspectiva de Fishbein e Ajzen (2007), as atitudes e normas podem influenciar o comportamento de

forma indirecta através da intenção comportamental, o que revela uma posição mediadora. Logo, à luz da revisão de literatura, os aspectos da socialização e do *habitus* são bastante relevantes para o desenvolvimento das “competências de terceira dimensão”.

▪ **Qualidade dos cuidados**

O trabalho desenvolvido permite verificar que há diferenças na percepção da qualidade dos cuidados por parte dos enfermeiros e dos utentes. Para os profissionais de enfermagem há uma dualidade de opiniões; reconhece-se que há uma mudança de paradigma do cuidar, procurando um maior envolvimento da pessoa e família, o que permite a auto-responsabilização pela saúde dos seus elementos. Mas, simultaneamente, também se verifica uma certa negligência na vertente relacional em detrimento dos saberes técnicos e científicos. Observámos que a qualidade dos cuidados está interligada com a formação e com o paradigma do cuidar, com os modelos das organizações e com as políticas de saúde.

Para os clientes, a sua satisfação relaciona-se com o atendimento, com a informação e com a confiança, expressos pelos profissionais e que facilitam o envolvimento destes no processo de cuidar.

Constatámos que a satisfação destes em relação aos cuidados de enfermagem está muito relacionada com os comportamentos, atitudes e competências dos profissionais de enfermagem, destacando-se as competências pessoais, as *soft skills* e as competências sociais, nomeadamente os comportamentos e as atitudes. O nosso trabalho permitiu-nos confirmar que estes são mais sensíveis à comunicação com base nas atitudes e comportamentos, pelo que são os aspectos comportamentais que produzem maior impacto na satisfação dos clientes. Podemos ainda realçar que o cliente valoriza a importância que o enfermeiro atribui à sua opinião relativamente ao seu estado de saúde, pelo que os profissionais de enfermagem devem reconhecê-lo como parceiro dos cuidados.

Desta forma, quer o contexto formativo, quer as organizações, necessitam de fazer um investimento nas competências relacionais e sociais, consideradas uma das componentes da qualidade dos cuidados.

Observámos ainda que os enfermeiros atribuem importância às políticas de saúde enquanto factor que contribui para a qualidade, verificando-se mudanças a nível das estruturas das organizações e, conseqüentemente, do desenvolvimento de uma cultura de qualidade, o que implica, nos profissionais, uma nova atitude face ao utente e família.

Face ao exposto, observamos que, apesar de a formação inicial ter feito um esforço de adequação dos *currícula* e de reformulação do modelo de EC, a redução do hiato que parece existir entre a formação e a prática será conseguida com uma escola em alternância, que parece constituir a ponte entre as duas perspectivas. A actual ênfase colocada no capital intelectual exige um novo perfil profissional, mais comprometido afectivamente com a organização e com os resultados, que se traduzem na satisfação do cliente e na humanização dos cuidados de saúde; exige ainda um novo modelo de educação, de carácter mais cognitivo e afectivo, tendo como principal beneficiário o cliente. Para tal, o perfil do profissional de enfermagem deve compreender um compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidar.

Este modelo significa que o processo de formação deve possibilitar a construção do conhecimento enquanto novo factor de produção, permitindo a interacção entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito, que só se consegue num processo de espiral, através de uma alternância entre a escola e os contextos de aprendizagem de uma forma duradoura e consistente que facilita todo o processo de aprendizagem. Ou seja, um *currículo* em espiral, cuja estrutura permita partir do geral para o específico, em diferentes níveis de complexidade e consecutivas aproximações com a realidade abstracta e concreta. Isto pressupõe a construção do conhecimento definido a partir das competências a serem alcançadas. Desta forma, os novos conhecimentos e habilidades (cognitivas, psicomotoras e afectivas) são introduzidos de forma sequencial, articulando o que já sabe e mantendo uma interligação com as informações previamente aprendidas, donde resultará uma maior profundidade de conhecimento, o que contempla os domínios propostos por Delors (1996) – o **saber conhecer**, o **saber fazer**, o **saber ser** e o **saber conviver**.

Reflectindo estas constatações, permitimos sugerir que:

- Seja revisto o processo formativo, para que este tenha mais impacto no local de trabalho.
- Haja um trabalho prévio de preparação dos docentes e dos enfermeiros orientadores de EC, a fim de que estes adquiram competências que lhes permitam dedicar mais atenção às atitudes e comportamentos dos estudantes, para que estes desenvolvam e treinem valores essenciais à cidadania e sobretudo às especificidades do acto do cuidar.

Com a evolução dos processos de qualidade e verificando-se que o cliente final é cada vez mais informado, a missão terá de ser vista obrigatoriamente de uma forma mais

holística, onde, ao contrário de agora, se avaliarão os resultados finais, com primazia sobre a estrutura e os processos. Nesse sentido, a escola e a gestão das organizações devem antecipar-se relevando a satisfação do utente, não só como uma questão ética e deontológica, mas também, e obrigatoriamente, como o principal indicador de qualidade. Daqui terá de decorrer uma revisão do actual modelo de formação, que terá de promover um maior e mais amplo desenvolvimento de competências e uma mais eficaz profissionalização do enfermeiro. A mediação das competências parece ser o factor que permite a síntese do cuidar com a evitação da dependência e a promoção da autonomia. O *habitus* escolar será inibidor da emergência das competências como factor mediador. É em contexto de relação que as competências podem emergir e não na sua ausência.

3. Implicações e perspectivas futuras

O processo formativo, nomeadamente o 1.º ciclo de formação, marca o início de um percurso continuado de formação que irá acompanhar a pessoa ao longo da vida, pelo que consideramos ser estruturante para o seu desenvolvimento profissional. Este desafio deveria questionar-nos sobre a forma como estamos a contribuir para esta finalidade.

Os resultados desta pesquisa indicam-nos que há factores que estão relacionados com a formação, sendo necessário reflectir sobre estes aspectos, para que o processo formativo contribua de forma positiva para a qualidade dos cuidados. Tendo consciência de que existem factores relacionados com aspectos organizacionais que se cruzam com a formação, torna-se evidente a necessidade de rever todo o processo formativo.

O conhecimento alcançado em relação à presente pesquisa possibilita-nos compreender aspectos importantes do processo ensino-aprendizagem, não só relacionados com os conteúdos teóricos, mas também com os ensinamentos clínicos. A pesquisa desenvolvida abriu leques para a procura de novas informações e permitiu-nos elaborar um quadro de conhecimento de base que nos leva a questionar como se articula o sistema de formação com os contextos da prática.

Só então será possível avaliar se a formação da enfermagem tem uma relação positiva com uma prestação de cuidados com vista à excelência, o que terá como consequência uma maior relevância social da profissão traduzida numa melhoria da qualidade de cuidados.

O estudo possibilita concluir que a investigação feita é uma etapa fundamental para continuar a desenvolver, no futuro, esta temática, na medida em que cria as bases para se aprofundar linhas de investigação neste sentido.

Em nossa opinião, este trabalho poderá dar um contributo significativo para a implementação de um novo modelo de formação, estimulando uma formação em alternância e envolvendo as organizações enquanto parceiros do processo formativo.

Estudos futuros podem permitir ao investigador considerar hipóteses mais alargadas da mediação enquanto variável responsável pelo comportamento das pessoas.

Perante o exposto, no final deste estudo gostaríamos de deixar uma questão para reflexão:

Quais os limites do efeito mediador das competências relacionais e sociais na qualidade dos cuidados prestados?

Para podermos extrapolar o nosso estudo, desejamos alargá-lo a outras escolas de enfermagem e organizações de saúde.

Desta investigação surge como problema de pesquisa posterior, pertinente, a mudança de paradigma; de um ensino sequencial, baseado nos saberes como suporte para a aquisição de competências do cuidar, para um sistema em que a aquisição de competências, interagindo em permanência com os saberes adquiridos, se completa na execução, retomando o contexto como ambiente formativo.

O paradigma vigente forja um *habitus* suportado na noção de saberes passíveis de serem mobilizados em contexto, e esse *habitus* vai bloquear o desenvolvimento de competências em exercício, sendo de pressupor o desfazer do *habitus* escolar para adquirir o *habitus* profissional. Esta situação parece criar um problema de identidade profissional, na medida em que a sequência do *habitus* escolar seria um desenvolvimento do tipo biomédico e não um desenvolvimento do cuidar. O designado modelo holístico do sistema vigente pode não passar de um voto de intenções, dado que, para se concretizar terá de ser planeado e construído em consequência das necessidades de cada cliente, como determinante para a aquisição das competências.

É efectivamente neste aspecto que necessitamos de promover uma revolução paradigmática abrangendo os três actores envolvidos: docentes, estudantes e supervisores clínicos, de forma a diminuir o fosso entre as organizações de ensino e as organizações prestadoras de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CITADA

Abreu, W.C. (2001) – *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau.

Abreu, W.C. (2007) – *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra:

Formasau.

Alarcão, I. (1996) – *Formação Reflexiva de Professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2001) – Formação reflexiva. *Referência*. Nº 6 (Maio 2001), p.53-59. Coimbra: Livraria Almedina.

Alarcão, I.; Tavares, J. (2003) – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Aubrun, S.; Orofiamma, R. (1990) - *Les compétences de 3^a dimension, ouverture professionnelle?* Paris : Conservatoire National des Arts et Métiers.

Ausubel ; Novak ; Hanesian (1980) – *Psicologia Educacional*. (2^aed.). Rio de Janeiro : Interamericana.

Barbieri, J.M. (1992) – *La recherche de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail*. Education Permanente, 112, pp. 125-146.

Bardin, L. (1995) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bártolo, E. (2007) – *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bass, B.M.; Riggio, R.E. (2008) – *Transformational leadership*. (2.^aed.). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc.

Bento, M.C.C. (2005) – Da formação para a mudança à formação na mudança: situar a formação contínua quanto à sua evolução: uma síntese dos pontos de vista de Canário, Correia, Nóvoa e Honoré. *Revista Sinais Vitais*, 63,13-16. Coimbra: Formasau

- Berbaum, J. (1993) – *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bevis, O; Watson, J. (2005) – *Rumo a um curriculum de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bombarda, M. (1901) – Curso para Enfermeiros. *A Medicina Contemporânea*. Lisboa: série II, tomo IV, ano XIX, nº 23, de 9 Junho de 1901.
- Bourdieu, P. (1997) – *Razões Práticas, sobre a teoria da acção*. Oeiras: Celta Editora.
- Bourdieu, P. Passeron, J-C. (2008) – *A Reprodução, Elementos para uma Teoria do Sistema de Ensino*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Bronfenbrenner, U (2002) – *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados (2ªed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Bryman, A.; Cramer, D. (2003) – *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Ed.
- Bulman, Chris, Schutz, Sue (2004) – *Reflective Practice in Nursing (3ªed.)*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Burns, N.; Grove, S.K. (1997) – *The practice of Nursing Research (2ª ed.)*. USA: W.B. Saunders Company.
- Carapinheiro, G. (1993) – *Saberes e poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Canário. R. (1997) – *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Caria, T.H; Pereira, F.; Filipe, J.P; Loureiro, A; Silva, M. (2005) – *Saber Profissional*. Coimbra: Editora Almedina.
- Carmo, H., Ferreira, M.M. (1998) – *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, R. (2002) – *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.

- Carvalho, A., H., L., (1994) – Qualidade dos cuidados da liderança ... ao cuidado. *Sinais Vitais*, Coimbra, 1, 31-33.
- Carvalho, A. L. (2005) – *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho Ferreira, J., M. (2001) – *Manual de Psicologia das Organizações*. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Chiavenato. I. (1979 a) – *Teoria geral da administração*, Vol.1. S. Paulo: McGraw-Hill.
- Chiavenato. I. (1979 b) – *Teoria geral da administração*, Vol.2, 2ª ed. S. Paulo: McGraw-Hill.
- Cohen, E., L.; Cesta, T., G. (1997) – *Nursing case management: from concept to evaluation* (2ª ed.). St Louis: Mosby.
- Collière, M.F. (1999) – *Promover a vida*. Lisboa: Lidel –Edições Técnica: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Europeia. (1998) - *Ensinar e aprender: rumo á sociedade cognitiva*. Luxemburgo: SEPO-CE.
- Conselho de Enfermagem (2001) – *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem (2004) – *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Costa-Sacadura, S., C. (1950) – *Subsídios para a bibliografia portuguesa sobre a enfermagem: algumas efemérides*, p.20.Lisboa: [Tipografia Freitas Brito].
- Creswell, J.W. (1994) - *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. London: Sage Publication.
- Cruz, C. V.; Carvalho, Ó (1992) – *Qualidade, uma filosofia de gestão*. Lisboa: Texto Editora.
- Cunha, A. (2006) - *O futuro dos serviços públicos no Brasil: em busca da inspiração para repensar a educação em administração pública*. In Estado e Gestão Pública: visões do Brasil Contemporâneo, (2.ªed.). Rio de Janeiro: FGV Editora.

Decreto 10 de Setembro de 1901. *Diário do Governo I Série*, n.º 204, (12 de Setembro de 1901). 558-560.

Decreto-Lei n.º 4563. *Diário do Governo I Série*, n.º 155, (12 de Julho de 1918). 1160-1162.

Decreto n.º 36219, *Diário do Governo I Série*, n.º 81, (10 de Abril de 1947). 277-280.

Decreto-Lei n.º 38884. *Diário do Governo I Série*, n.º 190, (de 28 de Agosto de 1952). 875-878.

Decreto-Lei n.º 46448. *Diário do Governo, I Série*, n.º 160, (de 20 de Julho de 1965). 1023-1024.

Delors, J. (et al) (1996) – *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Rio Tinto: Edições ASA.

Dias, M.F.P.B. (2005) - *Construção e validação de um inventário de competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

Do Hospital Real de Todos os Santos até ao Hospital de S. José. Retirado em 20/05/2007, do <http://www.geocities.com>

Donabedian, A. (2003) – *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Dubar, C. (1997) – *A Socialização*. Lisboa: Porto Editora, Lda.

Durkheim, E. (s. d.) - *Sociologia, Educação e Moral*. Porto: RÉ.S.

Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José e Anexos. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901.

Fishbein, M.; Ajzen, I. (2007) – *Prediction and change of health behavior*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Fonseca, M.J. (2006) – *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectivas do doente*. Coimbra: Formasau.

Fortin, M.F. (2003) – *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

- Freidson, E. (1998) – *Renascimento do profissionalismo*. São Paulo; Edusp - Editora da Universidade de São Paulo.
- Freire, P. (1997) – *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra Editora.
- Gauthier, B. (2003) – *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Geneviève L. Thiyer RN, BN, MN, Dip Ed (2003) – Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management* 11(2), 73-79, Retirado em 06/06/2008, de www.blackwellsynergy.com/doi/full/10.1046/j.1365-2834.2002.00370.x.
- Geovanini, T; Moreira, A; Dornelles, S; Machado, W. C. A. (2010) – *História da Enfermagem: versões e interpretações*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993) - *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1989a) – *Como elaborar projectos de pesquisa* (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. C. (1989b) – *Métodos e técnicas de pesquisa social* (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Hanson, S.M.H. (2005) - *Enfermagem de Cuidados de saúde à Família*. (2.ªed.) Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000) – *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004) – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S.P. (2000) – *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. (2.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (1990) – *Vers l'oeuvre de formation, l'ouverture à l'existence*. Paris: Editions L'Harmattans.
- Honoré, B. (2004) – *Cuidar, persistir em conjunto na existência*. Loures : Lusociência.

Jornal Oficial das Comunidades n.º L 176/8 (1977. 7.15). Directiva nº 77/453/CEE.

Jornal Oficial das Comunidades n.º L 341 (1989. 11.23). Directiva nº 89/595/CEE.

Imperatori, E. (1999) – *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa : EDINOVA.

Jesuino, J.C. (2005) – *Processos de liderança*. (4.ª ed.). Lisboa : Livros Horizonte.

Kant, E. (1984) – *Réflexions sur l'éducation*. Paris : Vrin.

Kemp, N.; Richardson, E.W. (1995) – *A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem*. Águeda: Artes Gráficas.

Le Boterf, G. (1995) - *De la Compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Éditions d'Organisation.

Leininger, M.M, et al (1988) – *CARE, discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press.

Leprohon, J. (2002) – A qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5, Janeiro, 26.

Lesne, M. (1984) – *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2005) – *Investigação Qualitativa, fundamentos e práticas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Livro Branco sobre Educação e Formação – Ensinar e Aprender – Rumo à Sociedade Cognitiva (1995). Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2001) – *Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Lopes, A.; Capricho, L. (2007) – *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH Lda.

Lopes, A.; Barrosa, L. (2008) – *A comunidade educativa e a gestão escolar: um contributo para a gestão dos recursos humanos*. Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.

- Malglaive, G. (1997) – *Formação e saberes profissionais : entre a teoria e a prática*. In Canário, R. (Org). *Formação e situações de trabalho*, 53-60. Porto : Porto Editora.
- Marquis, B.L., Huston, C.J, (2005) – *Administração e Liderança em Enfermagem*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Martins, P. E. M.; Pieranti, O. P. (Orgs.) (2006) - *Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo*. (2. ed.) Rio de Janeiro: Edition FGV.
- Mattoso, J. (1993) – *História de Portugal*. (pp.185-188). Vol.3. Lisboa: Círculo dos Leitores:
- Mezomo, J.C. (2001) – *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. S.Paulo: Manole.
- Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto n.º98/79. *Diário da República*, I Série (206) (1979.09.06), 2222.
- Ministério da Educação. Lei n.º 115/97. *Diário da República*, I Série – A (217) (1997.09.19) Art. 12º, 5082-5083.
- Ministério da Educação. Decreto-Lei n.º 353/99. *Diário da República*, I Série – A (206) (1999.09.03) Art. 5º, 6198-6199.
- Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria n.º 195/90. *Diário da República* – I Série (64) (1990.03.17) Art. 4º, 5º e 6º, 1332.
- Ministério da Saúde. Portaria n.º674/76. *Diário da República*, I Série (276) (1976.11.13), 2586-2588.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º305/81. *Diário da República*, I Série (261) (1981.11.12), 2998-3004.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º480/88. *Diário da República*, I Série (295) (1988.12.23), 5070.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º161/96. *Diário da República*, I Série - A (205) (1996.09.04), 2959-2962.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º104/98. *Diário da República*, I Série A, (93) (1998.04.21), 1739-1757.

- Miranda, G. L.; Bahia, S. (2005) – *Psicologia da educação, Teorias de Desenvolvimento, Aprendizagem e Ensino*, Lisboa: Relógio D'Água Editores. Depósito Legal nº. 225940/05
- Moran, J.M. (2005) – *Perspectivas (virtuais) para a educação*. Retirado em 6/03/07, de <http://www.scholar.google.com>
- Monaco, A. (1993) – *L'alternance école-production*. Paris: PUF.
- Moreira, M., A. ; Masini, E., F., S (2009) - *Aprendizagem significativa : A teoria de Ausubel*. São Paulo : Centauro.
- Mattoso, J. (1993) – *História de Portugal*, 3º volume. Lisboa: Círculo de Leitores, Lda e Autores.
- Musgrave, P. W. (1994) – *Sociologia da Educação*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nightingale, F. (1989) – *Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Ed.
- Nightingale, F. (2005) – *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Nogueira, M. (1990) – *História da Enfermagem* (2ª ed.). Porto: Edições Salesianas.
- Nonaka, I. ; Takeuchi, H. (1997) – *Criação do conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus.
- Nonaka, I.; Konno, N. (1998) – The concept of “Ba”: building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*, Spring 1998, 40 (3), 40-54. Retirado em 29/06/2010, no <http://home.business.utah.edu/active/7410/Nonaka1998pdf>.
- Nunes, L. (1995) – As dimensões formativas dos contextos de trabalho. *Inovação*, 8, (3) 223-249.
- Organização Mundial de Saúde. *Os cuidados de saúde primários*. Conferência sobre os Cuidados de saúde Primários, Genebra, 1978 (série “Saúde para Todos”, nº1), p.2.

- Organização Mundial de Saúde (1985) – *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Departamento de estudos e planeamento do Ministério da Saúde.
- Oliveira, T.; Gama, A. (2002) – Participação na formação em contexto de trabalho: um estudo de caso. *Revista Organizações & trabalho*, 27, pp. 73-90.
- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspectiva ética* (2ª ed). Loures: Lusociência.
- Patton, Michael Q. (1990) – *Qualitative Evaluation and Research Methods*. California: SAGE Publications, Inc., pp. 67-89 e 187-189.
- Perrenoud, P. (1997) – *Práticas Pedagógicas, Profissão docente e formação*. (2ª ed.). Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Perrenoud, P. (2001) – *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza: saberes e competências de uma profissão complexa*. Porto Alegre: Artmed.
- Pina e Cunha, M.; Rego, A. (2005) – *Liderar*. Lisboa: Dom Quixote.
- Pires, A.,P.,O. (1994) – As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4-19.
- Pires, A. L. (2002) – *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Dissertação de Doutoramento, Programa de Doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Retirado em 24/ 04 / 2008, de http://www.dgsaude.min-pt/pns/media/pns_vol.2.pdf.
- Platão (s.d.) – *A República III*, (Livros 4,5 e 6). Lisboa: Guimarães Editores.
- Polit, D.F.; Hungler, B. P. (1995) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D.F.; Beck, C.T. (2003) – *Nursing Research, Principles and methods* (7ª ed.). Porto Alegre: Lippincott Williams & Wilkins.

Programa do Curso de Enfermeiros Professado no Hospital de S. José e Anexos. Lisboa: Agência de Trabalhos Typographicos, 1887.

Queirós, Ana. A., Costa e Silva, Ligia C.; Santos, Elvira M. (2000) – *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rego, A.; Cunha, M.P. (2003) – *A Essência da liderança – Mudança. Resultados. Integridade*. Lisboa: Editora RH.

Reichardt, C.S; Cook, T.D (1986) - *Métodos Cualitativos y Cuantitativos em Investigación Evaluativa*. Madrid: Morata

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Rousseau, J-J (1990) – *Emílio*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Sale, D. (1998) – *Garantia da qualidade nos cuidado de saúde, para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia.

Sant-Iago, Fr.D (2005) – *Postilla religiosa, e arte de enfermeiros*. Lisboa : Alcalá.

Schön, D., A., (1994) – *Le praticien réflexif*. Montreal (Québec): Les Éditions Logiques.

Senge, P., M. (2007) – *The Fifth Discipline: the art & practice of the learning organization*. London: Random House Business Books.

Stanhope e Lancaster (1999) – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4ª ed.), Loures: Lusociência.

Stoer, S. R.; Magalhães, A. M. (2003). Educação, conhecimento e a sociedade em rede: *Educação & Sociedade*, Dezembro 2003, 24, (85) 1179-1202. Retirado em 22/07/06, do SciELO (Scientific Electronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.br/scielo.php.

Strauss, A.; Corbin, J. (1990) – *Basics of Qualitative Research*. California: SAGE Publications, Inc.

- Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002) – *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Stoner, J., A.F., Freeman, R.E. (1992) – *Administração*. (5ªed.), Rio de Janeiro: Editora Prentic Hall do Brasil Ltdª.
- Tappen, R. M. (2005) – *Liderança e Administração em Enfermagem. Conceitos e Prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tavares, J (2001) – A resiliência na sociedade emergente. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez Editora.
- Tanner, C.A. (1990) – *Caring is a value in nursing education*. *Nursing Outlook*. vol.38, 2, 70-72.
- Vieira, C. T. (2000) – *O pensamento crítico na educação científica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vala, J.; Monteiro, M.B; (coord) (2000) – *Psicologia Social*, 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Villaverde Cabral, M. (et al) (2002) – *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Vygotsky, L. (1978) – *Mind in Society – The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Zeichner, K. M. (1993) – *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.
- Waldow, V. R. , Lopes, M.J.M., Meyer, D. E. (1997) – *Maneiras de cuidar, Maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Watson, J. (2002) – *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (1985) – As Metas da Saúde para Todos. Retirado em 20/7/2006, de <http://europa.eu.int/comm/education/education/Tuning.html>

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA DAS DIFERENTES ÁREAS ABORDADAS

EDUCAÇÃO/APRENDIZAGEM

- Abbagnano, N., Visalberghi, A., (s.d.) – *História da Pedagogia* – I Vol., Lisboa: Livros Horizonte.
- Alarcão, I. (1996) – *Formação Reflexiva de Professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001) – Formação reflexiva. *Referência*. Nº 6 (Maio 2001), p.53-59. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003) – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Aubrun, S.; Orofiamma, R. (1990) - *Les compétences de 3^a dimension, ouverture professionnelle?* Paris : Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Ausubel ; Novak ; Hanesian (1980) – *Psicologia Educacional*. (2^aed.). Rio de Janeiro : Interamericana.
- Barbieri, J.M. (1992) – *La recherche de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail*. Education Permanente, 112, pp. 125-146.
- Benavente, A. (1990). *Escola, Professores e Processos de Mudança*, Lisboa: Livros Horizonte.
- Berbaum, J. (1993) – *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.
- Bourdieu, P. (1997) – *Razões Práticas, sobre a teoria da acção*. Oeiras: Celta Editora
- Bourdieu, P. Passeron, J-C. (2008) – *A Reprodução, Elementos para uma Teoria do Sistema de Ensino*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Canário. R. (1997) – *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Delors, J. (et al) (1996) – *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Rio Tinto: Edições ASA.

Durkheim, E. (s. d.) - *Sociologia, Educação e Moral*. Porto: RÉ.S.

Freire, P. (1997) – *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra Editora.

Kant, E. (1984) – *Réflexions sur l'éducation*. Paris : Vrin.

Le Boterf, G. (1995) - *De la Compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Éditions d'Organisation.

Lesne, M. (1984) – *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Livro Branco sobre Educação e Formação – Ensinar e Aprender – Rumo à Sociedade Cognitiva (1995). Bruxelas, Comissão das Comunidades Europeias.

Malglaive, G. (1997) – *Formação e saberes profissionais : entre a teoria e a prática*. In Canário, R. (Org). *Formação e situações de trabalho*, 53-60. Porto : Porto Editora.

Moran, J.M. (2005) – *Perspectivas (virtuais) para a educação*. Retirado em 6/03/07, de <http://www.scholar.google.com>

Monaco, A. (1993) – *L'alternance école-production*. Paris: PUF.

Moreira, M., A. ; Masini, E., F., S (2009) - *Aprendizagem significativa : A teoria de Ausubel*. São Paulo : Centauro.

Neves, J., G. das; Garrido, M.; Simões, E. (2006) – *Manual de Competências pessoais, interpessoais e instrumentais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Nóvoa, A. ; Finger, M. (1988) – *O método (auto)biográfico e a formação de professores*. Cadernos de formação nº 1. Lisboa : Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos.

Nunes, L. . (1995) – As dimensões formativas dos contextos de trabalho. *Inovação*, 8, (3) 223-249.

Perrenoud, P. (1997) – *Práticas Pedagógicas, Profissão docente e formação*. (2ª ed.). Lisboa: Publicações D. Quixote.

- Perrenoud, P. (2001) – *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza: saberes e competências de uma profissão complexa*. Porto Alegre: Artmed.
- Pina e Cunha, M.; Rego, A. (2005) – *Liderar*. Lisboa: Dom Quixote.
- Pires, A.,P.,O. (1994) – As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4-19.
- Pires, A. L. (2002) – *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Dissertação de Doutoramento, Programa de Doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.
- Platão (s.d.) – *A República III*, (Livros 4,5 e 6). Lisboa: Guimarães Editores.
- Programa do Curso de Enfermeiros Professado no Hospital de S. José e Anexos. Lisboa: Agência de Trabalhos Typographicos, 1887.
- Queirós, Ana. A., Costa e Silva, Ligia C.; Santos, Elvira M. (2000) – *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rousseau, J-J (1990) – *Emílio*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Rust, R.T. and Oliver, R.L. (1994) – Service quality: insights and managerial implications from the frontier, in Rust, R.T. and Oliver, R.L. (Eds) *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, pp.241-268.
- Schön, D., A., (1994) – *Le praticien réflexif*. Montreal (Québec): Les Éditions Logiques.
- Stoer, S. R.; Magalhães, A. M. (2003). Educação, conhecimento e a sociedade em rede: *Educação & Sociedade*, Dezembro 2003, 24, (85) 1179-1202. Retirado em 22/07/06, do SciELO (Scientific Electronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.br/scielo.php.
- Tanner, C.A. (1990) – Caring is a value in nursing education. *Nursing Outlook*. vol.38, 2, 70-72.
- Tavares, J. (2001) – A resiliência na sociedade emergente. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez Editora.

Teitelbaum, K; Apple, M. – *John Dewey, Currículo sem Fronteiras*, vol. 1, n. 2, pp.194-201, Julho/Dezembro 2001, Retirado em 4/04/07, do WWW.curriculosemfronteiras.org.

Vieira, C. T. (2000) – *O pensamento crítico na educação científica*. Lisboa: Instituto Piaget.

Zeichner, K. M. (1993) – *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

ENFERMAGEM

Abreu, W.C. (2001) – *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau.

Abreu, W.C. (2003) – *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência da saúde?* Coimbra: Formasau.

Abreu, W.C. (2007) – *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.

Bártolo, E. (2007) – *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bento, M.C.C. (2005) – Da formação para a mudança à formação na mudança: situar a formação contínua quanto à sua evolução: uma síntese dos pontos de vista de Canário, Correia, Nóvoa e Honoré. *Revista Sinais Vitais*, 63,13-16. Coimbra: Formasau.

Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bevis, O; Watson, J. (2005) – *Rumo a um currículo de cuidar*. Loures: Lusociência.

Bombarda, M. (1901) – Curso para Enfermeiros. *A Medicina Contemporânea*. Lisboa: série II, tomo IV, ano XIX, nº 23, de 9 Junho de 1901.

Bronfenbrenner, U (2002) – *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (2ªed.). Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, R. (2002) – *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.

- Carvalho, A., H. L., (1994) – Qualidade dos cuidados da liderança ... ao cuidado. *Sinais Vitais*, Coimbra, 1, 31-33.
- Carvalho, A. L. (2005) – *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Collière, M.F. (1999) – *Promover a vida*. Lisboa: Lidel–Edições Técnica: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho de Enfermagem (2001) – *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem (2004) – *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Costa-Sacadura, S., C. (1950) – *Subsídios para a bibliografia portuguesa sobre a enfermagem: algumas efemérides*, p.20.Lisboa: [Tipografia Freitas Brito].
- Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José e Anexos*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901.
- Fonseca, M.J. (2006) – *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem: perspectivas do doente*. Coimbra: Formasau.
- Genevieve L. Thiyer RN, BN, MN, Dip Ed (2003) – Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management* 11(2), 73-79, Retirado em 06/06/2008, de www.blackwellsynergy.com/doi/full/10.1046/j.1365-2834.2002.00370.x.
- Geovanini, T; Moreira, A; Dornelles, S; Machado, W. C. A. (2010) – *História da Enfermagem: versões e interpretações*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Hanson, S.M.H. (2005) - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. (2.ªed.) Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000) – *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hesbeen, W. (2004) – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S.P. (2000) – *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação (2.ªed.)*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (1990) – *Vers l'oeuvre de formation, l'ouverture à l'existence*. Paris: Editions L'Harmattans.
- Honoré, B. (2004) – *Cuidar, persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Kemp, N.; Richardson, E.W. (1995) – *A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem*. Águeda: Artes Gráficas.
- Leininger, M.M, et al (1988) – *CARE, discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leprohon, J. (2002) – A qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5, Janeiro, 26.
- Nightingale, F. (1989) – *Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Ed.
- Nightingale, F. (2005) – *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Nogueira, M. (1990) – *História da Enfermagem (2ª ed.)*. Porto: Edições Salesianas.
- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspectiva ética (2ª ed)*. Loures: Lusociência.
- Sant-lago, Fr.D (2005) – *Postilla religiosa, e arte de enfermeiros*. Lisboa : Alcalá.
- Sousa, M. D. (1989) – *L'infirmier de l'avenir: sa formation*. In comissão dês Communautés européennes, soins de santé et formation des infirmiers au XXI siècle, actes du symposium organisé à Bruxelles 20 et 21 Octobre 1987, 77-96. Luxembourg: CEE.
- Senge, P., M. (2007) – *The Fifth Discipline: the art & practice of the learning organization*. London: Random House Business Books.
- Stanhope e Lancaster (1999) – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. (4ª ed.)*, Loures: Lusociência.

Waldow, V. R. , Lopes, M.J.M., Meyer, D. E. (1997) – *Maneiras de cuidar, Maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Watson, J. (2002) – *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

GESTÃO/ADMINISTRAÇÃO

Anderson, E.W. and Fornell, C. (1994) – *A customer satisfaction research prospectus*, in Rust, R.T. and Oliver, R.L. (Eds), *Service Quality. New direction in theory and practice*, pp. 241-268.

Cruz, C. V.; Carvalho, Ó (1992) – *Qualidade, uma filosofia de gestão*. Lisboa: Texto Editora.

Chiavenato. I. (1979 a) – *Teoria geral da administração*, Vol.1. S. Paulo: McGraw-Hill.

Chiavenato. I. (1979 b) – *Teoria geral da administração*, Vol.2, 2ª ed. S. Paulo: McGraw-Hill.

Cunha, A. (2006) - *O futuro dos serviços públicos no Brasil: em busca da inspiração para repensar a educação em administração pública*. In *Estado e Gestão Pública: visões do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro. FGV Editora.

Donabedian, A. (2003) – *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Lopes, A.; Capricho, L. (2007) – *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH Lda.

Lopes, A.; Barrosa, L. (2008) – *A comunidade educativa e a gestão escolar: um contributo para a gestão dos recursos humanos*. Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.

Marquis, B.L., Huston, C.J, (2005) – *Administração e Liderança em Enfermagem*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Martins, P. E. M.; Pieranti, O. P. (Orgs.) (2006) - *Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo*. (2. ed.) Rio de Janeiro: Edition FGV.

Mezomo, J.C. (2001) – *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. S.Paulo: Manole.

Nonaka, I. ; Takeuchi, H. (1997) – *Criação do conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus.

Nonaka, I.; Konno, N. (1998) – The concept of “Ba”: building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*, Spring 1998, 40 (3), 40-54. Retirado em 29/06/2010, no <http://home.business.utah.edu/active/7410/Nonaka1998pdf>.

Pina e Cunha, M.; Rego, A. (2005) – *Liderar*. Lisboa: Dom Quixote.

Rego, A.; Cunha, M.P. (2003) – *A Essência da liderança – Mudança. Resultados. Integridade*. Lisboa: Editora RH.

Sale, D. (1998) – *Garantia da qualidade nos cuidado de saúde, para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia.

Stoner, J., A.F., Freeman, R.E. (1992) – *Administração*. (5ªed.), Rio de Janeiro: Editora Prentic Hall do Brasil Ltdª.

Tanner, C.A. (1990) – *Caring is a value in nursing education*. *Nursing Outlook*. Vol.38, 2, 70-72.

Tappen, R. M. (2005) – *Liderança e Administração em Enfermagem. Conceitos e Prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência.

HISTÓRIA

Mattoso, J. (1993) – *História de Portugal*, 3º volume. Lisboa: Círculo de Leitores, Lda e Autores.

INVESTIGAÇÃO

Bardin, L. (1995) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa : Edições 70.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bryman, A.; Cramer, D. (2003) – *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Ed.

Bulman, Chris, Schutz, Sue (2004) – *Reflective Practice in Nursing* (3ªed.). Oxford: Blackwell Publishing.

- Burns, N.; Grove, S.K. (1997) – *The practice of Nursing Research* (2ª ed.). USA: W.B. Saunders Company.
- Carmo, H., Ferreira, M.M. (1998) – *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cohen, E., L.; Cesta, T., G. (1997) – *Nursing case management: from concept to evaluation* (2ª ed.). St Louis: Mosby.
- Creswell, J.W. (1994) - *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. London: Sage Publication.
- Fortin, M.F. (2003) – *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gauthier, B. (2003) – *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993) - *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1989a) – *Como elaborar projectos de pesquisa* (2.ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. C. (1989b) – *Métodos e técnicas de pesquisa social* (2.ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2005) – *Investigação Qualitativa, fundamentos e práticas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2001) – *Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Patton, Michael Q. (1990) – *Qualitative Evaluation and Research Methods*. California: SAGE Publications, Inc., pp. 67-89 e 187-189.
- Polit, D.F.; Hungler, B. P. (1995) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D.F.; Beck, C.T. (2003) – *Nursing Research, Principles and methods* (7.ª ed.). Porto Alegre: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reichardt, C.S; Cook, T.D (1986) - *Métodos Cualitativos y Cuantitativos em Investigación Evaluativa*. Madrid: Morata.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Strauss, A.; Corbin, J. (1990) – *Basics of Qualitative Research*. California: SAGE Publications, Inc.

Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002) – *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

LEGISLAÇÃO

Decreto 10 de Setembro de 1901. *Diário do Governo I Série*, n. 204, (12 de Setembro de 1901). 558-560.

Decreto-Lei n.º 4563. *Diário do Governo I Série*, n.º 155, (12 de Julho de 1918). 1160-1162.

Decreto n.º 36219, *Diário do Governo I Série*, n.º 81, (10 de Abril de 1947). 277-280.

Decreto-Lei n.º 38884. *Diário do Governo I Série*, n.º 190, (de 28 de Agosto de 1952). 875-878.

Decreto-Lei n.º 46448. *Diário do Governo, I Série*, n.º 160, (de 20 de Julho de 1965). 1023-1024.

Jornal Oficial das Comunidades n.º L 176/8 (1977. 7.15). Directiva n.º 77/453/CEE.

Jornal Oficial das Comunidades n.º L 341 (1989. 11.23). Directiva nº 89/595/CEE.

Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto n.º 98/79. *Diário da República*, I Série (206) (1979.09.06), 2222.

Ministério da Educação. Lei n.º 115/97. *Diário da República*, I Série – A (217) (1997.09.19) Art. 12º, 5082-5083.

Ministério da Educação. Decreto-Lei n.º 353/99. *Diário da República*, I Série – A (206) (1999.09.03) Art. 5º, 6198-6199.

Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria n.º 195/90. *Diário da República* – I Série (64) (1990.03.17) Art. 4º, 5º e 6º, 1332.

Ministério da Saúde. Portaria n.º674/76. *Diário da República*, I Série (276) (1976.11.13), 2586-2588.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º305/81. *Diário da República*, I Série (261) (1981.11.12), 2998-3004.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 480/88. *Diário da República*, I Série (295) (1988.12.23), 5070.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º161/96. *Diário da República*, I Série - A (205) (1996.09.04), 2959-2962.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98. *Diário da República*, I Série A, (93) (1998.04.21), 1739-1757.

ORGANISMOS

Organização Mundial de Saúde. *Os cuidados de saúde primários*. Conferência sobre os Cuidados de saúde Primários, Genebra, 1978 (série “Saúde para Todos”, nº1), p.2

Organização Mundial de Saúde (1985) – As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Departamento de estudos e planeamento do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Retirado em 24/ 04 / 2008, de http://www.dgsaude.min-.pt/pns/media/pns_vol.2.pdf.

PSICOLOGIA

Bauer, D. J.; Preacher, K. J.; Gil, K. M. (2006) – Conceptualizing and testing random indirect effects and moderated mediation in multilevel models: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 11 (2). 142-163.

Bass, B.M.; Riggio, R.E. (2008) – *Transformational leadership*. (2.^a ed.). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc.

- Carvalho Ferreira, J., M. (2001) – *Manual de Psicologia das Organizações*. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (2007) – *Prediction and change of health behavior*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Jesuino, J.C. (2005) – *Processos de liderança*, (4.^a ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- MacKinnon, D. P.; Fairchild, A. J.; Fritz, M. S. (2007) – Mediation Analysis. *Review of Psychology*, 58, 593-614.
- Miranda, G. L.; Bahia, S. (2005) – *Psicologia da educação, Teorias de Desenvolvimento, Aprendizagem e Ensino*, Lisboa: Relógio D'Água Editores. Depósito Legal n.º. 225940/05.
- Reuben, M.B; Kenny, D.A. (1986) – The Moderator – Mediator variable distinction in Social Psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, (6), 1173-1182.
- Vala, J.; Monteiro, M.B; (coord) (2000) – *Psicologia Social*, 4.^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz Serra, A. (et al) (1986) – *Motivação e Aprendizagem*, Porto: Contraponto Edições.
- Vygotsky, L. (1978) – *Mind in Society – The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.

SOCIOLOGIA

- Carapineiro, G. (1993) – *Saberes e poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Caria, T. H. (ORG.); Pereira, F.; Filipe, J. P.; Loureiro, A.; Silva, M (2005) – *Saber Profissional*. Coimbra: Edições Almedina.
- Dubar, C. (1997) – *A Socialização*. Lisboa: Porto Editora, Lda.
- Freidson, E. (1998) – *Renascimento do profissionalismo*. São Paulo; Edusp - Editora da Universidade de São Paulo.
- Musgrave, P. W. (1994) – *Sociologia da Educação*. (2.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Villaverde Cabral, M. (*et al*) (2002) – *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

ANEXOS

ANEXO I

Guião de entrevistas exploratórias

**Guião de entrevista exploratória realizada a enfermeiros-chefes sobre
“A qualidade dos cuidados”**

1. Considera que a qualidade dos cuidados acompanhou a evolução da formação em enfermagem?
2. Os enfermeiros julgam que o acréscimo de formação que obtiveram se repercute na qualidade dos cuidados?
3. Os enfermeiros consideram que a formação inicial é suficiente para a prestação de cuidados de qualidade?
4. Na sua opinião, quais são as variáveis responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados?
5. O papel dos enfermeiros alterou-se no que toca à capacidade de decisão sustentado pelos novos programas com o acréscimo de realização para os enfermeiros?
6. As organizações hospitalares actuais fazem uma adequada gestão de recursos humanos gerindo e aproveitando a multiplicidade de saberes dos enfermeiros, nomeadamente a nível das especialidades, pós graduações e mestrados?

**Guião de entrevista exploratória realizada a enfermeira-directora e
enfermeira-supervisora sobre “A qualidade dos cuidados”**

1. Qual a sua opinião sobre a qualidade de cuidados que se prestam nos hospitais?
2. Considera que a sua melhoria depende de mais formação de base ou de factores relacionados com a gestão e organização?
3. Acredita que a maior eficácia na gestão de recursos humanos (melhor aproveitamento dos saberes e mais cuidados e rigor na colocação de pessoas) apoiada por uma efectiva liderança das equipas (desenvolvendo e comprometendo cada profissional) poderão ser os factores chave na melhoria dos cuidados de enfermagem?

Guião de entrevista exploratória realizada a um docente sobre “A Formação em Enfermagem e as Repercussões na Prática”

Pela sua experiência profissional e pelos estudos que tem desenvolvido considera que:

1. Haverá uma relação directa entre a formação dos enfermeiros e a sua competência profissional?
2. Considera que as alterações verificadas no ensino da enfermagem nos últimos anos contribuíram de alguma forma para alteração da imagem dos enfermeiros, na sociedade?
3. Diversos estudos apontam para uma dicotomia entre a qualidade dos cuidados e a evolução da formação?
4. No seu entender este estado de coisas pode dever-se à dissonância entre os modelos de formação e os contextos da prática?
5. Considera que seja benéfico que o recém-licenciado possa ter um período de integração, mais alargado (1 ano) ao fim do qual seja considerado mais competente para poder exercer a profissão de forma mais autónoma?
6. Sendo um dos primeiros enfermeiros a doutorar-se em Portugal, de que modo sente que os doutoramentos da enfermagem têm contribuído (ou contribuirão) para o desenvolvimento técnico-científico da disciplina?
7. O que têm de fazer os enfermeiros para que a classe tenha o reconhecimento devido?

Guião de entrevista exploratória realizada à Sr.^a Bastonária sobre “A Formação em Enfermagem e as Repercussões na Prática”

Temos assistido nos últimos anos a uma evolução em termos de formação do curso de base em enfermagem, verificando-se há cerca de sete anos a passagem de bacharelato para licenciatura sendo que, hoje em dia, todos os enfermeiros saem para o mercado de trabalho com o grau de licenciado. Este facto, provoca nos que já estavam e nos que entram, a sensação de equidade com a classe médica no tratamento dos clientes, sejam eles quais forem.

1. Quais as mais-valias que a Ordem identifica nas alterações curriculares deste último período de formação?
2. Quais foram as alterações funcionais que daí resultaram?
3. Será que o aumento de formação nos torna enfermeiros mais competentes?

4. Em que é que alterou, perante o utente, a imagem do enfermeiro?
5. Na prática, no dia-a-dia, qual a opinião da Ordem sobre o referido afastamento entre o patamar académico e a qualidade de cuidados prestados?
6. Como pensa a Ordem fazer convergir teoria e prática?
7. Qual o papel que a Ordem assume neste processo de alterações do estatuto da enfermagem?
8. Em que é que as funções do enfermeiro licenciado diferem das do enfermeiro de há 10-15 anos?

O prestígio de uma classe conquista-se e avalia-se pela representação social que dela têm, quer os clientes, quer os parceiros, sendo que essa representação será, mais ou menos, qualificada (valorizada) consoante a responsabilidade e desempenho funcionais.

- 9- Nesse sentido, porque é que a licenciatura não foi qualificante para a enfermagem?
- 10- Qual o papel da Ordem nesse processo?

A exigência de mais saberes e a atribuição de grau de licenciatura criaram inevitavelmente, na classe, expectativas de mais responsabilidade e paridade junto da classe médica, o que na prática não se veio a verificar.

- 11- Dado que na prática, a Ordem assistiu à manutenção do “*status quo*” apesar de os enfermeiros saírem com o grau de licenciado; como prevê agir no futuro, em que o processo de Bolonha prevê a atribuição de grau de Mestre?
- 12- A Ordem tem algum plano para a qualificação da profissão, na prática, de forma a valorizar os saberes adquiridos?
- 13- Não tendo, não será isso gerador de maior insatisfação pessoal e profissional, em detrimento da própria imagem da Ordem?
- 14- Como pode a Ordem exigir o grau de mestre para reconhecimento profissional se não requalificar o papel da classe?
- 15- Não irá a Ordem ter de recuar e admitir vários níveis de enfermagem, a exemplo do que já existiu no passado?
- 16- Qual o papel da Ordem no sentido de prevenir a frustração?

ANEXO II

Síntese narrativa da análise e interpretação das entrevistas exploratórias realizadas a peritos

Síntese narrativa da análise e interpretação das entrevistas exploratórias realizadas a peritos

LEGENDA:

(E ECH) – Entrevistado enfermeiro chefe

(E ECH HP₁) – Entrevistado enfermeiro chefe Hospital privado

(E ECH CSP) – Entrevistado enfermeiro chefe CSP

(E ES) – Entrevistado enfermeiro supervisor

(E EDHP) – Entrevistado enfermeiro director Hospital público

(E EDHP₁) – Entrevistado enfermeiro director Hospital privado

(E BOE) - Entrevistado Bastonária OE

E1 e E3 são realizadas e enfermeiros supervisores;

E2 é realizada a enfermeira directora de um Hospital público;

E4 é realizada a enfermeira directora de um Hospital privado;

E9 é realizada a enfermeira chefe dos CSP;

E10 é realizada a enfermeira chefe de um Hospital privado;

As E11 e 13 (E ES) – Entrevistado enfermeiro supervisor;

E12 (E EDHP) – Entrevistado enfermeiro director Hospital público

E14 (E EDHP₁) – Entrevistado enfermeiro director Hospital privado

E D – Entrevistado Docente

Categorias	Unidades de registo
<p style="text-align: center;">A1 – Formação inicial</p>	<p>“ (...) a qualidade dos cuidados melhorou (...)” E ECH 1:01; E ECH 2:01; E ECH 3:01;</p> <p>“ (...) a formação inicial prepara-os, mas se os EC não fossem interrompidos, os estudantes podiam sair mais beneficiados. O período tutelado pode ser uma via (...) E ECH 1:03; E ECH 2:03; E ECH 3:03;</p> <p>“ (...) os enfermeiros recém-formados trazem muitos conhecimentos teóricos (...)” E CH1:01, E CH2:01;</p> <p>“ (...) isso está relacionado com o que a qualidade é para cada um de nós ... a formação terá que evoluir naquilo que é feito e naquilo que é praticado, mas não podemos esquecer que a experiência conta bastante, ajuda-nos na observação, numa rapidez de actuação. Eles podem ter ouvido falar no que é a qualidade, nos conceitos, mas não sabem aplicar, estão despertos para isso. Defendo o estágio tutelado, um acompanhamento que os direcione e que os encaminhe para um desenvolver de algumas competências, que sejam básicas, e que eles já ouviram falar mas que não sabem que as têm (...)” E ECH 4:03;</p> <p>“ (...) os recém-licenciados têm os conhecimentos necessários, eles têm alguma dificuldade em estabelecer as intervenções (...)” E EDHP,4:02;</p> <p>“ (...) consideram que é suficiente embora considerem que deveriam haver mais EC (...)” E ECH 5:03;</p> <p>“ (...) considero que a qualidade dos cuidados acompanhou a formação, no entanto, acho que a formação está um bocadinho distanciada da prática (...) esquece um bocadinho a vertente relacional” E ECH 5:01;</p> <p>“ (...) os recém-formados vêm com boas práticas mas eu penso que se esquece um bocadinho a vertente relacional (...) não sei se é esquecida na formação de base (...) na minha experiência ao longo destes anos tenho notado alguma deficiência em termos relacionais com os doentes, muito preocupados com aparte técnica (...) e pouco preocupados com o que envolve a vertente relacional, e com o que envolve, por exemplo um banho (...)” ECH 5:01;</p> <p>“ (...) considero que acompanhou (...) na prática não há uma evidência acrescida no acompanhamento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (...)” E ECH 6:01;</p> <p>“ (...) não, por isso é que procuram as pós-graduações, mestrados, especialidades e a formação continua (...)” E ECH 6:03;</p> <p>“ (...) penso que sim, a formação é preponderante nisso, a formação a actualização, tudo é preponderante para essa noção que a actuação do enfermeiro, hoje, é muito diferente do que quando acabei o curso (...)” E ECH 7:01;</p> <p>“ (...) não, de forma nenhuma (...)” E ECH 7:03;</p> <p>“ (...) os períodos de integração têm sido alongados nos últimos anos o que me faz constatar o facto que a formação de base tem algumas lacunas (...) e provavelmente a formação de base, as experiências, a quantidade de experiências não são suficientes (...)” E CH7:03;</p> <p>“ (...) quando o enfermeiro ama o que faz, há qualidade, é preciso ter perfil para cuidar do doente (...)” E ECH 8:02;</p> <p>“ (...) eles consideram, mas tem de haver um estudo de perfil, porque cuidar de um doente não é o mesmo que cuidar de uma secretária ou de um computador (...)” E ECH 8:03;</p> <p>“ (...) a vertente humana, a falta de sensibilidade por quem sofre (...)” E ECH 8:04;</p> <p>“ (...) mas falta a vertente humana, não sei se é por serem muito novos ou por não gostarem disto (...) a enfermagem é muito especial (...) a falta de sensibilidade por quem sofre (...)” ECH 8:03;</p> <p>“ (...) considero que sim, (...) há um caminho muito grande a fazer na qualidade dos cuidados para além do aumento de formação, (...) mas ficou aquém daquilo que era esperado (...)” E ECH 9:01;</p> <p>“ (...) considero, traduziu-se numa melhor prestação de cuidados, vêm mais documentados (...), dão</p>

	<p>importância ao ensinar, ao transmitir informação não só da parte técnica mas da parte da educação para a saúde (...) estão direccionados para a promoção (...)” E ECH 10:01;</p> <p>“ (...) têm um desempenho que eu considero muito bom, mas todos eles, ao iniciarem, precisam de estar, durante um tempo, acompanhados com enfermeiro mais experientes (...)” E ECH 10:03;</p> <p>“ (...) a formação traduz-se numa melhor prestação e cuidados, vêm mais documentados (...)” E ECH HP₁ 10:01;</p> <p>“ (...) mas todos eles ao iniciarem precisam de um enfermeiro com mais experiência para os acompanhar (...) para adquirirem e desenvolverem outro tipo de competências” (...)” E ECH HP₁10:03;</p> <p>“ (...) o interesse é diferente, o investimento que fazem é diferente mas a verdade é que o vínculo é outro (...) esta motivação, este interesse, pode estar relacionado com a precariedade de emprego (...)” E ECH HP₁ 10:02;</p> <p>“ (...) o que me preocupa, a nível dos profissionais de enfermagem é a sua atitude relacional com os clientes, é uma área que os profissionais de enfermagem precisam de trabalhar muito (...) não só em termos relacionais com o cliente, de disponibilidade, de empatia, de simpatia, de saber escutar e ouvir, assim como de fornecer informação que é extremamente importante para todo o percurso de cuidados e tratamento do doente (...)” E EDHP₁ 14:03;</p> <p>“ (...) as competências que são desenvolvidas durante o percurso académico são competências que, para mim, são competências académicas, para não confundirmos com competências profissionais(...)” E BOE1:</p>
<p>A2 – Pós-graduada</p>	<p>“ (...) por enquanto não, ... grande parte das pessoas aposta na formação porque dá oportunidades de vida e podem desempenhar funções iguais ou semelhantes noutra país da Europa (...)” E ECH 4:06;</p> <p>“ (...) nós vivemos uma falsa autonomia, eu sinto que não tenho autonomia nenhuma (...)” E ECH 4:05;</p> <p>“ (...) tem de estar implícito por parte do profissional o querer melhorar (...)” E CH4:05;</p> <p>“ (...)“ (...) grande parte das pessoas aposta na formação porque dá mais oportunidades de vida e podem desempenhar funções iguais ou semelhantes noutra país da Europa e penso que a pessoa, hoje em dia, procura formação numa eventualidade d éter de utilizar outra ferramenta a nível profissional (...)” E CH 4:12;</p> <p>“ (...) a capacidade de decisão tem vindo a perder-se (...)” E CH5:07;</p> <p>“ (...) os enfermeiros julgam que se reflecte, mas pensam que depois custa a aplicar isso na prática, os chefes também não lhes permitem isso, não se sentam com eles e não combinam uma estratégia de aplicar o que acabaram de aprender (...)” E ECH 5:02;</p> <p>“ (...) custa aplicar os conhecimentos na prática, ou seja, o chefe também não lhes permite isso, não se senta com eles e não combina uma estratégia (...) não há uma interligação com as equipas no serviço e com a chefe no sentido de dizer, <i>olha do que foste aprender o que é que se podem melhorar</i> (...) e esse relacionamento nem sempre existe nos serviços(...)” ECH 5:02;</p> <p>“ (...) a capacidade de decisão dos enfermeiros no sentido de autonomia tem vindo a perder-se (...)” E ECH 5:05;</p> <p>“ (...) sim, eles procuram a formação com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (...)” E ECH 6:02;</p> <p>“ (...) sem dúvida” E ECH 7:02;</p> <p>“ (...) eu acho que se alterou profundamente, temos mais autonomia (...)” E ECH 7:05;</p> <p>“ (...) deve transparecer na prática a formação que fez, e isso não acontece. O modelo de formação mudou mas a prática mantém-se, às vezes muito ligada a modelos antigos (...)” E ECH CSP 9:01;</p> <p>“ (...) o balanço é positivo, mas não se alterou como devia, vão pelo caminho mais fácil. As pessoas evitam o conflito nas Organizações, ... o papel dos enfermeiros continua a não ser o que eu acho</p>

	<p>para a formação que têm (...)” E ECH 9:05;</p> <p>“ (...) temos de falar das várias categorias de enfermeiros ... quem vai fazer o CCFE, como eu, não veio acrescentar nada, os recém-licenciados vêm mais motivados, mais interessados, têm mais iniciativa ... também pode estar relacionado com a precariedade do vínculo à instituição, com o desemprego em enfermagem (...)” E ECH 10:02;</p> <p>“ (...) a nossa autonomia tem vindo a diminuir (...)” E ECH 10:05;</p> <p>“ (...) a formação é feita mas na prática não há reflexo (...)” E ES 13:02;</p>
<p>B1 – Liderança estratégica</p>	<p>“ (...) há falta de objectivos e da missão da instituição, diariamente há alterações e não é comunicado nem as pessoas estão implicadas nessas mudanças nem sabem qual o objectivo (...)” E ECH 1:07;</p> <p>“ (...) falta de objectivos e de missão da instituição (...)” E ECH 1:04; E ECH 2:04</p> <p>“ (...) não há preocupação da Organização em colocar as pessoas segundo a sua formação (...)” E ECH1:06, E ECH2:06, E ECH3:06;</p> <p>“ (...) desconhecimentos dos objectivos e da missão da organização E CH2,E CH3;</p> <p>“ (...) acho que depende de tudo ... a forma como o serviço é gerido e a forma como o enfermeiro chefe define um plano para o seu serviço, é extremamente importante para que a melhoria dos cuidados se verifique ... depende da formação de base, do que a Organização tem para oferecer aos profissionais, neste momento está muito virada para ter profissionais de qualidade e quando digo de qualidade, são profissionais com competências acrescidas nas diferentes áreas e a nível mais restrito, em cada serviço, e tem de ser operacionalizável, e o enfermeiro chefe ou o gestor dos serviços é responsável por operacionalizar, conhecer muito bem os enfermeiros que receber, saber e acompanhar durante o período de integração (...)”E EDHP 2:02;</p> <p>“ (...) quem está a nível da gestão de cuidados tem de dominar muito bem as práticas ...o líder de uma equipa deve valorizar muito a prestação de cuidados ...a Organização valoriza os percursos que cada um faz, as áreas onde se desenvolve e onde se diferencia como perito e dá oportunidade à pessoa de poder trabalhar e desenvolver os seus conhecimentos e aplicá-los em função de percurso que fez (...)” E EDHP₁ 4:03;</p> <p>“ (...) recursos humanos são essenciais, o enfermeiro prestador de cuidados tem de estar aberto à mudança ...não estandardizar coisas, não fazer coisas por rotina(...)” E ECH 5:04;</p> <p>“ (...) modelos de gestão das Organizações, a capacidade de iniciativa, dos profissionais, está a perder-se um bocadinho, e eu acho isso fundamental (...)” E ECH 9:04;</p> <p>“ (...) o modelo de gestão das Organizações é uma variável responsável pela melhoria da qualidade de cuidados (...)” E ECH CSP 9:06;</p> <p>“ (...) agora a reestruturação (...) os enfermeiros que integram as USF, alguns têm a sua colaboração, iniciativa, a maior parte não tem, portanto são arrastados. Ou então sem estar nas USF e com muito pouca iniciativa está a perder-se (...)” E ECH CSP 9:07;</p> <p>“ (...) a capacidade de iniciativa está a perder-se (...)” E ECH CSP 9:07;</p> <p>“ (...) formação acrescida dos enfermeiros, ...gestão de recursos humanos funciona como motivação (...)” E ECH 10:04;</p> <p>“ (...) como enfermeira, a nossa autonomia tem vindo a diminuir (...) não acho que a nossa autonomia tenha acompanhado o aumento de formação (...)” E ECH HP₁ 10:05</p> <p>“ (...) a qualidade dos cuidados tem mais a ver com a gestão e com a organização que temos na instituição e no local de trabalho (...)” E ES 11:02;</p> <p>“ (...) acho que tem mais a ver com a gestão e Organização (...)” E ES11:02;</p> <p>“ (...) acredito, praticamente é isso que pode estar envolvido (...)penso que muitas vezes se descarta o aproveitar dos saberes, desde a própria integração, desde a fase do próprio acolhimento, como se faz a selecção, isso tudo, muitas vezes é descuidado ... a própria formação das pessoas não é uma prioridade nos órgãos de gestão das instituições ...a formação mais avançada acaba por ser uma actividade muito pessoal ...o que pode ser um factor de desmotivação (...)”E ES11:03;</p>

	<p>“ (...) a própria formação (...) não é prioridade nos órgãos de gestão das instituições, não é propriamente uma das prioridades(...)” E ES 11:03;</p> <p>“ (...) descarta-se o aproveitamento do saberes desde a própria integração, desde a fase do próprio acolhimento, como se faz a selecção, isso tudo, muitas vezes é descuido (...)” E ES 11:03;</p> <p>“ (...) a falta de aproveitamento dos saberes pode ser um motivo de desmotivação dos próprios (...)” E ES 11:05;</p> <p>“ (...) a formação não é prioridade dos órgãos de gestão das instituições (...)” E ES 11:06;</p> <p>“ (...) descarta-se o aproveitamento do saberes desde a própria integração, desde a fase do próprio acolhimento, como se faz a selecção, isso tudo muitas vezes é descuido(...)” E ES 11:06;</p> <p>“ (...) os órgãos de gestão não têm conhecimento da formação que os enfermeiros estão a fazer, a não ser que peçam estatuto de trabalhador estudante (...)” E EDHP 12:06;</p> <p>“ (...) somos muito preocupados em fazer formação, mas depois não nos preocupamos m replicá-la para os nossos pares e acompanhá-la, a formação é feita mas na prática não há reflexo, e estou convencida que o problema da qualidade se ultrapassava muito rapidamente, através de uma política organizacional de qualidade (...)” E ES 13:02;</p> <p>“ (...) ausência de liderança, há uma descoordenação de esforços no sentido da melhoria da qualidade, e quando digo que não há coordenação de esforços, é a todos os níveis, não há uma política de qualidade que nos venha em cascata ...não me parece que seja em 1º lugar de formação, somos preocupados em fazer formação, mas depois não nos preocupamos em replicá-la para os nossos pares e acompanhá-la, a formação é feita, mas depois na prática, não há reflexo (...)” E ES13:02;</p> <p>“ (...) sem dúvida, um dos principais problemas, é de facto a ausência de liderança, se ela estiver bem presente, desde o nível estratégico até ao nível operacional, penso que as coisas melhorariam...o aproveitamento dos saberes não se faz, há pessoas que têm imensas competências, imenso potencial e que apesar de quererem dar visibilidade a esses próprios saberes ninguém olha para eles, ninguém valoriza, são remetidos para um 2º plano ...infelizmente nós, nas organizações, não sabemos aproveitar essa mais-valia (...)” E ES13:03;</p> <p>“ (...) não tenho dúvida que não se faz aproveitamento dos saberes dos enfermeiros (...)” E ES 13:06;</p> <p>“ (...) eu penso que a Organização valoriza os percursos que cada um fez, as áreas onde se desenvolve e onde se diferencia como um perito e dar oportunidade à pessoa de poder trabalhar e desenvolver os seus conhecimentos e aplicá-los em função do percurso que fez (...)” E EDHP,14:04</p> <p>“ (...) eu penso que a Organização valoriza os percursos que cada um fez, as áreas onde se desenvolve e onde se diferencia como um perito e dar oportunidade à pessoa de poder trabalhar e desenvolver os seus conhecimentos e aplicá-los em função do percurso que fez (...)” E EDHP,14:04;</p> <p>“ (...) custa aplicar os conhecimentos na prática, ou seja, o chefe também não lhes permite isso, não se senta com eles e não combina uma estratégia (...) não há uma interligação com as equipas no serviço e com a chefe no sentido de dizer, <i>olha do que foste aprender o que é que se podem melhorar</i> (...) e esse relacionamento nem sempre existe nos serviços(...)” E5:02.</p>
<p>B2 – Liderança operacional</p>	<p>“(...) não tenho dúvida nenhuma, acho que a liderança das equipas é fundamental ... o enfermeiro director não tem conhecimento da formação que os enfermeiros, nos serviços, estão a fazer (...) quando os enfermeiros terminam as formações, nas diferentes áreas, tem de haver, por parte da chefia interesse em que o enfermeiro dê o seu contributo para melhorar a organização do serviço, a prestação de cuidados, a interligação com a família e com a comunidade (...)” E EDHP 2:03;</p> <p>“ (...) o papel do enfermeiro chefe é primordial na motivação da equipa (...)” E ECH5:06;</p> <p>“ (...) o papel do enfermeiro chefe é fundamental, tanto na motivação das pessoas para alcançar determinado objectivo (...) como a formação que temos ao longo destes anos todos, com aquilo que</p>

	<p>tem sido o percurso da enfermagem considero que os enfermeiros podiam investir mais na qualidade (...) quando se está com aquele doente, está-se (...) pessoa de referência de uma equipa, tanto na motivação como na condução da equipa para atingir os objectivos (...)” E CH5:07;</p> <p>“ (...) enquanto enfermeiro chefe digo que não tenho a autonomia que necessitava para atingir os objectivos pretendidos (...)” ECH 6;</p> <p>“ (...) a liderança das equipas é fundamental (...)” E EDHP 12:06;</p> <p>“ (...) olhando para os enfermeiros chefes que tive antigamente considero que eles tinham mais autonomia ...em termos de chefia pensei que ia ter um acréscimo de autonomia mas integrado nas novas leis de gestão hospitalar, afinal com o tempo vim a tomar conhecimento que a autonomia não é assim tanto (...)” E ECH 6:05;</p> <p>“ (...) a capacidade de iniciativa está a perder-se (...)” E ECH CSP 9;</p> <p>“ (...) o líder de uma equipa deve valorizar muito a prestação de cuidados (...)” E EDHP₁ 14:06;</p>
--	---

ANEXO III

Guião de entrevistas semi-directivas

**Guião de entrevista semi-directiva realizada a enfermeiros de cuidados gerais,
sobre “A qualidade dos cuidados”**

Segundo a OE os descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros compreendem: ***a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o auto cuidado.***

1. Considera que a prestação de cuidados melhorou na última década?
 - a. Se sim, diga o que é que se alterou.
 - b. Se não, em que é que se baseia para dizer isso e quais são as causas, uma vez que se alteraram os conteúdos programáticos
2. Considera que na formação inicial são estudados conteúdos suficientes para atingir este nível de cuidados?
3. A evolução da formação em enfermagem acompanhou as mutações ou as transformações na prática dos cuidados em enfermagem?
4. Actualmente muitos enfermeiros fazem formação pós-graduada. Planeia fazer formação complementar?
5. Que contributos para a melhoria do cuidar espera obter com essa formação?
6. Pensa que a liderança pode influenciar a eficácia da qualidade dos cuidados de enfermagem? Se sim, de que forma?
7. Que sentimentos é que o seu chefe lhe desperta (amizade, pessoa agradável)?
8. De uma forma geral o seu chefe defende-o perante os seus colegas e os outros (mesmo sem o total conhecimento de todas as questões)?
9. O seu chefe defende-o sempre que comete um erro de forma inocente?
10. Está disposta a esforçar-se para melhorar o trabalho da equipa?
11. Trabalha para agradar ao seu chefe?
12. Você reconhece e respeita os conhecimentos do seu chefe e a sua competência de trabalho (conhecimentos de RH, gestão de equipa)?

Guião de entrevista semi-directa realizada a enfermeiros-especialistas sobre “A qualidade dos cuidados”

Segundo a OE os descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros compreendem: **a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o auto cuidado.**

1. Considera que a prestação de cuidados melhorou na última década?
 - a. Se sim, diga o que é que se alterou.
 - b. Se não, em que é que se baseia para dizer isso e quais são as causas, uma vez que se alteraram os conteúdos programáticos
2. Considera que na formação inicial são estudados conteúdos suficientes para atingir este nível de cuidados?
3. A evolução da formação em enfermagem acompanhou as mutações ou as transformações na prática dos cuidados em enfermagem?
4. Considera que o acréscimo de formação que obteve se repercute na melhoria da prestação de cuidados?
5. Considera que o aumento de formação contribui para a tomada de decisão (autonomia) em enfermagem?
6. Pensa que a liderança pode influenciar a eficácia da enfermagem? Se sim, de que forma?
7. Que sentimentos é que o seu chefe lhe desperta (amizade, pessoa agradável)?
8. De uma forma geral o seu chefe defende-o perante os seus colegas e os outros (mesmo sem o total conhecimento de todas as questões)?
9. O seu chefe defende-o sempre que comete um erro de forma inocente?
10. Está disposta a esforçar-se para melhorar o trabalho da equipa?
11. Trabalha para agradar ao seu chefe?
12. Você reconhece e respeita os conhecimentos do seu chefe e a sua competência de trabalho (conhecimentos de RH, gestão de equipa)?

Guião de entrevista semi-directa realizada a enfermeiros-chefes sobre “A qualidade dos cuidados”

Segundo a OE os descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros compreendem: **a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o auto cuidado.**

1. Considera que a prestação de cuidados melhorou na última década?
 - a. Se sim, diga o que é que se alterou.
 - b. Se não, em que é que se baseia para dizer isso e quais são as causas, uma vez que se alteraram os conteúdos programáticos
2. Considera que na formação inicial são estudados conteúdos suficientes para atingir este nível de cuidados?
3. A evolução da formação em enfermagem acompanhou as mutações ou as transformações na prática dos cuidados em enfermagem?
4. Que sentimentos é que os seus subordinados lhe despertam (amizade, pessoa agradável)?
5. É capaz de defender os seus subordinados em qualquer situação (entre os subordinados, com os pares e com a chefia)?
6. Você defende o seu subordinado se cometer erros de forma inocente?
7. Gosta de trabalhar para lhes agradar?
8. Você esforça-se para melhorar o trabalho da equipa de enfermagem?
9. Você reconhece e respeita os conhecimentos dos seus subordinados (conhecimentos de recursos humanos, de gestão de equipas)?

ANEXO IV

Síntese narrativa da análise e interpretação das entrevistas semidirectivas

Grelha de análise das entrevistas directivas

Área temática: Melhorar a prestação de cuidados: Opinião dos sujeitos participantes que responderam **SIM**

Categoria	Unidade de registo
A1 - Alteração na forma de ver o utente	<p>“ (...) acho que há preocupação em aprofundar os conhecimentos científicos e procedimentos (...)” E1:01;</p> <p>“ (...) se formos ver, o doente tem a alta e não vai sozinho, tem sempre a família, é muitas vezes complicado cuidar dos doentes, tem de se envolver a família, eu acho que sim (...)” E8:01;</p> <p>“ (...) acho que a enfermagem e a família (...) se adaptou às necessidades, se não pose agora, pode à noite, pode à tarde (...) está muito flexível” E9:01;</p> <p>“ (...) tens de fazer o ensino sempre ao doente mas tens de envolver a família, sempre a família (...) o familiar também fica envolvido no ensino (...)” E11:01;</p> <p>“ (...) não se pode ver o doente sem a sua família (...) recebe-se o doente e a sua família (...)” E19:01</p> <p>“ (...) preocupamo-nos em envolver o doente sobre o seu estado de saúde (...)” E4:01;</p> <p>“ (...) em relação à promoção da saúde, a gente tenta fazer sempre uma promoção, no auto cuidado, nas actividades de vida diárias (...)” E8:01;</p> <p>“ (...) o enfermeiro está mais virado para a promoção da saúde (...)” E9: 01”;</p> <p>“ (...) há cada vez maior preocupação na promoção dos ensinios para a saúde e nos ensinios para a educação e para os hábitos de vida saudáveis (...)” E13:01;</p> <p>“ (...) quando o doente entra no hospital pensa-se sim, em preparar a sua alta, preparando a alta articulando com os CSP (...)” E21:01;</p> <p>“ (...) eu penso que se alterou tudo sobretudo ao nível das estratégias que são desenvolvidas para a prevenção da doença e promoção da saúde (...)” E24:01;</p> <p>“ (...) houve uma preocupação maior em tratar o doente como um ser único (...), há uma maior preocupação com a humanização dos cuidados (...)” E19:01;</p> <p>“ (...) as pessoas tentam fazer com que a linguagem seja mais acessível (...)” E13:01”;</p> <p>“ (...) tenta-se fazer com que o ambiente seja mais íntimo, que a pessoas não se sintam tão exposta (...)” E13:01.</p>
A2 - Políticas de Saúde	<p>“ ... eu acho que foram algumas políticas de saúde, em termos de organização ... ” E2:01;</p> <p>“ (...) têm vindo a desenvolver-se vários projectos, em vários sítios do hospital, para no fundo, dar um bocadinho de cumprimento aos objectivos da qualidade. E10:01;</p> <p>“temos muito mais material (...) temos mais condições em termos de máquinas, temos mais e melhor material ... ” E7:01;</p> <p>“ (...) melhorou o rácio enfermeiro/doente (...) a classificação de doentes segundo os graus de dependência levou ao aumento de rácio mais específico para os enfermeiros (...) também melhoraram as infra-estruturas ... ” E16:01.</p> <p>” (...) melhoria em todo o sistema nacional de saúde (...) uma maior preocupação nos CSP” (...) acho que se tem vindo a fazer alterações na educação para a saúde ... ” E3:01 .</p>
A3 - Formação	<p>“(...) o facto de os enfermeiros terem entrado para o ensino superior, e das habilitações necessárias para o curso de enfermagem serem mais altas (...)” E2:01;</p> <p>“(...) a própria mudança para uma licenciatura de quatro anos já possibilitou o estudo avançado de certas matérias (...)” E16:01; “abordam-se novos temas como ética e investigação (...)” E21:01;</p> <p>“(...) com a licenciatura, em termos curriculares, houve algumas alterações (...) o aluno, hoje em dia, faz os seus estágios sempre com um enfermeiro do próprio serviço, (...) tem uma visão da prática (...) é uma mais-valia para o aluno estar com o enfermeiro do próprio serviço (...)” E20:01;</p> <p>(...) quando o doente entra no hospital pensa-se (...) sim em preparar a alta articulando com os CSP”</p>

	<p>E21:01;</p> <p>“(…) tivemos de acompanhar os conhecimentos e as exigências dos utentes (…) sabem mobilizar mais conhecimentos (…) penso que as competências relacionais são muito mais trabalhadas hoje do que eram há alguns anos atrás” E2:01.</p> <p>“(…) os enfermeiros preocupam-se mais com uma formação complementar, em investir na sua própria formação (…)” E15:01.</p>
--	--

Área temática: Prestação de cuidados: Opinião dos sujeitos participantes que responderam Não

Categoria	Unidade de registo
A1 - Alteração na forma de ver o utente	<p>“(…) há muitos jovens (…) que esquecem um pouco a parte humana (…)” E26:01;</p> <p>“(…) actualmente, acho que se está a virar mais para os números, quantidades e números” E4:01; e</p> <p>“(…) a instituição está mais preocupada com os aspectos financeiros (…) continua a haver serviços donde saem enfermeiros e não entram a substituir porque não há recursos monetários” E17: 01</p>
A2 - Políticas de Saúde	<p>“(…) não há um investimento estruturado, de cima para baixo (…) aqui passa um bocadinho por iniciativas individuais, (…) não é uma iniciativa que abarque o geral (…)” E17:01;</p> <p>“(…) os enfermeiros mais novos precisam de ser mais acompanhados (…) pela mobilização (…) quebra-se o elo de enfermeiro/doente (…)” E4:01.</p>
A3 - Formação	<p>“(…) nos últimos anos noto menos investimento na relação (…)” E1:01.</p>

Área temática: Prestação de cuidados: Opinião dos participantes que responderam Talvez

Categoria	Unidade de registo
A1 - Alteração na forma de ver o utente	<p>“(…) os enfermeiros mais novos têm formação mais diferenciada” E6:01;</p> <p>“(…) às vezes a qualificação técnica e científica fica desprovida, digamos, de alguma caracterização humana, e às vezes tenho-me interrogado se os colegas mais recentes se agarram a este factor humano tão facilmente quanto os mais velhos o agarravam (…)” E6: 01;</p> <p>“nos últimos anos noto menos investimento na relação (…)” E11:01;</p> <p>“(…) na prática não conseguimos realizar pela parte economicista da coisa (…) eu acho que a preocupação deles não é saber se o doente saiu bem cuidado (…) a finalidade é que contou para estatística, está bom, vamos embora, venha o próximo. Sinceramente, neste momento é isso que interessa, o que interessa é que se rentabilize (…)” E12:01.</p>
A2 - Políticas de Saúde	<p>“(…) não temos o número de enfermeiros, essa situação tem vindo a agravar-se E12:01 (…)”;</p> <p>“(…) corta-se muito na questão do rácio dos enfermeiros (…)” E17:01.</p> <p>“os doentes são cada vez mais doentes, é exigido mais tempo para cuidar (…)” E10:01.</p>
A3 - Formação	<p>“(…) o CCFE veio despertar para a necessidade de formação (…)” E6:01;</p> <p>“(…) é-nos dada mais formação (…)” E10:01.</p>

Área temática: Formação inicial e a promoção de competências necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade: Opinião dos participantes que responderam **SIM**

Categoria	Unidade de registo
B1 – Desenvolvimento de competências	<p><i>“na minha escola foram passados determinadas competências e valores que me permitiram saber ser, saber estar e saber aprender (...) ir procurar estudar, saber a importância de me relacionar com as pessoas”</i> E4:02;</p> <p><i>“a formação inicial é aquela que dá todas as bases para o desenvolvimento de cada profissional”</i> E5:02;</p> <p><i>“os professores preocupavam-se não só com os conteúdos mas também com o desenvolver outras capacidades relacionais, de entreajuda, de liderança, de trabalho em equipa”</i> E18:02.</p>
B2 – Contextos da prática	<p><i>“(…) as competências técnicas vão-se adquirindo (...)”</i> E8:02; <i>“claro que o desenvolvimento das competências vem com a prática (...)”</i> E9:02;</p> <p><i>“(…) a experiência em campo é que vai tornar os enfermeiros mais qualificados (...)”</i> E16:02.</p>
B1 - Desenvolvimento de competências	<p><i>“na minha escola foram passados determinadas competências e valores que me permitiram saber ser, saber estar e saber aprender (...) ir procurar estudar, saber a importância de me relacionar com as pessoas”</i> E4:02;</p> <p><i>“a formação inicial é aquela que dá todas as bases para o desenvolvimento de cada profissional”</i> E5:02;</p> <p><i>“os professores preocupavam-se não só com os conteúdos mas também com o desenvolver outras capacidades relacionais, de entreajuda, de liderança, de trabalho em equipa”</i> E18:02.</p>
B2 - Contextos da prática	<p><i>“(…) as competências técnicas vão-se adquirindo (...)”</i> E8:02; <i>“claro que o desenvolvimento das competências vem com a prática (...)”</i> E9:02;</p> <p><i>“(…) a experiência em campo é que vai tornar os enfermeiros mais qualificados (...)”</i> E16:02.</p>

Área temática: Formação inicial e a promoção de competências necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade: Opinião dos participantes que responderam **Não**

Categoria	Unidade de registo
B1 – Desenvolvimento de competências	<p><i>“(…) muitas vezes os docentes não têm a amplitude de saberes, que eu acho que enquanto formadores da Escola deveriam ter. Na minha escola as formadoras dos alunos são pessoas que têm uma vasta experiência”</i> E10:03.</p> <p><i>“(…) os alunos chegam com determinadas teorias que na prática já não se usam (...)”</i> E10:03; <i>“em termos de autonomia, procedimentos, de prática, penso que hoje têm muito mais dificuldade (...) hoje em dia nota-se um bocado essa dificuldade”</i> E17:03;</p> <p><i>“(…) mas descure-se um bocadinho a parte prática (...) às vezes já tivemos alunos que realmente sabem muito, mas depois em termos práticos não conseguem articular”</i> E20:02; <i>“(…) eu acho que continua a haver um hiato entre a formação e a prática”</i> E20:03.</p> <p><i>“(…) acho que os profissionais recém-formados se defendem da relação (...) e prepará-los de alguma forma para o aspecto relacional (...)”</i> E24:03.</p> <p><i>“(…) o recém-formado não quer demonstrar ao doente as suas fraquezas, mas ele tem-nas e precisa de acompanhamento e de apoio (...) mas a verdade é que os recém-formados também precisam de ser apoiados (...)”</i> E19: 03;</p> <p><i>“(…) se calhar a distância que eu sinto nos alunos tem a ver com os medos que eles têm e essa insegurança (...) leva-os a defenderem-se”</i> E24:E03.</p>

B2 – Contextos da prática	“(…) as competências técnicas vão-se adquirindo (…)” E8:02; “claro que o desenvolvimento das competências vem com a prática (…)” E9:02; “(…) a experiência em campo é que vai tornar os enfermeiros mais qualificados (…)” E16:02.
----------------------------------	---

Área temática: Formação inicial e a promoção de competências necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade: Opinião dos participantes que responderam **Talvez**

Categoria	Unidade de registo
B1– Desenvolvimento de competências	“(…) têm mais estágio (…) mas faltam algumas coisas principalmente a nível da formação, mais enquanto pessoa, do que quanto a enfermeiro, falta, se calhar, inculir um pouco mais de responsabilidade (…)” E11:02; “(…) muitas vezes são pessoas que não têm competência para lá estar, no aspecto que não têm prática (…)” E10:02; “(…) penso ter havido alguma alteração (…) mas técnica” E1:01; “(…) acham que trazem a teoria e como vêm com o estatuto de licenciados, acham que já sabem mais do que os outros” E4:02.

Área temática: A evolução da formação acompanhou as transformações na prática de cuidados: Opinião dos participantes que responderam **Sim**

Categoria	Unidade de registo
C1 – Formação inicial	“esse complemento de investigação parece ser um contributo ideal (…)” E6:03; “(…) houve até colegas nossos que fizeram formação, no sentido de mostrar a realidade que vivemos actualmente, nesta área” E7:03; “(…) só o facto de as Escolas estarem mais articuladas com os hospitais e com os estágios a serem acompanhados por enfermeiros orientadores nos locais de estágio dá mais noção da realidade (…)” E2:03; “(…) as Escolas têm feito um esforço para mudar (…)” E4:03; “(…) preocupação da parte académica de articular os conteúdos com a prática (…)” E7:03; “(…) a mudança nos ensinamentos clínicos foi uma mais-valia (…)” E11:03; “(…) tem havido preocupação em tentar perceber a realidade do contexto de trabalho para poderem adequar mais a formação dos novos profissionais (…)” E12:03.
C2 – Formação contínua	“(…) tentamos estar actualizados, fazer formação (…) tenta-se acompanhar e tenta-se estudar e tenta-se aprender (…)” E3:03; “(…) a formação em serviço resulta sempre de uma necessidade sentida no local (…) terão mais sentido e uma aplicabilidade maior se alinhadas no contexto do serviço (…)” E6:03; “(…)o enfermeiro deve investir na sua formação contínua (…)” E8:03; “(…) é-nos dada formação ou então fazemos nós próprios essa formação, quer seja em serviço, quer seja fora (…)” E22:03.
C3 - Respeitar o utente	“(…) a prática de enfermagem tem vindo a centrar-se cada vez mais no utente e na respectiva família (…) de maneira que ele próprio possa alterar hábitos de vida e contribuir para alterações de comportamentos (…)” E5:03.

Área temática: A evolução da formação acompanhou as transformações na prática de cuidados: Opinião dos participantes que responderam **Talvez**

Categoria	Unidade de registo
C1 – Formação inicial	“(...) penso que a nossa formação de base podia ser um bocadinho mais científica (...) ainda estamos baseados no que se diz e se escreve, descura-se aquilo com que nos deparamos na realidade (...)” E15:03; “(...) acho que ainda há um hiato entre a formação e a prática, às vezes não temos as condições de pôr em prática determinados aspectos da formação que fazemos (...)” E20:03.

Área temática: Contributos da formação pós-graduada para a melhoria da qualidade de cuidados

Categoria	Unidade de registo
D1 – Tem contributos	“ (...) quanto maior a formação mais sabemos ...” E2:04; “ (...) aprendi coisas novas, pensei em coisas que ainda não tinha pensado (...) isto promove a melhoria dos cuidados e a satisfação do utente (...)” E3:04; “ (...) as pessoas trazem esse suporte e procuram aplicá-los na prática e transmiti-los às pessoas com quem trabalham (...)” E4:04; “ (...) trazemos sempre novas maneiras de observar as coisas (...) actualmente é muito importante dar visibilidade ao nosso trabalho (...)” E5:04; “ (...) acaba por alargar um pouco os seus conhecimentos, mais-valia para os pares porque com eles vão aprendendo alguma coisa; nos aspectos técnicos também acabam por melhorar a sua percepção (...)” E7:04; “ (...) desperta-nos para determinada forma de actuar (...) tem um contributo importante para a prestação de cuidados (...)” E17:04; “ (...) é uma mais-valia para toda a equipa, e acho que é com os saberes de todos que conseguimos evoluir (...)” E24:04; “ (...) senti que foi importante para mim (...)” E3:04; “ (...) fez-me reflectir sobre a minha actuação e tenho a certeza que alterei muitos aspectos da minha prática (...)” E21:04; “ (...) a nível relacional, se calhar tentar perceber um bocadinho melhor os doentes, pormo-nos do lado deles (...)” E8:04; “ (...) em termos relacionais traz sempre mais-valias para o doente, acho que temos oportunidade de cuidar melhor do doente (...)” E20:04. “(...) as pessoas trazem esse suporte e procuram aplicá-lo na prática e transmiti-lo às pessoas com quem trabalham (...)” E4:04; “(...) é uma mais-valia para toda a equipa, e acho que é com os saberes de todos que conseguimos evoluir (...)” E24:04. “senti que foi importante para mim” E3:04; “(...) trazemos sempre novas maneiras de observar as coisas (...) actualmente é muito importante dar visibilidade ao nosso trabalho (...)” E5:04; “(...) acaba por alargar um pouco os seus conhecimentos, mais-valia para os pares porque com eles vão aprendendo alguma coisa; nos aspectos técnicos também acabam por melhorar a sua percepção (...)” E7:04; “(...) desperta-nos para determinada forma de actuar (...) tem um contributo importante para a prestação de cuidados (...)” E17:04; “(...) isso vai ajudar a melhorar a nossa prática (...) vai permitir melhorar e prestar melhores cuidados” E21:04.

<p>D2 – Não tem contributos</p>	<p>“ (...) muitos colegas também pensam que o facto de não ser reconhecida, em termos de carreira, com remuneração, que só devem aplicar esse conhecimento quando recebem como tal” E1:04;</p> <p>“ (...) continuam no mesmo serviço e com as mesmas funções e acham que isso não lhes permite ver para além do que faziam” E1:04;</p> <p>(...) nós não temos actualizações nas remunerações, isso é u factor de desmotivação” E2:04;</p> <p>“ (...) as pessoas com mais formação são desviadas para a gestão (...) muitos colegas acabam a especialidade e continuam no mesmo serviço e com as mesmas funções, às vezes não têm a tal motivação ... ” E1:04;</p> <p>“ (...) as pessoas não aplicam mais porque não sentem que há retorno das instituições ... ” E2:04;</p> <p>“ (...) a política da instituição tem sido pouco direccionada para os locais necessários ... ” E6:04;</p> <p>“ (...) as colegas com a formação da especialidade assumem funções de chefia e não podem estar a exercer a especialidade ... ” E14:04;</p> <p>“(...) não vejo grande contributo, ficam a assumir funções de chefia ... ” E16:04;</p> <p>“ (...) a formação que é feita é um bocadinho descontextualizada, alguns enfermeiros andam fazer formação, por fazer formação, não está contextualizada com o serviço (...) no dia-a-dia acaba por não ter reflexo (...) no caso das especialidades, não tem grandes reflexos porque assumiram funções que nada tem a ver com a área da prestação de cuidados ... ” E17:04;</p> <p>“ (...) essa pós graduações e esses mestrados deviam ser feitos de acordo com as necessidades que as pessoas têm para prestar melhores cuidados, para apostar na sua formação e não só para subir ou ter o grau académico ...” E19:04;</p> <p>“ (...) o que está a falhar é as pessoas sentirem que a instituição não reconhece o seu valor, isso desmotiva-os completamente (...) a parte organizacional não está a saber lidar com as pessoas ...” E23:04;</p> <p>“ (...) os que fazem especialidades, normalmente, ficam nos gabinetes, portanto assim mesmo na prática, não ficam ...” E24:04.</p> <p>“ (...) não melhora nada o aspecto relacional (...) eu acho que não é só a pós graduação nem o mestrado, pode influenciar um bocadinho (...) mas não vai fazer a diferença” E19:04;</p> <p>“ (...) reflecte-se a nível individual, em termos de prestação, não em termos de equipa (...)” E9:04;</p> <p>“ (...) quando se faz uma formação, não é só a nível individual mas também a nível de serviço, de uma equipa, partilhar esses saberes (...) mas não sinto as pessoas com vontade de nem empenho para isso (...) E9:04;</p> <p>“ (...) as pessoas que fazem os mestrados para ter mestrado e não subjacente à área em que estão a trabalhar. As pós-graduações já estão decorrentes da área em que estão a trabalhar mas na prática não vejo tradução ... ” E9:04;</p> <p>“ (...) as pós-graduações não vejo que tenha alterado muita coisa ...” E14:04;</p> <p>“ (...) insegurança (...) se calhar a distância que eu sinto nos alunos, tem a ver com medos que eles têm, e essa insegurança que podem sentir leva-nos a defenderem-se (...)” E24:03.</p>
--	--

ANEXO V

Pedido de autorização

Conselho Directivo da ARS (LVT) I.P

Exmo. Sr. Vice-Presidente do Conselho Directivo
da ARS-LVT, I.P., Dr. Luís Afonso

14 de Outubro de 2008

Assunto: Aplicação de um instrumento de colheita de dados nos Centros de Saúde da Alameda e Penha de França

Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa, Professora-Adjunta da ESEL de Lisboa, a desenvolver o trabalho de investigação da tese de Doutoramento em Educação relacionada com a temática do ensino de enfermagem e a repercussão na qualidade dos cuidados, orientada pelo Professor António Luís Carvalho, Professor Coordenador da ESE do Porto, vem por este meio solicitar a V. Ex.^ª autorização para a recolha de dados na forma de questionário a utentes dos Centros de Saúde da Alameda e Penha de França, sobre o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. A recolha de informação é realizada por mim própria.

Os utentes a inquirir serão seleccionados de forma aleatória nos referidos Centros de Saúde.

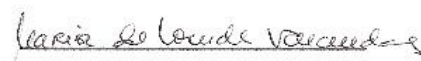
Da colheita de dados não resultarão cópias ou documentos que identifiquem os respectivos utentes. A colheita de dados será efectuada com os questionários que se anexa ao pedido.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão no estudo os utentes que:

- Deram o seu consentimento em participar no presente estudo;
- Serem indivíduos com idade superior a 16 anos

Agradecemos desde já toda a disponibilidade para a análise do pedido solicitado.

Com os meus agradecimentos


Maria de Lourdes Varandas

ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



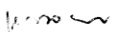
Exma. Senhora
Enf. Maria de Lourdes Varandas
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Av. D. João II, Lote 4.69.01
1990-096 Lisboa

20.NOV2008 025951

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
	14.10.2008	CD	19.11.2008

Assunto: Aplicação de um instrumento de colheita de dados nos Centros de Saúde da Alameda e Penha de França

Em resposta à carta da Senhora Enfermeira de 14 de Outubro de 2008 sobre o assunto em epígrafe e após consulta às respectivas Direcções dos Centros de Saúde, informamos que nada temos a opor, desde que salvaguardada a privacidade dos utentes.

Com os melhores cumprimentos, 

A Vogal do Conselho Directivo


ANA PAULA BERNANDES
Vogal do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

ANEXO VI

Pedido de autorização

Conselho de Administração do CHLC - E.P

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE

20 de Outubro de 2008

Assunto: Aplicação de um instrumento de colheita de dados nos Hospitais de S. José, St.ª Marta e St.º António dos Capuchos

Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa, Professora-Adjunta da ESE de Lisboa, a desenvolver o trabalho de investigação da tese de Doutoramento em Educação relacionada com a temática do ensino de enfermagem e a repercussão na qualidade dos cuidados, orientada pelo Professor António Luís Carvalho, Professor Coordenador da ESE do Porto, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados na forma de questionário a utentes do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), nos Hospitais de São José, St.º António dos Capuchos, St.ª Marta, nos serviços relacionados com as áreas de neurociências, coração e vasos e serviços de cirurgia, sobre o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. A recolha de informação é realizada por mim própria.

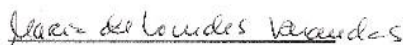
Os utentes a inquirir serão seleccionados de forma aleatória nas referidas unidades de internamento. Da colheita de dados não resultarão cópias ou documentos que identifiquem os respectivos utentes. A colheita de dados será efectuada com os questionários que se anexa ao pedido.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão no estudo os utentes que:

- Deram o seu consentimento em participar no presente estudo;
- Serem indivíduos com idade superior a 16 anos

Agradecemos desde já toda a disponibilidade para a análise do pedido solicitado.

Com os meus agradecimentos



Maria de Lourdes Varandas

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE

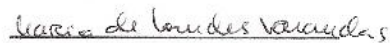
20 de Outubro de 2008

Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa, Professora-Adjunta da ESE de Lisboa, a desenvolver o trabalho de investigação da tese de Doutoramento em Educação relacionada com a temática do ensino de enfermagem e a repercussão na qualidade dos cuidados, orientada pelo Professor António Luís Carvalho, Professor Coordenador da ESE do Porto, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a recolha de dados na forma de entrevista a enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), nos Hospitais de São José, St.^o António dos Capuchos, St.^a Marta, nos serviços relacionados com as áreas de neurociências, coração e vasos e serviços de cirurgia, sobre o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. A recolha de informação é realizada por mim própria.

A colheita de dados será efectuada com o guião de entrevista que se anexa ao pedido.

Agradecemos desde já toda a disponibilidade para a análise do pedido solicitado.

Com os meus agradecimentos



Maria de Lourdes Varandas


Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.S.P.
HSAC e HSJ

Amendo
deu para
09/02/2009
Ana Soares
Enfermeira Directora

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE - HSAC e HSJ

Parecer

03-06-2009

Assunto: Aplicação de um instrumento de colheita de dados aos utentes internados nos serviços relacionados com as Áreas de Neurociências, Coração e Vasos, e Unidade Funcional de Cirurgia, do CHL Central.

Trata-se de um trabalho que visa avaliar a repercussão do ensino da classe de enfermagem, na qualidade dos cuidados prestados, através da aplicação de um questionário, aos doentes internados nas Unidades Funcionais UCV, Neurocirurgia 2, Cardiologia e Vascular e Serviço 2-6, em que pretendem saber o grau de satisfação destes doentes, relativamente aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados.

Deste mesmo trabalho faz parte a realização de entrevistas a enfermeiros, nas mesmas áreas hospitalares, os quais darão também o seu Consentimento para participar no estudo, devendo ser titulados como especialistas, ter formação pós-graduada ou serem Enfermeiros-Chefe.

Os doentes terão uma idade superior a 16 anos, no entanto, o Consentimento deverá ser dado, pelos pais ou seus representantes legais, ou ainda o tutor legal se for o caso.

Da análise do questionário para os doentes e do guião para a entrevista aos enfermeiros, não encontramos, do ponto de vista ético, qualquer óbice, pois estão de acordo com a "legis artis", e assim cremos que os estudos podem ser autorizados.

**CONFORTIZO O
COMISSÃO DE ÉTICA**
11/7/2009 

COMISSÃO DE ÉTICA
O Presidente da Comissão de Ética,

(António Santos Castro, Dr.)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
Zona Central
Conselho de Administração
Secretariado

HSAC - Comissão de Ética para a Saúde - HSAC e HSJ
Responsabilidade - Responsabilidade

747 21230233 - 041 343

1/2

ANEXO VII

Consentimento informado

ESTUDO SOBRE
“OPINIÃO DOS UTENTES EM RELAÇÃO À QUALIDADE DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM”

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, concordo em participar no estudo que me foi proposto, disponibilizando-me para o preenchimento do Questionário.

Este é aplicado por uma docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (devidamente identificada), no Centro de Saúde.

Data ____/____/____

O utente _____

A docente _____

ESTUDO SOBRE
“OPINIÃO DOS UTENTES EM RELAÇÃO À QUALIDADE DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM”

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, concordo em participar no estudo que me foi proposto, disponibilizando-me para o preenchimento do Questionário.

Este é aplicado por uma docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (devidamente identificada), no Hospital.

Data ____/____/____

O utente _____

A docente _____

ANEXO VIII

Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos SUCHE₂₁ e SUCECS₂₆

Aplicação dos instrumentos SUCEH21 e SUCECS26

De: **Lourdes Costa** (lourdes_vcosta@hotmail.com)

Enviada: quinta-feira, 9 de outubro de 2008 20:40:45

Para: ana@esenf.pt

Cara colega Ana

No contexto da tese de doutoramento relacionada com a formação em enfermagem e a repercussão na qualidade dos cuidados, orientada pelo Prof. Luís Carvalho, venho solicitar autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, construídos e validados pela professora, versão SUCEH₂₁, para avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar e, a versão SUCECS₂₆ para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, nos CSP.

Obrigada pela atenção e desde já agradeço a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos

Lourdes Varandas

Re: Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem

De: **Ana Leonor** (ana@esenf.pt)

Enviada: sexta-feira, 10 de outubro de 2008 11:51:47

Para: **Lourdes Costa** (lourdes_vcosta@hotmail.com)

Assunto: Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH) no Hospital e Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem São João, autora dos Formulários de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem SUCEH e SUCECS, vem por este meio, autorizar a utilização dos referidos formulários, no contexto da tese de doutoramento relacionada com a formação em enfermagem e a repercussão na qualidade dos cuidados, por Lourdes Costa, desde que respeitados os passos para a sua correcta utilização.

Porto, 10 de Outubro de 2008

Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto - Pólo São João
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Ext: 163
Tel: +351225073500
Fax: +351225096337
EMAIL: ana@esenf.pt

ANEXO IX

**Formulário de avaliação da
satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital
SUCEH₂₁**

Formulário de avaliação da
Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital
SUCEH₂₁

Copyright © 2003. RIBEIRO, Ana. Escola Superior Enfermagem São João. Porto. Email:ana@esenf.pt

Estamos a realizar um estudo para saber a opinião das pessoas que recorrem ao Hospital, sobre a sua satisfação com os cuidados de enfermagem.

Gostaríamos de saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre este assunto. Este inquérito demorará aproximadamente 10 minutos.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

As suas respostas são estritamente confidenciais.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no hospital.

DADOS GERAIS

-
- **Sexo:** M F **Idade em anos** _____
 - **Local de residência:** Localidade _____ **CS de apoio** _____
 - **Estado civil:** solteiro / casado / separado / divorciado / viúvo **Habilitações literárias** (que estudos tem?): _____
 - **Profissão:**
R - reformado DO - doméstica DE - desempregada E - estudante S - TW na área da saúde
O - outras profissões

INTERNAMENTO HOSPITALAR

Local do internamento: Cirurgia _____ Medicina _____ Outro serviço _____
Data do internamento ____/____/____
Necessitou de cuidados de enfermagem após a alta?
Se sim, especificar: T - tratamentos I - injectáveis A - apoio domiciliário O - Outro tipo de cuidados

SUCEH₂₁ - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Hospital				
As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos <u>cuidados de enfermagem</u> que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no <u>hospital</u>				
Se estes factos aconteciam:		Faça um círculo no		
Sempre		3		
Às vezes		2		
Nunca		1		
Não se aplica/Sem opinião		0		
1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma ou nenhuma) informação?	3	2	1	0
2. Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3. Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. Lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8. Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessários voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
9. Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
10. Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
12. Quando esteve internado, os enfermeiros preocupavam-se em lhe apresentar os outros doentes e o serviço (a localização da WC, do refeitório...)?	3	2	1	0
15. Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
18. Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
19. Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
23. Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
24. Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
25. Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento aos utentes?	3	2	1	0
27. Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
28. Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
31. Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados?	3	2	1	0
Se está:		Faça um círculo no		
Satisfeito		3		
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito		2		
Insatisfeito		1		
Não se aplica/ Sem opinião		0		
6. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11. Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no hospital	3	2	1	0
16. Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/ pedidos	3	2	1	0
17. Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos...)	3	2	1	0
20. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (par o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
32. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
Muito obrigada pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito				

ANEXO X

**Formulário de avaliação da
satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde
SUCECS₂₆**

Formulário de avaliação da
Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de
Saúde
SUCECS₂₆

Copyright © 2003. RIBEIRO, Ana. Escola Superior Enfermagem São João. Porto. Email:ana@esenf.pt

Estamos a realizar um estudo para saber a opinião das pessoas que recorrem ao Centro de Saúde, sobre a sua satisfação com os cuidados de enfermagem.

Gostaríamos de saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre este assunto. Este inquérito demorará aproximadamente 10 minutos.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

As suas respostas são estritamente confidenciais.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no Centro de Saúde.

DADOS GERAIS

▪ Recorre ao Centro de Saúde (consulta de enfermagem) para:

P - Consulta de Planeamento Familiar	V - vacinação	M - Saúde Materna (Gravidez/Puerpério)	H - Consulta de Hipertensão
I - Consulta de Saúde Infantil	A - Apoio domiciliário	D - Consulta de diabetes	T - Tratamento/Injectáveis
O - Outros _____			

• Em média, quantas vezes por ano contacta com o Centro de saúde? _____

• Costuma ir com outros familiares ao CS? Sim Não Familiares: _____

• Sexo: M F Idade em anos _____

• Local de residência: Localidade _____ CS de apoio _____

• Estado civil: solteiro / casado / separado / divorciado / viúvo Habilitações literárias (que estudos tem?): _____

• Profissão:

R - reformado DO - doméstica DE - desempregada E - estudante S - TW na área da saúde O - outras profissões

SUCECS₂₆ - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde					
As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos <u>cuidados de enfermagem</u> que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no <u>centro de saúde</u>					
Se estes factos aconteciam:			Faça um círculo no		
	Sempre	3			
	Às vezes	2			
	Nunca	1			
	Não se aplica/Sem opinião	0			
1.	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação	3	2	1	0
2.	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitavam para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem	3	2	1	0
3.	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4.	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. Lares, serviços sociais ...)?	3	2	1	0
5.	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7.	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8.	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessários voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
9.	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe a informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
10.	Os enfermeiros procuraram explicar-lhes os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	3	2	1	0
12.	No CS, os enfermeiros preocupavam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas ...)?	3	2	1	0
13.	No CS, os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhes quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0
14.	No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
18.	Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
20.	Os enfermeiros preocupam-se em manter a sua privacidade quando lhes prestavam cuidados?	3	2	1	0
21.	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
24.	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
25.	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
26.	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento aos utentes?	3	2	1	0
27.	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
28.	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
31.	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados?	3	2	1	0
Se está:			Faça um círculo no		
	Satisfeito	3			
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	2			
	Insatisfeito	1			
	Não se aplica/ Sem opinião	0			
6.	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11.	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	3	2	1	0
22.	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhes resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
29.	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
30.	Relativamente ao modo como os enfermeiros lhes prestavam os cuidados	3	2	1	0
32.	Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	3	2	1	0
Muito obrigada pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito					