

Dedicatória

A Ti, a Nós, a Vós e a

Eles... todas as pessoas, alvo dos cuidados de enfermagem.

Agradecimentos

A realização da presente dissertação não teria sido possível sem a colaboração, presença e apoio de diferentes pessoas, as quais gostaria de deixar o meu expresso reconhecimento:

Ao meu orientador, Professor Óscar de Sousa, pela disponibilidade, incentivo e estímulo intelectual proporcionado, fundamental na concretização deste percurso. Sinto-me privilegiada em ter usufruído da sua orientação e amizade.

Aos colegas do Departamento de Fundamentos de Enfermagem, da Escola Superior de Lisboa, pela compreensão, solidariedade e encorajamento fundamentais neste trajecto. A todos, e a cada um em particular, o meu muito obrigada.

Aos colegas do Serviço de Imagiologia, do Hospital de Santa Maria, pelo suporte e atenção concedida.

Ao amigo César Fonseca, pelo debate de ideias e olhar crítico proporcionado, que foram determinantes na planeamento e consecução desta investigação. Aos amigos José Reis e Sara Bernardino pelo alento, palavras de reconforto e encorajamento, cruciais na vivência desta etapa.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo, pela disponibilidade e autenticidade na partilha do seu conhecimento e experiência profissional.

À minha família, pais, irmã e avó pelo carinho, apoio incondicional e persistência que desde de sempre me transmitiram. Obrigada pela vossa compreensão.

RESUMO

A individualização dos cuidados de enfermagem tem sido associada a uma evolução clínica mais favorável, representando um importante parâmetro de avaliação e de desenvolvimento dos serviços de saúde. A tónica atribuída a esta problemática não só é evidenciada por diversos autores, como se enquadra nas metas de modernização do Sistema Nacional de Saúde e é destaque em vários códigos normativos da profissão nacionais e internacionais, como uma obrigação moral e deontológica. Assim, pretende-se mediante os ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem, identificar quais indicadores do cuidado individualizado, para se efectivar a sua incorporação na formação inicial em enfermagem. Para tal efeito, construiu-se uma bateria de indicadores mediante análise de duas revisões sistemáticas da literatura, que teve por base o Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem, desenvolvido por Irvine *et al.* (1998). Para à adaptação à realidade portuguesa recorreu-se à técnica de Delphi, com duas rondas, que incluiu respectivamente, 12 e 10 peritos de enfermagem. Na análise de dados utilizou-se o nível de concordância superior ou igual a 90%, na última ronda. Na segunda fase do estudo, aplicou-se um inquérito por questionário (α de Cronbach = 0,919) para testar a sua aplicabilidade dos indicadores, a 156 enfermeiros, do mesmo hospital da área da grande Lisboa, no Serviço de Medicina e Cirurgia. Recorreu-se ao SPSS, versão 19 e realizou-se análise univariada e estatística analítica. Na bateria final de indicadores foram incorporados aqueles com ponderação positiva ($\geq 51\%$). Os dados qualitativos obtidos foram submetidos a análise de conteúdo. Dos 58 indicadores iniciais, consolidaram-se 8 categorias: cuidado à pessoa em fim de vida e família, toque terapêutico, educação para a auto-gestão da saúde, cuidados de proximidade, gestão de casos, empoderamento/ literacia para a saúde, linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência e apoio psico-emocional, com valorização de 28 indicadores. O tempo de experiência profissional, tipo de serviço e tempo de permanência no mesmo serviço influenciou a percepção dos enfermeiros, confirmando os pressupostos de Irvine *et al.* (1998) e Benner (2001). A correlação total dos indicadores, no questionário, variou entre 0,248 e 0,650, para $p < 0,01$. O facto de todas as correlações serem positivas significa que provavelmente estão associados à problemática da individualização, pelo que se sugere a sua transposição para o ensino de enfermagem.

Palavras-Chave: Indicadores do cuidado individualizado; Curso de Licenciatura em Enfermagem; interface teoria/ prática; contextos de trabalho.

ABSTRACT

The individualization of nursing care has been associated with a more favorable clinical evolution, an important parameter for the evaluation and development of health services. The emphasis given to this problem is not only evidenced by several authors, as fits the goals of modernizing the National Health System and is featured in several normative codes of the profession nationally and internationally, as a moral and ethical obligation. Thus, it is intended by the gains in health sensitive to nursing interventions, identify indicators of individualized care and give effect to its incorporation into the initial training in nursing. For this purpose, we constructed a series of indicators by analyzing two systematic reviews of literature, which was based on the *The Nursing Role Effectiveness Model* developed by Irvine et al. (1998). For the adaptation to the Portuguese appealed to the Delphi technique with two rounds, which included, respectively, 10 and 12 nursing experts. In data analysis we used the level of agreement greater than or equal to 90% in the last round. In the second phase of the study, we applied a questionnaire (Cronbach's $\alpha = 0.919$) to test the applicability of the indicators, the 156 nurses in the same hospital in the Greater Lisbon area, the Department of Medicine and Surgery. Done using the SPSS, version 19 and conducted a univariate analysis and analytical statistics. In the final heat of indicators were incorporated into those with positive weight ($\geq 51\%$). Qualitative data were subjected to content analysis. Of the initial 58 indicators, eight were consolidated categories: care to the person and family life, therapeutic touch education for self-management of health care outreach, case management, empowerment / literacy to health, a telephone line permanent support / tele-assistance and psycho-emotional, with an appreciation of 28 indicators. The length of professional experience, type of service and length of stay in the same service influenced the perception of nurses, confirming the assumptions of Irvine et al. (1998) and Benner (2001). The total correlation of the indicators in the questionnaire ranged between 0.248 and 0.650, $p < 0.01$. The fact that all correlations are positive means that are probably associated with the problem of individuation, which is suggested by its implementation in nursing education.

Keywords: Indicators of individualized care; Degree in Nursing; interface theory / practice; work contexts.

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	12
------------------------	-----------

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO17

CAPÍTULO I. FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM: UM PROCESSO CENTRADO NO ESTUDANTE.....	18
---	-----------

1.1. Perspectivas Actuais da Educação e Formação em Enfermagem.....	19
1.2. Contornos do Curso de Licenciatura em Enfermagem	21
1.3. Relação Teoria/ Prática da Enfermagem.....	26
1.4. Contributo da Formação Inicial na Construção de Novas Competências.....	29

CAPÍTULO II. INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UM PROCESSO CENTRADO NA PESSOA.....	35
--	-----------

2.1. Construção da Identidade de Ser Enfermeiro no Paradigma Emergente.....	36
2.2. Individualização dos Cuidados de Enfermagem.....	39
2.3. Prática baseada na evidência: Ganhos em saúde relacionados com a individualização de cuidados	42
2.3.1. Análise de Revisão Sistemática da Literatura de Suhonen et al. (2008): Revisão sobre os resultados das intervenções de enfermagem individualizadas na pessoa adulta.	45
2.3.2. Revisão Sistemática da Literatura: Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem individualizadas, identificados por pessoas de meia-idade e idosas..	47
2.3.3. Contributos dos ganhos em saúde para a construção dos indicadores da individualização.	50

PARTE 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III. PROBLEMÁTICA DA PESQUISA.....	57
--	-----------

3.1. Questões de Partida.....	59
3.2. Objectivos	60

CAPÍTULO IV. METODOLOGIA	61
4.1. Tipo de Pesquisa	62
4.2. Sujeitos Empíricos	63
4.3. Instrumentos/ Procedimentos de Pesquisa Empírica	65
4.4. Limitações do Estudo.....	74
CAPÍTULO V. PRIMEIRA FASE DO ESTUDO	76
5.1. Primeira ronda da Técnica de Delphi.....	77
5.1.1. Caracterização dos Peritos	77
5.1.2. Apresentação dos Dados	79
5.2. Segunda Ronda da Técnica de Delphi	84
5.2.1. Caracterização dos Peritos	84
5.2.2. Apresentação dos Dados	85
CAPÍTULO VI. SEGUNDA FASE DO ESTUDO.....	91
6.1. Inquérito por Questionário	92
6.1.1. Caracterização da Amostra	92
6.1.1. Apresentação dos Dados	94
CAPÍTULO VII. DISCUSSÃO.....	109
CAPÍTULO VIII. CONCLUSÃO	118
CAPÍTULO IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS.....	152
Anexo 1. Revisão Sistemática da Literatura: Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem individualizadas, identificados por pessoas de meia-idade e idosas.....	II
Anexo 2. Questionário da primeira ronda da Técnica de Delphi.....	XVIII
Anexo 3. Questionário da segunda ronda da Técnica de Delphi.....	XXXVII
Anexo 4. Inquérito por questionário.....	XLVII

Índice dos Quadros

Quadro I. 1 – Currículo nacional mínimo para o 1º. Ciclo (adaptado Conselho de Enfermagem, 2003).....	23
Quadro I. 2 – Categorias, indicadores e resultados em saúde do cuidado individualizado, sugeridos pela literatura.....	54
Quadro IV.3. Coeficiente de Correlação de Spearman entre auto-cuidado e autonomia.....	73
Quadro V. 4 – Caracterização do perfil dos peritos submetidos à primeira ronda da técnica de Delphi.....	78
Quadro V. 5 – Indicadores do cuidado individualizado hierarquizados por ordem de importância, na primeira ronda.....	79
Quadro V. 6. Categorias e indicadores do cuidado individualizado sugeridos pelos peritos.....	84
Quadro V. 7 – Caracterização do perfil dos peritos submetidos à segunda ronda da técnica de Delphi.....	85
Quadro V. 8 – Indicadores do cuidado individualizado hierarquizados por ordem de importância, na segunda ronda.....	86
Quadro V. 9. Categorias do cuidado individualizado hierarquizadas mediante média aritmética dos indicadores.....	89
Quadro IV. 10 – Distribuição da idade dos enfermeiros.....	92
Quadro VI. 11 – Distribuição do sexo dos enfermeiros.....	92
Quadro VI. 12 – Distribuição da formação académica dos enfermeiros.....	93

Quadro VI. 13 – Distribuição da categoria profissional dos enfermeiros.....	93
Quadro VI.14 – Distribuição do tempo de experiência profissional dos enfermeiros..	94
Quadro VI. 15 – Distribuição do serviço ocupado pelos enfermeiros.....	94
Quadro VI. 16 – Distribuição do tempo de permanência no serviço supra-referido dos enfermeiros.....	94
Quadro VI. 17 – Análise da fiabilidade dos itens da individualização do cuidado de enfermagem.....	95
Quadro VI.18 – Escala de ordenação numérica das categorias do cuidado de enfermagem.....	96
Quadro VI. 19 – Somatório e consenso obtido na hierarquização das categorias da individualização do cuidado.....	96
Quadro VI. 20 – Hierarquização das categorias do cuidado individualizado.....	97
Quadro VI. 21 – Escala de Likert aplicada para avaliar grau de concordância.....	97
Quadro VI. 22 – Posicionamento dos enfermeiros relativamente aos indicadores do cuidado individualizado.....	98
Quadro VI. 23 - Ponderações dos indicadores do cuidado individualizado.....	99
Quadro VI. 24 – Hierarquização dos indicadores da categoria: educação para a auto-gestão da saúde e medidas de tendência central.....	100
Quadro VI. 25 – Hierarquização dos indicadores da categoria: cuidados de proximidade e medidas de tendência central.....	101

Quadro VI. 26 – Hierarquização dos indicadores da categoria: gestão de casos e medidas de tendência central.....	101
Quadro VI. 27 – Hierarquização dos indicadores da categoria: empoderamento/ literacia para a saúde e medidas de tendência central.....	102
Quadro VI. 28 – Hierarquização dos indicadores da categoria: linha telefónica de apoio permanente / tele-assistência e medidas de tendência central.....	102
Quadro VI. 29 – Hierarquização dos indicadores da categoria: toque terapêutico e medidas de tendência central.....	103
Quadro VI. 30 – Hierarquização dos indicadores da categoria: cuidado à pessoa em fim de vida e família e medidas de tendência central.....	103
Quadro VI. 31 – Hierarquização das categorias do cuidado individualizado a partir dos seus indicadores.....	104
Quadro VI. 32 – Comparação da hierarquização das categorias na 1. ^a e 2. ^a parte do questionário.....	104
Quadro IV. 33 – Taxa de concordância com a inclusão da categoria: apoio psico-emocional.....	105
Quadro VI. 34– Justificação da necessidade de inclusão da categoria: apoio psico-emocional.....	106
Quadro VII. 35 – Indicadores excluídos e incluídos na Técnica de Delphi e inquérito por questionário.....	116
Quadro VII. 36 – Bateria final de categorias e indicadores da individualização de cuidados.....	127

Índice das Figuras

Figura I. 1 – Domínios e sub-domínios das competências profissionais (Adaptado Ordem dos Enfermeiros, 2003).....	25
Figura I. 2 – A competência como resultado do saber, poder e quer agir (adaptado de Le Boterf, 2003: 160).....	33
Figura I. 3. Processo de pesquisa e selecção dos artigos de revisão sistemática da literatura (adaptado de Suhonen et al., 2008: 846).....	46
Figura. I. 4. Processo de pesquisa e selecção dos artigos de revisão sistemática da literatura.....	49
Figura I. 5. Adaptação do Modelo da eficácia do papel de enfermagem de Irvine <i>et al.</i> (1998).....	51

Abreviaturas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

ICN – International Council of Nursing

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática baseada na Evidência

REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Uma panóplia de conhecimentos tem vindo a emergir, desde os anos 60 e 70, no domínio da cosmologia, das ciências da terra, da ecologia, da biologia, da física, da pré-história que transformaram os conceitos sobre o universo, a vida, a terra e o ser humano. No entanto, o que se constata é que todos esses saberes permanecem isolados e o ser humano continua confinado a ser encarado como *puzzle* que perdeu a sua figura. Este é um problema epistemológico, na medida em que é impossível alcançar uma unidade complexa do indivíduo mediante um pensamento disjuntivo, expresso nas próprias ciências humanas que continuam divididas. Neste sentido, torna-se crucial edificar uma educação de futuro que seja capaz de emparcelar todo o conjunto de saberes, com a finalidade de revelar uma verdadeira preocupação pela pessoa, enquanto ser indissociavelmente singular e social (Morin, 2002). Simultaneamente, no âmbito da saúde, a pessoa com regularidade recebe cuidados estritamente direccionados para a componente biológica ou fisiológica, onde se cultiva uma visão redutora, susceptível de a resumir aos sinais exteriores da doença (Hesbeen, 2003).

A prestação de cuidados individualizados conjuntamente com a necessidade dos serviços de saúde se adaptarem às exigências e expectativas dos utilizadores têm sido alvo de uma crescente relevância na política de saúde nos últimos anos (NHS, 2000), que se traduz numa crescente preocupação em providenciar um atendimento com uma qualidade assistencial cada vez superior (Suhonen, Välimäki, Leino-Kilpi & Katajisto, 2004). A pertinência da presente temática inscreve-se de igual modo nas prioridades traçadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ao frisar que os investimentos previstos para o sistema de saúde deverão assegurar, ao cidadão, um atendimento de qualidade, com efectividade e humanidade sustentável ao longo do tempo (Direcção-Geral de Saúde, 2004).

A prestação de cuidados individualizados, como obrigação moral e deontológica, é destaque em vários códigos normativos da profissão de enfermagem: Código Deontológico do Enfermeiro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Destaca-se o artigo 89º, do Código Deontológico do Enfermeiro, inerente à personalização dos cuidados, onde o enfermeiro assume o dever de *“a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”* (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Consequentemente, os enfermeiros são encorajados a integrar a individualidade inerente a cada ser humano, nos cuidados que prestam, em que a explicitação do seu impacto nos resultados em cuidados de saúde se assume como uma prioridade central (Hinshaw, 2000). Todavia, reconhece-se a dificuldade existente em evidenciar quantitativa ou qualitativamente o impacto da individualização nos cuidados (Sunhonen, Välimäki & Leino-Kilpih, 2008), em que nem mesmo os autores, responsáveis pela investigação ou pela conceptualização da individualização, são enfermeiros (Ryan & Lauver, 2002).

Por outro lado, a individualização dos cuidados prestados tem sido associada, genericamente, a uma evolução clínica mais favorável, com aumento da qualidade de vida e autonomia das pessoas (Gilleard & Reed, 1998; Stewart *et al.*, 2000; Tate, Wing & Winett, 2001; Dana & Wambach, 2003; Frich, 2003; Ruggeri *et al.*, 2003). A individualização dos cuidados tem sido encontrada como a maior fonte de satisfação das pessoas com as intervenções de enfermagem, representado um importante indicador de avaliação e de desenvolvimento dos serviços de saúde (Suhonen, Leino-Kilipi & Välimäki, 2005).

Em contrapartida, a literatura sublinha que, as intervenções de enfermagem não são perspectivadas pelas pessoas como acções onde a sua individualidade tenha sido um factor preponderante (Kralik, Koch & Wotton, 1997; Wallace, Robertson, Millar & Frich, 1999; Attree, 2001). Para corroborar este mesmo fenómeno, Suhonen *et al.* (2005) mediante a aplicação de uma escala psicométrica de avaliação dos cuidados individualizados, numa unidade de cirurgia, constataram que os dois itens mais negligenciados pelos enfermeiros, segundo a percepção dos doentes, residiam no conhecimento das suas actividades de vida diárias e no horário preferencial para realização dos cuidados de higiene. Hagsten, Svensson & Gardulf (2004) sugerem, mediante um estudo comparativo realizado no pós-operatório, que o planeamento e implementação de acções de enfermagem personalizadas favorece o auto-cuidado e a independência na realização das actividades de vida diária, aquando o regresso ao domicílio.

Desde um claro ponto de inflexão em 1990, que houve um aumento significativo no volume de literatura sobre a prestação de cuidados individualizados, em que a investigação se centrou essencialmente nas percepções das pessoas, utilizadoras dos serviços de saúde, sobre esses mesmos cuidados (Radwin 1995, 2000) e nas vantagens que daí advêm (Redfern 1996; Waters & Easton, 1999). Paralelamente, é sugerida a

importância de investigar os mecanismos pelos quais os cuidados individualizados se traduzem em ganhos para a saúde (Suhonen *et al.*, 2005).

De acordo com Thompson, Melia, Boyd e Horsburgh (2004) e a e Fineout-Overholt (2005a, b), o processo de tomada de decisão baseado na evidência científica, no contexto de cuidar, que privilegia as preferências e valores individuais da pessoa, está relacionado com resultados em saúde mais favoráveis.

Sistematizando, a intervenção no campo da saúde, sujeita a rápidas metamorfoses, apela para a necessidade de repensar o processo formativo de construção e desenvolvimento da profissão de enfermagem, bem como as competências essenciais ao seu exercício (Carvalho, 2003).

A relevância destas mesmas questões emerge, de igual modo, num projecto de pesquisa da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), onde numa primeira etapa se elaborou um estudo comparativo transcultural internacional sobre a percepção dos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem individualizados. Verificou-se que, os enfermeiros portugueses valorizavam significativamente as intervenções biomédicas, que demonstram a sua centralização nos cuidados físicos, impedindo o vislumbramento da pessoa como um ser total, fragmentando-o em partes simplistas e redutoras (Antunes *et al.*, 2011). O interesse na problemática em questão encontra-se, ainda, relacionado com a participação num grupo de trabalho, dentro da mesma Unidade, na consecução de uma Revisão Sistemática da Literatura sobre os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem individualizadas, identificadas por pessoas de meia-idade e idosas. Perante estes factos é visível que, a construção deste estudo parte de um trabalho prévio e do pressuposto de que o conhecimento se consolida nas múltiplas interacções e em rede com outros parceiros.

Face ao exposto, a finalidade geral do estudo levado a cabo consiste em clarificar os indicadores constituintes do conceito de individualização dos cuidados de enfermagem, a partir da perspectiva de enfermeiros, na *interface* teoria/ prática, de modo a possibilitar a sua inclusão e avaliação mensurável, no Curso de Licenciatura em Enfermagem, dada a sua tradução na eficaz promoção da saúde e bem-estar.

Quanto à estrutura interna, este trabalho divide-se em duas partes: revisão bibliográfica e investigação empírica. Relativamente à primeira, são abordados os conceitos considerados como âncora para o presente estudo. No capítulo 1, aborda-se a formação inicial em enfermagem, como um processo centrado no estudante, na qual

interferem as perspectivas actuais da educação e formação em enfermagem, os contornos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a relação teoria/ prática da profissão e o seu contributo na aquisição de novas competências. O capítulo 2, parte da influência do contexto educativo na construção de identidade de ser enfermeiro, para se compreender como pode integrar as questões da individualização no cuidado que irá prestar, bem como conhecer quais os indicadores, que tem por base os ganhos em saúde, que operacionalizam este conceito, relatados na literatura.

Na segunda parte, insere-se o capítulo 3, constituído pelo enquadramento metodológico da pesquisa empírica, que especifica o objecto de estudo, os objectivos e questões de investigação delineadas, bem como o método qualitativo e quantitativo utilizado, as técnicas de tratamento de dados, os critérios de selecção dos participantes e as limitações subjacentes ao estudo. O capítulo 4 emerge como a sistematização de todo o processo investigativo, que contempla a apresentação, discussão dos dados e conclusões. É decorrente da técnica de Delphi e inquérito por questionário, composto pela caracterização dos sujeitos empíricos, níveis de concordância e apreciação crítica sobre os atributos da individualização, onde à luz da teoria se elaboraram inferências e se exibem os resultados principais.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM: UM PROCESSO CENTRADO NO ESTUDANTE

1.1. Perspectivas Actuais da Educação e Formação em Enfermagem

A formação e a educação são duas terminologias que com frequência surgem associadas, porém é crucial proceder à sua diferenciação. A educação reporta-se a actividades organizadas, com carácter formal, que possibilitam ao indivíduo atingir um gradiente de informação ou de formação, necessário à satisfação de objectivos próprios ou colectivos. A formação exerce efeitos sobre o indivíduo que nela participa, é, portanto, o resultado da acção educativa, que exige mutação na forma de pensar e/ ou agir (Dias, 2004). A formação acontece quando se integra tanto na nossa consciência, como nas nossas actividades as aprendizagens, as descobertas e os significados atribuídos, que são realizados fortuita ou organizadamente, em qualquer espaço social, na reflexão connosco próprios ou com a natureza (Josso, 1988).

Assim, a formação *“corresponde a um processo global de autonomização, no decurso do qual a forma que damos à nossa vida se assemelha – se é preciso utilizar um conceito – ao que alguns chamam identidade”* (Dominicé, 1988: 61). O que significa que a escola não pode analisar situações de formação com base exclusiva nos quadros teóricos, mas também nas tensões produzidas pelos contextos de trabalho, nos quais estão implícitos a personalidade, os conhecimentos, as competências e a identidade profissional dos formandos e do próprio formador (Dias, 2004).

Assim, a educação actual não constrói os seus alicerces com a pretensão de tornar o outro inteligente ou provido de um raciocínio lógico isento de falhas, mas assenta, sobretudo, no desenvolvimento da personalidade, de modo equilibrado, com novas aptidões, passíveis de transformação e aperfeiçoamento no contacto com novas situações. Consequentemente, a formação já não constitui um momento isolado na vida das pessoas, ela abarca o seu passado, o seu presente, com particular ênfase no seu futuro e no seu projecto pessoal, que possibilita a atribuição de sentido (Carvalhal, 2003). Nóvoa (1988: 112) refere mesmo que, *“o sucesso educativo passa pela capacidade de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente, aptos a adquirirem novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes de mudança. Já não se trata de adquirir conhecimentos exactos e definidos, mas de preparar para elaborar, ao longo da vida, um saber em constante evolução e aprender a ser”*. A tónica deve, assim, ser colocada na aquisição e transformação de novas competências, integrada no desenvolvimento global da pessoa, que transcende a aquisição de saberes específicos e compartimentados. Todavia, o

indivíduo somente se transforma em interveniente no momento em que assume responsabilidade, intencionalidade e é capaz de actuar no seu processo de aprendizagem e de formação, para o favorecer e reorientar (Josso, 1988).

Paralelamente, torna-se crucial esclarecer que a influência entre a formação e a profissão é recíproca, onde se revela fundamental a compreensão da função essencial da enfermagem – o Cuidar. Neste sentido, a educação em enfermagem deve contemplar uma abordagem da pessoa na sua totalidade, reconhecendo a aprendizagem como um processo subjectivo, contextual e orientado por valores. À semelhança de Formar e Educar, o estudante deve ser entendido como um cliente, no centro do processo pedagógico, pois tanto a formação como a prestação de cuidados permitem que a pessoa se envolva na experiência e aprenda com ela. O estudante passa a ser entendido como o artesão de si próprio, é com as suas aspirações, vontades e desejos que cria o palco das próprias aprendizagens, não se limita a uma mera relação de aplicação entre teoria e prática, vai mais longe, é co-produtor.

Este é um processo que valoriza a aprendizagem centrada no sujeito, que se baseia na motivação para evoluir e actualizar-se, como resultado da interacção que ele próprio estabelece com o meio (Rogers, 1974). Se a teoria de Kolb enfatiza que é a compreensão da experiência que contribui para a transformação da pessoa, para Rogers é a interacção que o indivíduo estabelece com a experiência que o leva a aprender a transformar-se. Este é um modo de conceptualizar positivamente a pessoa humana, que se difundiu no domínio da Educação e da Enfermagem. Um modelo educativo inovador, que se centra na confiança de que todo o ser humano tem um potencial natural para aprender, onde não é possível ensinar, mas sim facilitar a aprendizagem (Fernandes, 2006).

Entre a acção dos outros (heteroformação) e a do meio ambiente (ecoformação) existe associada uma terceira força de formação, a do eu (autoformação), que cria um campo dialéctico de tensões complexas, que erradica toda a hipótese de simplificação (Pineau, 1988). Deste modo, a formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes). O que significa que somente com um envolvimento do indivíduo é possível assegurar resultados a longo prazo, dado que, “*ninguém forma ninguém*”, todavia carece de igual forma de uma relação/ cooperação participada e interactiva com os seus pares e formador, que é encarada como uma faceta estruturante e profundamente enriquecedora do processo de formação individual (Nóvoa, 1988: 128).

Neste sentido, revela-se fulcral o fortalecimento de uma educação de futuro em enfermagem que ajude os estudantes a analisar, a generalizar e a transferir conhecimentos, considerados imprescindíveis no desempenho do seu papel autónomo, manifestado na tomada de decisão e resolução de problemas. A enfermagem que se baseou durante muitos anos no modelo biomédico, caracterizado pelo raciocínio lógico-dedutivo, redutor, dualista, vocacionado para o diagnóstico e tratamento, transitou gradualmente para um modelo humanista. Este é um modelo existencialista, holístico, subjectivo, interactivo, fenomenológico e orientado para a experiência humana. O desenvolvimento da enfermagem humana, com canais de comunicação mais efectivos entre a sua filosofia, teoria, investigação, prática e formação, centra-se no objectivo de formar enfermeiros competentes. Para tal, impõem-se como prioridade central o desenvolvimento de modalidades de formação e processos de ensino/ aprendizagem que estimulem os estudantes a se transformarem em profissionais inovadores, criativos, que no seu cuidar expressem uma verdadeira preocupação com o outro (Carvalho, 2003), capaz de reflectir o conceito de individualização dos cuidados que prestam.

1.2. Contornos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

O modelo de formação actual de enfermagem está orientado para uma vertente humanista, com interdependência com a dimensão tecnológica, bem como valoriza a transversalidade dos saberes de diferentes áreas do conhecimento. Para além do enfoque sobre a reflexividade na acção, atribui-se peculiar relevo à investigação, como componente indissociável da construção académica. Deste modo, o currículo em enfermagem centra-se no conceito de transicionalidade, na medida em que os seus conteúdos se organizam em torno da relação de proximidade com a pessoa, sujeito activo de cuidados, que se encontra permanentemente em transição entre situações de saúde e de doença, que são desenvolvimentistas e situacionais, numa dinâmica de transição entre o modelo da racionalidade – biomédico e o modelo da competência – cuidar/ curar (Amendoeira, 2006). Actualmente, na enfermagem prevalecem dois paradigmas que motivam diferentes formas de estar na profissão. O paradigma dominante com cerne numa perspectiva mecanicista, vocacionado para os cuidados curativos e/ ou de reparação. O paradigma emergente é dirigido para o cuidar ou para os

cuidados de manutenção, que insere o ser humano nos seus contextos de vida próprios, mediante uma concepção holística e humanista (Collière, 1999).

Esteves (2008) alerta que, a função principal do docente não se resume à simples comunicação da informação, mas sim facilitar e sustentar a emergência de capacidades dos estudantes para pensarem criticamente, para se auto-determinarem e continuarem a aprender ao longo da vida, sendo estes os pontos-chave para a extrapolação do paradigma dominante. Nesta linha de pensamento, Garrison e Archer (2002: 3) sugerem as seguintes situações ideias de aprendizagem no ensino superior:

- todos os aprendentes têm uma experiência de vida a valorizar nos contextos de aprendizagem e, por isso, são capazes de se envolver num empreendimento construtivista do conhecimento;
- o grupo constitui uma comunidade colaborativa de aprendizagem;
- os aprendentes são capazes de assumir a responsabilidade pelo próprio processo de aprendizagem;
- os aprendentes têm ou podem adquirir competências de pensamento crítico;
- a orientação do controle na situação de aprendizagem é congruente com as metas educacionais e capacidades do aprendente;
- a situação de aprendizagem inclui uma intenção que assegura motivação substancial aos estudantes para governarem e gerirem a sua aprendizagem, ou seja, têm incentivo para se auto-determinarem.

A enfermagem portuguesa evidencia uma preocupação na formação de base generalista que promova o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que fomente os fundamentos científicos para o exercício de uma actividade multifacetada que se desenvolve em diferentes contextos sociais. Decorrente do reconhecimento profissional que caracterizou a década de 90, é criado o Curso de Licenciatura em Enfermagem através do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro. O objecto do Curso de Licenciatura em Enfermagem visa, portanto, assegurar *“formação científica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, aos grupos e à comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. O curso visa ainda assegurar a formação necessária: à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; à participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; ao*

desenvolvimento da prática de investigação no seu âmbito” (Ordem dos Enfermeiros, 2007: 3).

A formação em enfermagem está integrada no sistema educativo nacional, no sistema de ensino superior, subsistema politécnico desde de 1988, com duração de 8 semestres ou 240 ECTS, com áreas de actuação profissional previstas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE (Dec. – Lei 161/96, de 4 de Setembro) e regulamentação pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Neste sentido, considera-se importante o esclarecimento da definição do currículo mínimo (Quadro I. 1) que foi construído com o propósito de promover a autonomia das escolas na organização na elaboração do seu próprio, tendo como referência uma terminologia em consonância com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho de Enfermagem, 2003).

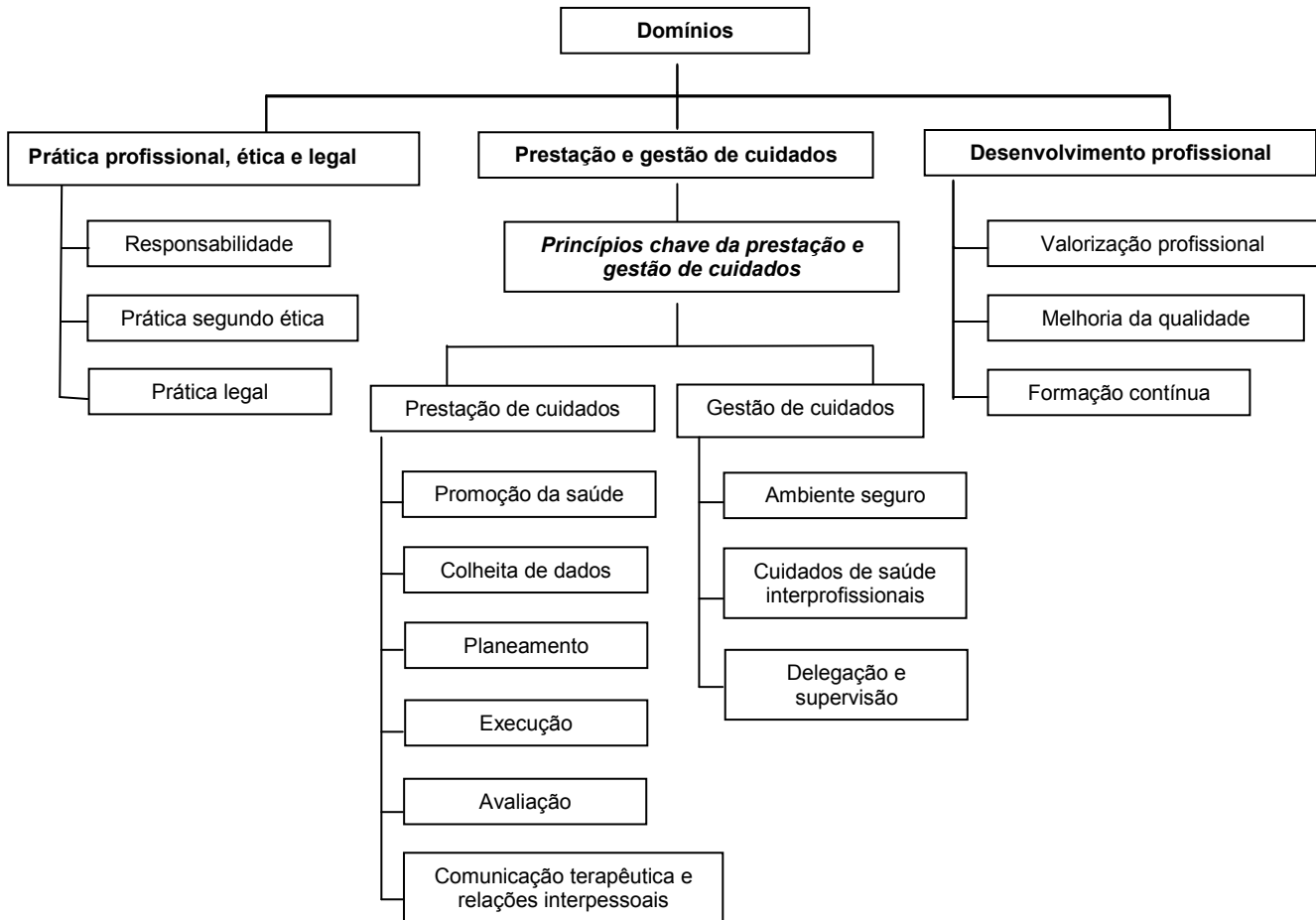
Quadro I. 1 – Currículo nacional mínimo para o 1º. Ciclo (adaptado Conselho de Enfermagem, 2003)

Subsistema – Politécnico/Universitário GRADUADO DO 1º CICLO	
Ciência de base:	ECTS
Enfermagem	
I. Epistemologia da Enfermagem Teorias de enfermagem e Processo de enfermagem II. História da enfermagem III. Ética de enfermagem e Deontologia Profissional IV. Enfermagem e processos de vida: Reprodução Maternidade Nascimento Crescimento e desenvolvimento infantil / Adolescência Idade adulta Envelhecimento Morte V. Enfermagem e os processos corporais Respiração, Circulação, Temperatura corporal, Nutrição, Digestão, Metabolismo, Volume de líquidos, Secreção, Eliminação, Tegumento, Reparação, Actividade motora, Sensação, Resposta imunitária VI. Enfermagem e o agir humano Os comportamentos intencionais: Os estilos de vida, O auto cuidado As interações e a comunicação: O papel parental, O papel de prestador de cuidados. As razões para a acção: As crenças, A volição, A cognição e a aprendizagem, A adaptação, O bem-estar e as emoções. VII. Enfermagem de família e de intervenção comunitária Família: Ciclo de vida, Processos familiares, composição e dimensão da família Comunidade: Processos e composição das comunidades VIII. Enfermagem e processos de doença, com prioridade para os que apresentam maior prevalência em Portugal IX. Prática da Enfermagem em contexto hospitalar, domiciliário e na comunidade em matéria de cuidados à pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade, tendo em conta os vários níveis de prevenção e os principais problemas de saúde.	180
Ciências da área científica	ECTS
Área da saúde	
X. O corpo e as funções biológicas – aprofundamento dos estudos que permitem conhecer os processos corporais e as operações não intencionais relacionadas com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível. XI. O adoecer humano – aprofundamento dos estudos que permitem conhecer os principais processos patológicos e as operações de diagnóstico e tratamento médico das doenças. XII. Psicologia da saúde – aprofundamento dos estudos que permitem compreender a pessoa como um agente intencional de acções: o auto conhecimento, o auto conceito, os processos de adaptação e auto controlo. XIII. Antropologia da saúde – aprofundamento dos estudos que permitem compreender o funcionamento	50

de conjuntos de seres humanos considerados como unidades sociais ou como um todo colectivo: a família e as comunidades. XIV. Ecologia da saúde – aprofundamento dos estudos que permitem compreender as condições ou influências sob as quais o ser humano vive e se desenvolve. XV. Sociologia da saúde – aprofundamento de estudos que permitam compreender as profissões de saúde e as condições sob as quais estas se desenvolvem e se relacionam.	
Area da Gestão: XVI. Organização e gestão dos sistemas e dos cuidados de saúde; Modelos e práticas de gestão. XVII. Recursos em saúde XVIII. Economia em Saúde	
Area da Formação: XIX. Educação em saúde	
Investigação XX. Investigação em enfermagem	
Disciplinas Opcionais Pretende-se que as disciplinas de opção ofereçam ao estudante a oportunidade de perseguir interesses em áreas de estudo que, não tendo obrigatoriamente uma relação directa com a Enfermagem, contribuam para o seu desenvolvimento global.	ECTS 10

A existência de um nível único ciclo de formação base em enfermagem tem sido reconhecido como fundamental pelos organismos internacionais, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que o considera crucial para a melhoria do estado de saúde das populações (Conselho de Enfermagem, 2003). Este único nível de formação em enfermagem que corresponde ao grau de licenciado e o título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo este perfil profissional delimitado pela Ordem dos enfermeiros em conformidade com o Framework of Competencies for the Generalists Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Este perfil de competências profissionais é assumido como orientador para a definição de competências gerais e académicas do estudante (Ordem dos Enfermeiros, 2003), que se explicitam de forma genérica na Figura I. 1.

Figura I. 1 – Domínios e sub-domínios das competências profissionais (Adaptado Ordem dos Enfermeiros, 2003)



De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), perante a análise do futuro do sistema de saúde português e do Observatório Português dos Sistemas de Saúde vive-se uma metamorfose dos cuidados de saúde, relacionada com a reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a modernização do Sistema Nacional de Saúde e com as alterações demográficas, ambientais, sócio culturais e políticas, que determinam a emergência de novos desafios. A actual centralidade na saúde em detrimento da doença permite que o foco de atenção incida na pessoa, na família, nos grupos/ comunidade, com a finalidade de atingir um maior bem-estar ou aptidão funcional. Este novo paradigma, centrado na pessoa, sujeito activo dos cuidados de saúde, requer dos profissionais de saúde e das organizações prestadoras de cuidados o recentrar da sua intervenção nas necessidades e possibilidades do beneficiário dos cuidados, que exige uma abordagem capaz de atender à vulnerabilidade e capacidade da pessoa, no sentido do pleno respeito pela sua dignidade e direito/ dever à saúde. Perante as orientações políticas em matéria de saúde que

sugerem a mudança centrada no cidadão, incentiva-se a prática dos designados cuidados de proximidade, todavia torna-se crucial reflectir que estes cuidados de proximidade só existem se os profissionais valorizarem a singularidade das situações.

O panorama actual dos sistemas de saúde está envolvido em uma crescente complexidade, que absorve os contributos das diversas áreas do saber para a melhoria dos níveis de saúde dos cidadãos, na qual se inscreve a área da educação, com a fulcral função de formar enfermeiros preparados para atender à multidimensionalidade do ser humano nas várias etapas da vida e nas variáveis que afectam a sua homeostasia.

1.3. Relação Teoria/ Prática da Enfermagem

A formação em enfermagem concretiza-se em dois espaços formativos: a escola e as organizações de saúde, que reflectem um processo de formação em alternância entre os dois contextos, com a finalidade de facilitar a transferência das aprendizagens para as práticas, de forma a minimizar as dificuldades da aproximação da escola com o real e a pedagogizar as aprendizagens e vivências nos locais de trabalho. A formação em alternância obedece a uma lógica peculiar, na medida em que aquilo que se aprende na teoria não tem uma aplicação imediata no real, nem tudo aquilo que se aprende na escola é directamente útil às práticas, a sua relação acontece de uma forma própria (Carvalho, 2003). A articulação entre a formação e os contextos de trabalho é uma questão central no ensino/ aprendizagem da profissão de enfermagem, na medida em que formar não se resume a *"ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhá-los colectivamente em torno da resolução de problemas"* (Nóvoa, 1988: 129). De acordo com o mesmo autor, o processo de formação incide na *"produção"* de saber e não no seu *"consumo"*. O hiato existente no ensino da enfermagem entre a teoria e a prática encontra-se repetidamente descrito na literatura (Allmark, 1995; Corlett, 2000; Eklund-Myrskog, 2000; Landers, 2000; Fernandes, 2007), sendo mesmo sublinhada a discrepância que ocorre entre os códigos linguísticos utilizados pelos enfermeiros da prática e pelos professores da escola.

O desenvolvimento da enfermagem esteve, desde sempre, fortemente associado aos saberes da prática, direccionada para o domínio na acção. A integração num denso referencial teórico, que justificasse e fundamentasse as práticas implementadas, ocorreu, porém, numa etapa tardia do processo de evolução da disciplina, o que se traduz na

presente coexistência tortuosa, entre a vertente teórica e prática. A realidade emerge como aquela mais complexa, irreduzível a fórmulas ou compartimentações específicas das disciplinas científicas, em comparação com a teoria. Deste modo, a teoria emerge como uma tentativa de definição do real, baseada no registo e classificação dos padrões de regularidade, com um conjunto de explicações abstractas e logicamente coerentes, que ao sistematizar torna a realidade inteligível. Todavia, é exactamente ao tentar “geometrizá-la” a realidade que surge o confronto entre ambas (Serra, 2006: 132).

Por outro lado, a prática que não se guie por uma teoria pode resultar numa actividade ao acaso, sem uma consequência relevante; assim como um raciocínio científico não pode sobreviver dissociado da realidade, pelo que é crucial uma relação simbiótica teoria/ prática (Sprinthall & Sprinthall, 1993). A escola, como entidade formal de formação, promove a compreensão de teorias, a aquisição de um corpo de conhecimentos científicos, processuais e técnicos, considerados imprescindíveis à fundamentação do exercício profissional. Todavia, na acção são mobilizados um conjunto de saberes que transcendem os supra-mencionados, com inclusão de conhecimentos práticos, tácitos e intuitivos (Nascimento, 2007).

A teoria confere significado ao conhecimento, de modo a melhorar a prática, ao descrever, explicar e antever os fenómenos. A emancipação do enfermeiro aumenta através dos saberes teóricos, na medida em que os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e as tomadas de decisão na prática profissional, bem como incrementa a sua probabilidade de sucesso (Tomey & Alligood, 2003). Assim, a fundamentação científica e técnica dos actos profissionais, a apropriação de saberes teóricos e processuais (por via simbiótica), a ética e as atitudes consideradas desejáveis para a orientação profissional podem ser adquiridas e enriquecidas num espaço escolar, isto é, fora da prática. Paralelamente, a teoria ao necessitar da sua inclusão na realidade, deve possibilitar a sua comprovação, de modo a apreender e a viver plenamente o real. Este fenómeno é explicado pelo facto de, ter conhecimento *sobre* não é sinónimo de competência profissional (Rodrigues, 2007).

A componente da prática, correspondente em alguns currículos ao ensino clínico, que não pode consistir numa mera aplicação de conteúdos académicos, é antes a construção de uma relação de interacção, que transcende a mobilização de saberes prévios e permite a edificação de novos (Maglaive, 1995). Os contextos de trabalho ao serem caracterizados pela complexidade e imprevisibilidade, fazem emergir, assim, a necessidade de competências, para além dos conhecimentos, onde se espera que as

experiências produzidas possam ser descritas, analisadas e reflectidas à luz dos quadros teóricos aprendidos. É importante frisar que, se preconiza uma aprendizagem por tomada de consciência da sua necessidade (Rodrigues, 2007).

O valor epistemológico da prática advém da sua potencialidade para revalorizar o conhecimento, proveniente da prática reflectida, que desafia os estudantes e os profissionais de enfermagem a responderem a novas problemáticas. Este processo é uma fonte de conhecimentos que se geram no próprio contexto, designado de conhecimento na acção, isto é, aprender a fazer fazendo. Consequentemente, a prática na formação inicial em enfermagem facilita a consolidação dos conhecimentos teóricos, a socialização com o papel e valores profissionais, em espaço semelhante aquele em que serão chamados a trabalhar (Alcarão, 1996; Nascimento, 2007). Todavia, é erróneo pensar que este conhecimento profissional produto da acção se pode adquirir por experiência acumulada da realização de determinada actividade. Esta não é uma relação directa, pois a prática é consumidora da teoria, caso contrário se estaria na presença de truques profissionais e não de conhecimentos, tais como os do artesão (Rodrigues, 2007).

Uma verdadeira conexão entre a escola e os contextos de trabalho é crucial na construção de um saber hermenêutico, como resultado de uma reflexão pessoal, que marca a transição de uma consciência imediata que provem das sensações, das vivências ou das experiências, para uma consciência reflectida, que confere capacidade crítica (Finger, 1988). É a cooperação entre o lugar de aprender com o local de fazer que favorece a relação teoria/ prática, oferece ao estudante o contacto com todas as dimensões da profissão e, em simultâneo, o desenvolvimento do saber nas dimensões científicas, técnicas, de relação pessoal e interpessoal, contribuindo para a autonomia, *empowerment*, tomada de consciência de si e da situação onde age (Esteves & Rodrigues, 2003).

A construção desta ponte educativa tem como finalidade a incorporação de competências nos estudantes que se irão expressar sob a forma de desempenhos concretos em situações reais (Nascimento, 2007), de forma a transformarem-se em operantes activos no seio de um processo de acção que lhe garanta os instrumentos teóricos, teórico-práticos e práticos necessários à integração na esfera profissional (Alcarão, 1996). A universitarização da formação dos enfermeiros pode ainda não ter conseguido alcançar os objectivos a que se propõe, mas privar o enfermeiro de uma

formação académica exigente será, notoriamente, um retrocesso na construção do saber específico da enfermagem (Rodrigues, 2007).

1.4. Contributo da Formação Inicial na Construção de Novas Competências

A formação inicial em enfermagem decorre simultaneamente em dois contextos – teórico e teórico-prático na escola e prático em contexto de ensino clínico, com uma complexa multiplicidade de dimensões, das quais se destacam os actores de referência, os tempos e espaços de aprendizagem, natureza dos saberes e competências a desenvolver, o objecto de intervenção dos estudantes, trabalho esperado do estudante e avaliação (Serra, 2008). A formação ao incluir um cariz essencialmente estratégico, deverá manifestar a preocupação em desenvolver nos indivíduos as competências necessárias, para mobilizarem em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação (Nóvoa, 1988).

A competência embora seja um conceito poliforme, com inúmeras definições em diferentes campos do saber e profissões (Serrano, 2008; Oliveira, 2010), é uma dimensão essencial da enfermagem. Face à diversidade conceptual Esteves (2009) enfatiza que, conhecimentos, capacidades, saberes-fazer, habilidades, *skills* ou motivação não podem ser confundidos com o conceito de competência, embora sejam elementos constitutivos do mesmo, falta a situação contextualizada que propicia uma real mobilização em rede.

A necessidade de agir em competência é destaque nos deveres em geral do enfermeiro (Artigo 76º), como obrigação de *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (Decreto de Lei n.º93/ 98). É concomitantemente referenciado pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2002), nos padrões de qualidade dos cuidados, definidos para o exercício da profissão.

Nesta sequência, é primordial falar de competências capazes de privilegiar uma abordagem sistémica centrada na complexidade do ser humano, sem ocultar as múltiplas interacções que se produzem constantemente entre as várias dimensões que o compõem (Hesbeen, 2000). Deste modo, torna-se indispensável uma superação da simplista acumulação de saberes, para conceder espaço a um saber explicativo que permita a antecipação dos fenómenos a observar. A construção do conhecimento em enfermagem

possibilita a tomada de decisão para além do explícito (sintoma clínico, verbalização), uma vez que inclui o implícito no pedido da pessoa cuidada, de modo a providenciar uma resposta atempada e adequada (Pearson & Vaughan, 1992). É preconizado um saber holístico, com base na formulação de diagnósticos de enfermagem e, consequente, acção que daí resulta, apoia-se num raciocínio global, com potencial para tornar os cuidados personalizados, correctos, coerentes, eficazes e evolutivos. Para promover a apropriação do saber relacional, científico e técnico no estudante de enfermagem, é imprescindível explorar situações de cuidados, de trabalho e pedagogias, no sentido de marcar a transição de uma representação abstracta e conceptual para a apreensão concreta de uma situação, mediante o desenvolvimento e exercício das faculdades mentais perante casos reais (Carvalho, 2003).

Le Boterf (1995) considera que a competência advém da capacidade para mobilizar saberes, através da sua selecção, integração e combinação, pelo que salienta os seguintes tipos de saberes, apontados como fundamentais para a aquisição da competência:

- saber teórico – permitem conduzir a acção, que facilita a construção de representações operatórias e a elaboração de hipóteses;
- saber processual – conhecimento sobre as regras para a acção, que descreve procedimentos, os métodos e os modos para agir;
- saber-fazer processual – é o resultado da experiência na prática, o produto da operacionalização dos saberes teóricos e processuais, do qual são exemplo as aulas teórico-práticas e práticas, isto é, situações de simulação do real;
- saber-fazer experiencial – é o saber mobilizado na acção, o seu desenvolvimento carece de experiências práticas que possibilite a sua concretização e capacidade de transferência de outros conhecimentos, dos quais o empírico e tácito. Daí deriva um saber-experiencial, como resultado de uma prática reflectida. É um trabalho em espiral com foco na formação em alternância, dado que é mediante a reflexão sobre uma situação real, acompanhada de um percurso de conceptualização dessa mesma situação, que volta a ser reinvestida numa nova experiência concreta, contribuindo para a progressiva construção de saber;
- saber-fazer cognitivo – compreende as operações intelectuais necessárias à identificação de problemas, formulação de diagnósticos, planeamento de

intervenções, realização de intervenções, avaliação das acções levadas a cabo, tomada de decisão e criatividade;

- saber-fazer social – corresponde aos comportamentos sociais e profissionais, às atitudes relacionais e de comunicação e éticas, ou seja, proporciona o conhecimento sobre os contextos de trabalho, conduta expectável, normas, valores e qualidades necessárias ao exercício da profissão.

Segundo Dias (2004), a formação é um processo de transformação individual, nas suas diversas dimensões: saber (conhecimentos), saber-fazer (capacidades); saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (actualização e adaptação). É a apropriação desses saberes que conduz a um saber-transformar, que emerge da interacção entre esses saberes e a necessidade de adaptação ao contexto de trabalho. Este processo de adaptação desenrola-se mediante a assimilação e a acomodação. A assimilação permite a integração dos novos dados do real, com mobilização dos saberes já adquiridos anteriormente. Paralelamente, a acomodação consiste na reestruturação das estruturas mentais, com o objectivo de solucionar novos problemas, em novas situações. É esta interacção que conduz ao desenvolvimento de competências.

Le Boterf (1994) define competência como um saber mobilizar, em tempo e circunstância oportuna, de conhecimentos ou de capacidade, adquiridas ou não através da formação. Consequente, a competência requer um saber integrar, que permite organizar, seleccionar e integrar o que pode ser útil para o desempenho da actividade profissional, de entre uma panóplia de conhecimento e saberes-fazer. Ser competente é, ainda, sinónimo de ter um saber transferível, que não se limita a reproduzir uma tarefa de forma repetitiva, pois pressupõe capacidade de aprendizagem e adaptação. As competências constroem-se na acção, numa relação de intervenção entre o saber teórico e prático (Maglaive, 1995).

Le Boterf (2006) insere o agir em competência como um processo influenciado por três grandes dimensões: recursos disponíveis que podem ser mobilizados na prática, a acção realizada e os resultados que ela produz e a reflexividade, que consiste no distanciamento das duas dimensões anteriores.

Os recursos a serem mobilizados podem ser de índole pessoal, quando se referem aqueles que o indivíduo integra e se tornam intrínsecos a si próprio, exemplo disso são as capacidades cognitivas, conhecimentos, saber-fazer, aptidões físicas e sensoriais. Paralelamente, existem os recursos externos disponíveis no contexto onde o

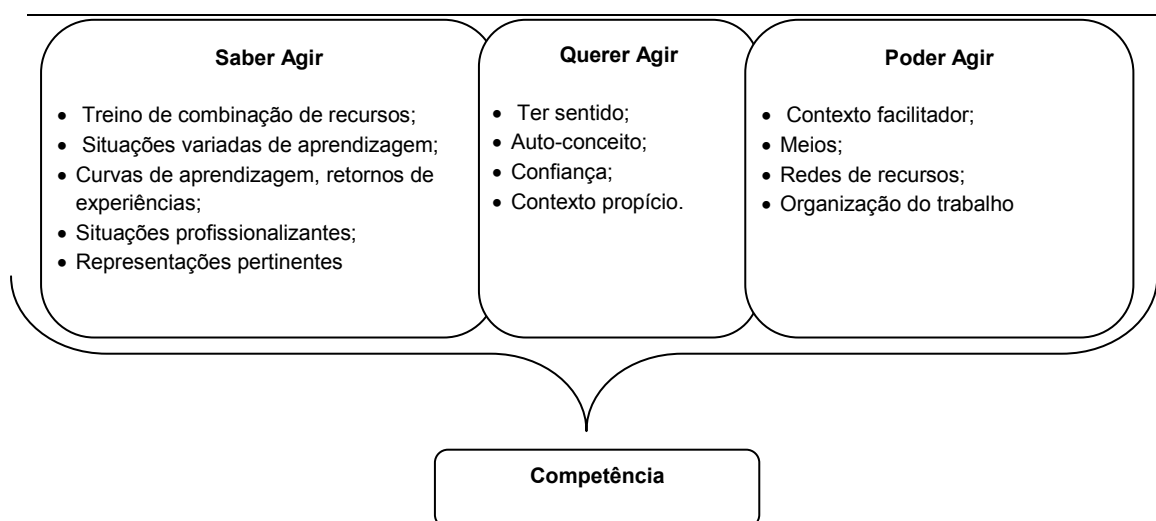
actor exerce a sua actividade, aos quais pode recorrer, tais como, bases de dados, redes de peritagem, redes de cooperação científica, manuais de instrução, entre outros. Esta dupla combinação entre recursos pessoais e do meio envolvente demonstra que se torna difícil ou mesmo impossível ser competente sozinho ou de modo isolado.

As práticas profissionais podem ser entendidas como um conjunto de actos executados para solucionar determinado problema/ situação ou para lidar com determinado evento. É a capacidade para agir através da combinação de diferentes operações, na medida em que actuar em competência significa ter perícia para articular as sequências de acções que inter-dependem entre si, com a intenção de alcançar um objectivo provido de sentido. Torna-se importante frisar que, não existe uma resposta única a um imperativo profissional, dado que cada prática é singular e converge da aprendizagem pela experiência em situações reais ou simuladas de que foram actores.

Relativamente ao distanciamento ou à reflexividade, o profissional para além de agir em pertinência em dada circunstância, compreende também o motivo e o modo como deve actuar. Este processo é designado de *dupla compreensão*, sobre a situação sobre a qual actua e sobre a forma como o faz, que requer capacidade de distanciamento sobre a sua intervenção. É a análise das práticas e a exterioridade adquirida em relação ao próprio e as suas acções, aos recursos pessoais e extrínsecos disponíveis que conduz a uma reconstrução da realidade, mediante o desenvolvimento de esquemas operatórios, modelos cognitivos e esquemas de acção que podem ser transferidos para novas situações, contribuindo para a consolidação do profissionalismo da pessoa envolvida. De acordo com Oliveira (2010), é a qualidade de pensamento que diferencia os seres humanos entre si, em que é crucial uma permanente auto-análise, para que o enfermeiro não se deixe dominar pela rotina, de modo a organizar-se de forma reflexiva e a disponibilizar-se para a pesquisa e mudança.

Tendo em conta Mussak (2004) e Le Boterf (2003) a competência emerge como uma síntese do saber, poder e querer, que se explicita na Figura I.

Figura I. 2 – A competência como resultado do saber, poder e quer agir (adaptado de Le Boterf, 2003: 160)



Neste sentido, Perrenoud (2002) enfatiza, de igual modo, a importância da interligação entre os recursos cognitivos e afectivos para se agir em competência perante situações complexas e exigentes em contexto real, que caracterizam a profissão de enfermagem.

Spencer & Spencer (1993) propõem uma análise de competências em formato de iceberg, onde existem competências visíveis (saberes e habilidades) e ocultas (valores, motivação, auto-conceito). A forma como as pessoas se vêem a si próprias e aquilo que as guia e direcciona na persecução de determinados objectivos influencia a construção de competências. Goleman *et al.* (2002) relativamente à parte invisível do iceberg salienta a importância das competências emocionais ou inteligência emocional, no auto-conhecimento e no relacionamento com os outros.

Adicionalmente, a teórica de enfermagem Benner (2001) propõe o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à profissão, que se processa em cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Os *iniciados* não possuem experiência sobre as situações com as quais possam ser confrontados, onde é manifesta a dificuldade para integrar os conhecimentos académicos que aprenderam nas situações reais que vivem. Esta dificuldade prende-se com o facto de determinadas acções e decisões somente poderem ser apreendidas em

contexto de trabalho, pelo que este modelo é dependente da situação e não propriamente das capacidades intrínsecas da pessoa.

O comportamento dos *iniciados avançados* é aquele que se caracteriza como aceitável, na medida em que já enfrentaram suficientes situações reais, sozinhos ou acompanhados por orientador, para compreender os factores significativos que se repetem em situações idênticas. Todavia, os principiantes e principiantes avançados apenas conseguem apreender um pequeno aspecto da situação, dado que ainda tudo é novo, estranho e complexo.

O enfermeiro *competente* trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, que se relaciona com a aptidão para caracterizar os seus actos em termos objectivos, com a análise consciente, abstracta e analítica que faz dos problemas, capaz de planificar deliberadamente que o ajudará a adquirir a eficiência, a organização e a maleabilidade para transitar para o estado seguinte.

O enfermeiro *proficiente* possui a percepção fundada na experiência, que permite reconhecer as situações na sua globalidade, com capacidade de antecipação, que melhora a sua tomada de decisão, uma vez que dos muitos aspectos e atributos sabe quais são os importantes.

No último estado encontram-se os enfermeiros *peritos*, que não são difíceis de reconhecer pelas suas opiniões clínicas ou gestão de casos complexos, que executam de forma notável. Aqui o resultado da experiência adquirida transcende a passagem do tempo, trata-se sim de enfermeiros capacitados para melhorar as teorias e noções prévias, concebidas como produto das inúmeras situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria.

CAPÍTULO II

INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UM PROCESSO CENTRADO NA PESSOA

2.1. Construção da Identidade de Ser Enfermeiro no Paradigma Emergente

A enfermagem nos últimos 30 anos delineou notáveis estratégias, com a finalidade major de a consolidar como profissão, atendendo aos critérios delimitados pela sociologia das profissões. Os anos 60/ 70 foram marcados por uma redefinição do conceito de saúde introduzido pela Organização Mundial de Saúde, com consequente impacto nos discursos e no âmago da enfermagem. Uma nova concepção que deixou unicamente de se centrar nos cuidados de reparação – na cura (Collière, 1999), para se focar igualmente na promoção e protecção da saúde. Simultaneamente, a pessoa/ família começa a ser interpretada como o centro da acção profissional num *contínnum* de saúde/ doença. Nas listas das prioridades traçadas para incrementar os resultados em saúde, a qualidade dos serviços prestados impõem-se como um aspecto central nas preocupações da gestão organizacional e da enfermagem. Nos anos 90, com a integração da enfermagem no Ensino Superior, o nascimento da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a dimensão relacional que o enfermeiro investia nos cuidados prestados adquire peculiar enfoque, como meio de autonomização da profissão (D’Espiney, 2008a).

Tendo como referência as profundas e constantes mutações que ocorrem na sociedade em geral e no domínio da saúde em particular, os enfermeiros são chamados a fornecer resposta a situações completamente novas. Estas novas situações estão estreitamente relacionadas com o envelhecimento da população, que apela a uma crescente responsabilização da família pelos cuidados à pessoa doente. Paralelamente, a reconceptualização dos hospitais como centros de intervenção na crise, com transferência para as comunidades das antigas funções assistenciais dos hospitais, dilatam o campo de intervenção do enfermeiro. Em simultâneo, a maior acessibilidade e utilização da informação em saúde pela população em geral, a proliferação de sistemas explicativos dos processos de saúde/ doença, o reconhecimento da saúde como um bem passível de ser atingido pela adopção de estilos de vida saudáveis, contribuiu para a descentralização do poder nos profissionais de saúde e produziu modificações importantes nas relações entre os diversos grupos profissionais e destes com as pessoas alvo de cuidados de saúde. Todas estas transformações solicitam o repensar sobre o acto de trabalho, que comporta sempre alterações identitárias (D’Espiney, 2008b).

A nova epistemologia da formação compreende uma aprendizagem realizada em todos os lugares e circunstâncias da vida, intencionalmente ou não, tendo em conta que

apesar da escola, enquanto instituição formal, validar a aquisição de conhecimentos, somente apreende uma reduzida parte do saber global (ser, pensar, fazer e sentir), que cada estudante detém, desenvolve e constrói. Neste sentido, a acumulação de conhecimentos revela-se insuficiente, é crucial um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas, de forma a dar um estatuto ao saber da experiência na (re) construção permanente da identidade profissional (Passarinho, 2008). Interessa sobretudo reflectir ao nível do processo formativo do EU, onde o aspecto fulcral “(...) *não é tanto aquilo que aprendemos mas aquilo em que nos tornamos*” (Mestrinho, 1995: 37).

A enfermagem insere-se numa construção interactiva e permanente entre a pessoa e o meio. Uma interacção influenciada pelos saberes intrínsecos, como os teóricos que o enfermeiro possui, adquiridos no seu processo de formação; e extrínsecos a si, como são os saberes práticos, técnicos e organizacionais, que emergem do contexto de acção. Os diferentes saberes integram, de igual modo, um processo de construção cognitivo (interno ao organismo), afectivo (relacional, orientado para o exterior), simbólico (representações sobre o mundo) e dinâmico, que em situação, compõe a socialização profissional (Serrano, 2008). Dubar (1997: 31) caracteriza este processo de socialização como “*um processo de identificação, de construção da identidade, ou seja, de pertença e de relação*”. Daí advém a construção do EU, que resulta, sobretudo, de um agir comunicacional, fruto da interacção com a socialização primária, promovida pela escola (Durkheim, 1996), que para além de assegurar a legitimação dos saberes, tem como papel estabelecer a sua relação com o mundo profissional – socialização secundária, através da formação em alternância (Dubar, 1997). Assim, tanto a formação como o contexto de trabalho são impulsionadores de transformações identitárias, que estão inter-ligadas a um desempenho, a uma situação, a um grupo (Abreu, 2007).

Na disciplina e profissão de enfermagem o cuidar é afirmado como a sua essência, mas a sua virtude apenas é passível de ser incorporada, integrada, individualizada e hermenêutica através da socialização (Serrano, 2008). Deste modo, o ensino de enfermagem não se pode demitir da responsabilidade em providenciar circunstâncias, espaços e actores facilitadores de uma socialização que permita a integração de um cuidar individualizado, na construção da identidade do estudante. É nesta linha de pensamento que, Hesbeen (2001: 68) refere que “*a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida. Da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar dos outros para além dos actos que executam. Da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a*

qualidade”. A enfermagem inscreve-se claramente numa lógica das “profissões de relação”, que se torna evidente na forte componente de relação interpessoal e intrapessoal que o currículo da licenciatura compreende, tanto em contexto teórico, teórico-prático ou em confronto com situações reais. A valorização da experiência vivida do estudante não pode ser desconectada do seu processo de formação, é imprescindível a inclusão de um trabalho emocional, decorrente da relação pessoa – pessoa, que percorre todo o ciclo de vida do ser humano, que contempla os momentos de nascimento, de crise, de morte ou de sofrimento intenso, com os quais o estudante se defronta (Serra, 2008).

A experiência de cuidar ganha corpo na sua prática quotidiana, mediante os cuidados que se promovem a outros em determinadas circunstâncias, que mobiliza de igual forma a pessoa do profissional e a pessoa do cliente de cuidados, incluindo os múltiplos condicionalismos que se fazem sentir. Tal como refere D’Espiney (2008a), a construção da identidade requer do profissional percurso de reflexão sobre si, como meio de fomentar o auto-conhecimento, de reflexão sobre a relação com o outro e sobre as condições de realização desse mesmo acto de cuidar. De acordo com Dubet (1996) a construção da experiência social resulta da dinâmica entre três lógicas distintas de acção. Primeiramente, é sobre a lógica da integração que o actor encontra o seu sentimento de pertença, que é fortalecido no miolo de uma comunidade. Sucede-se uma lógica de acção estratégica que dá azo à concretização dos seus objectivos, nessa mesma sociedade. Por fim, a lógica de subjectivação permite mediante um espírito crítico e de distanciamento analisar essa mesma sociedade. Os indivíduos não são sujeitos passivos no seu processo de formação, pois é nos sucessos e nos insucessos, nas transformações relacionadas com a sua existência (passagem da adolescência tardia para estado de adulto, novas formas de parentalidade e conjugalidade) que emerge a sua *singularização biográfica* (Serra, 2008).

A identidade edifica-se como produto da interacção pelo e no trabalho (Dubar, 1997), este fenómeno é advogado pelo facto de, os estudantes referirem os contextos da prática e os seus profissionais como preponderantes na aprendizagem do seu papel social (Serra, 2008).

A tomada de consciência sobre si mesmo, em circunstâncias oportunas pode favorecer a criação de novas esquemas de acção - mudança, com potencial de transformação do próprio profissional e do contexto em que actua (Serrano, 2008). Este percurso identitário é crucial para que o estudante reconheça a sua humanidade na do

outro, de modo a apreender a indivisibilidade do cuidar e a valorizar a individualidade de cada pessoa, a quem presta cuidados.

2.2. Individualização dos Cuidados de Enfermagem

A Enfermagem como disciplina com intervenção na área da saúde tem como alvo de cuidar a Pessoa, ser único cuja diversidade é inquestionável, sobretudo valorizada após os anos 70 do século XX com o aparecimento das teorias humanistas, nas quais se destaca Rogers e os diferentes estudos que originaram as Teorias Humanistas do cuidar em Enfermagem, com Jean Watson e Madeleine Lenniger.

De acordo com a actual perspectiva, os cuidados de enfermagem centram-se na fomentação dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, ao longo de todo o ciclo vital preconiza-se *“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima interdependência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002: 8). A enfermagem tem como finalidade mobilizar o *vital power* da pessoa, família, grupos ou comunidade, tal como Florence Nightingale designou, nas grandes passagens da vida, que implicam crises, rupturas e mudanças, com a oportunidade de aquisição de novos sentidos e orientações do percurso (Collière, 2003), que parte da valorização da componente emocional e subjectiva das pessoas (Watson, 2002). O que torna o acto de cuidar difícil, dada a sua relação com a incerteza, fragilidade e diversidade do ser humano (Hesbeen, 2004).

As numerosas conceptualizações referentes ao cuidar têm sido construídas em múltiplas direcções, representativas de diferentes níveis de abstracção. Exemplos disso são: Leinniger que enfatiza o cuidar perante a diversidade cultural, Rogers que desenvolve o conceito de cuidar em torno da unicidade do ser humano ou Watson que aborda como o cuidar como o ideal moral da enfermagem. Muitos autores baseiam as suas concepções em estudos com foco em indivíduos, famílias, enfermeiros, estudantes de enfermagem, professores de enfermagem e outros profissionais de saúde, que proporcionam uma panóplia de diferentes perspectivas sobre cuidar (Spichiger, Wallhagen & Benner, 2005).

Morse *et al.* (1990) identificaram dois resultados em saúde, em termos genéricos, provenientes do acto de cuidar: a experiência subjectiva da pessoa que foi cuidada e a sua resposta fisiológica ao acto de cuidar. Sherwood (1997) mediante realização de meta-análise de 16 estudos qualitativos que se debruçavam sobre o cuidar na perspectiva do cliente, encontraram quatro padrões fundamentais na construção da essência do cuidar: a relação interpessoal, o conhecimento e as competências do enfermeiro, a sua participação activa e intencional na equipa de saúde e os ganhos terapêuticos, que revelem a existência de uma resposta adequada e atempada aos problemas bio-psicossociais e espirituais de cada indivíduo.

Paralelamente, com o crescimento do corpo de investigação e medidas políticas para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde (OECD, 2004), a enfermagem necessita de amplificar a sua visibilidade, dada a sua relevância na promoção e efectivação de melhores resultados associados aos cuidados de saúde (Radwin & Alster, 2002). A individualização dos cuidados prestados emerge como resposta para a presente problemática (Coyle & Williams, 2001). Este fenómeno é sublinhado por Suhonen *et al.* (2008) através de revisão sistemática da literatura (n=31), em que 81% dos estudos analisados relatavam o impacto positivo das intervenções individualizadas, pelo que é recomendado um sério investimento na sua investigação, uma vez que a literatura evidencia que esta mesma individualização ainda não é contemplada nos contextos da prática (Attree, 2001).

A individualização dos cuidados de enfermagem baseia-se no princípio de que as pessoas doentes devem ser cuidadas tendo em conta a sua unicidade e diversidade (Radwin & Alster 2002; Suhonen *et al.* 2005). Este princípio do cuidar em enfermagem é, teoricamente, aceite entre os profissionais de cuidados de saúde em todo o mundo (Thompson *et al.* 2006; Chappell, Reid & Gish, 2007) sendo uma inquietação geral (ICN, 2006). Os peritos afirmam que, os resultados em saúde desejados associados aos cuidados individualizados são essenciais para garantir a sua qualidade (OECD, 2004; WHO, 2005, 2007, 2008), porém o desenvolvimento dos cuidados de saúde e das políticas que lhe são subjacentes dependem da implicação, no acto do cuidar da pessoa alvo de cuidados e do cuidador – enfermeiro (WHO, 2004, 2008).

Neste sentido, revela-se importante descortinar o conceito de individualização dos cuidados de enfermagem. Este conceito refere-se às acções de enfermagem levadas a cabo de acordo com as necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e percepções de cada pessoa em particular (Guruge & Sidani 2002; Radwin & Alster

2002). Ao termo *individualizar*, foi delegado um significado especial em enfermagem na década de 1970, relacionando-se com o cuidar singularmente de cada pessoa, tendo sempre como referencial a sua dignidade. O que significa igualmente ter e utilizar o conhecimento sobre as suas diferenças individuais, nas quais se pode abarcar as questões de género, religiosas, étnicas e ideológicas, bem como contemplar o estado físico, psico-emocional, sócio-económico, expectativas e percepções acerca do *continnum* saúde/ doença. Estas determinantes apelam fortemente para a incerteza e necessidade da inclusão da relação interpessoal, como a chave de sucesso para o encontro da intervenção de enfermagem mais adequada, na imensidão de acções de enfermagem possíveis para um mesmo problema, fruto da interacção personalizada em tempo real com a pessoa/família/pessoa significativa (Suhonen *et al.*, 2008).

É fundamental realçar, a dificuldade existente na definição do conceito, dado a sua variância nas diferentes culturas (Gerrish, 2000), bem como na literatura também é possível encontrar, de forma menos significativa, menção a outras nomenclaturas, nomeadamente: intervenções centradas na pessoa e cuidados específicos. As intervenções centradas na pessoa partilham em comum a valorização pelas características singulares de cada indivíduo (Lauver *et al.*, 2005). Enquanto, a designação de cuidados específicos, inclui características semelhantes colectivas, como por exemplo o género, a etnia ou o nível de risco para determinado evento (Beck *et al.*, 2010). O presente estudo apenas abarca as acções de enfermagem individualizadas e centradas nas pessoas supra-referenciadas, uma vez que são as mais consensualmente utilizadas pelos actores e mais se aproximam do centro da acção de enfermagem – o cuidar.

Concomitantemente, tem sido evidenciado que protocolos estandardizados, mesmo para grupos com determinadas características, não incrementam necessariamente os ganhos em saúde, na medida que não tem em conta o contexto e a realidade da peculiaridade de cada pessoa (Suhonen *et al.*, 2005). Os cuidados individualizados constituem um antigo paradigma preconizado na enfermagem (Suhonen *et al.*, 2002), que se centra na tomada de decisão para a melhor acção, com a finalidade de obter o melhor resultado em saúde (Hagsten *et al.*, 2004), com o apelo para reduzir os cuidados rotinizados (Henderson, 1978; Van Servellen, 1988).

A complexidade da individualização de cuidados não se pode desligar dos factores de ordem estrutural das instituições de saúde, que incluem os objectivos delineados mais ou menos centrados nos clientes, o seu tamanho, as características e

qualificação da equipa de enfermagem e o modelo de organização de trabalho adoptado. Suhonen, Välimäki, Katajisto e Leino-Kilpi (2007) destacam como factores positivamente associados à individualização: o verdadeiro interesse pelas pessoas demonstrado pelas instituições de saúde, um tamanho das mesmas de menores dimensões, uma equipa de enfermagem em número adequado, com graus de competência e de saberes diversificados, com boa capacidade de comunicação entre os elementos e aptidão para trabalhar em contexto interdisciplinar.

Estudos anteriores sugerem que, os cuidados individualizados aumentam a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde (Coyle & Williams, 2001; Ruggeri *et al.*, 2003), fomentam a qualidade de vida (Richards *et al.*, 2001), a autonomia (Davies *et al.*, 1997; Proot *et al.*, 2000; Hwang & Lin, 2003) e o auto-cuidado (Radwin, 2000; Lauver *et al.*, 2002) e, consequentemente, reduzem os custos em saúde (Stewart *et al.*, 2000; Frich, 2003). Contudo, torna-se fundamental encontrar evidências que clarifiquem os ganhos em saúde específicos proporcionados pelos cuidados individualizados (Spolbury & Meyer, 2001; Suhonen *et al.*, 2007). Para tal, propõe-se a consecução de uma revisão de literatura, mediante um método sistemático, que evidencie os resultados em saúde da individualização já descritos.

2.3. Prática baseada na evidência: Ganhos em saúde relacionados com a individualização de cuidados

A Prática de Enfermagem Baseada na Evidência (PBE) emerge como um eixo estruturante da sistematização do saber produzido, em que o objectivo consiste em planear e implementar cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica. Este conceito engloba, portanto, o conhecimento da fisio-patologia, o conhecimento de questões psicossociais, as preferências e valores dos clientes em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos (Rutledge & Grant, 2002).

É consensual que a transferência dos contributos da PBE para a prática pode demorar em média 17 anos (Balas & Boren, 2000). Grande parte deste atraso da integração da investigação nas práticas relaciona-se com o sentimento de exterioridade que os enfermeiros demonstram face aos resultados científicos e, naturalmente, não os consideram como um elemento chave da sua perícia técnico-científica diária (Pravikoff *et al.*, 2005). Um dos outros factores apontados está associado à pedagogia tradicional

utilizada no ensino da investigação, como por exemplo, trabalhos académicos sem relevância clínica, um processo centrado no fazer pesquisa em vez de utilizar a pesquisa, contribuiu para o desenvolvimento de anti-corpos, que funcionam como entrave na sua mobilização para os contextos reais (Burns & Foley, 2005).

Deste modo, uma nova concepção do que é a pesquisa e da sua utilidade é crucial, onde as próprias organizações de ensino devem valorizar os espaços onde os estudantes são actores e repensar as metodologias utilizadas, que possibilite descobrir a emancipação/ a autonomia oferecida pelo conhecimento das melhores evidências científicas (Pravikoff *et al.*, 2005). Neste sentido, é necessário ultrapassar o discurso, frequentemente, referenciado nas conclusões de trabalhos de investigação, onde se recomenda mais estudos sobre a mesma problemática. Considera-se indispensável uma mutação de paradigma, com o abandono de uma postura de passividade perante os ganhos da investigação para a adopção de uma atitude de utilização e transformação na prática, desse mesmo saber válido acumulado.

O desenvolvimento da investigação em enfermagem é fundamental, pois permite a construção de um corpo de conhecimento próprio, o aperfeiçoamento dos cuidados prestados ao cliente, baseados em conhecimento científico e o enriquecimento do profissional e da sua prática. Actualmente, começa-se a compreender esta necessidade de transição do modelo de pensar nas práticas dos cuidados de saúde, onde se revela imprescindível uma decisão clínica baseada em evidências, em detrimento de uma decisão exclusivamente regida pelas opiniões e experiência do profissional de saúde isoladamente. Assim, a pesquisa e a acção complementam-se, recriam-se num fluxo bilateral, numa lógica contínua de auto-aprendizagem partilhada em equipa, que minimiza a adopção de condutas e intervenções que rapidamente se desactualizam e perdem o seu valor terapêutico. A enfermagem baseada na evidência propõe a (re)construção de novas competências, que conduzem a uma avaliação crítica sistemática das informações disponíveis, para a tomada de decisão. Este é um processo que ao exigir novas habilidades, abre espaço para definir critérios com a eficácia, a efectividade e a eficiência para avaliar a qualidade e incorporar nos contextos de trabalho as conclusões válidas e consolidadas da pesquisa. A utilização prudente da experiência clínica individual em parceria com a evidência clínica externa deve, portanto, ser encarada como um recurso que possibilita propor a intervenção mais adequada e segura para responder às necessidades individuais da pessoa (Pereira & Bachion, 2006).

Nesta lógica, advém a necessidade de realizar revisões sistemáticas da literatura, que identificam num conjunto de estudos publicados acerca de determinada temática, aqueles que possuem qualidade metodológica superior, em que os seus resultados podem ser concretizados na prática. A metodologia utilizada permite reunir e avaliar criticamente uma série de estudos sobre o mesmo fenómeno, de modo a produzir múltiplos estudos primários, com rigor científico (Vilelas, 2009). Este tipo de investigação segue a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de pesquisa, apreciação crítica e síntese do conhecimento. O que pressupõe que diferentes investigadores ao seguirem as etapas descritas cheguem precisamente às mesmas conclusões, o que significa que as mesmas podem ser reproduzidas (Pereira & Bachion, 2006; Lopes & Fracolli, 2008).

As revisões sistemáticas da literatura são um importante contributo para congregar as melhores informações de um conjunto de estudos, levados a cabo separadamente, sobre o mesmo foco de atenção. Podem apresentar resultados similares ou discordantes, assim como reconhecer áreas que carecem de um maior investimento, sugerindo zonas de disponibilidade heurística. As revisões sistemáticas da literatura permitem avaliar a consistência, a fiabilidade das generalizações dos resultados entre as populações e os procedimentos metodológicos desenvolvidos. Consequentemente, este tipo de estudo retrospectivo e secundário depende da qualidade dos dados primários. A grande vantagem da revisão sistemática da literatura assenta na possibilidade de obter uma maior visibilidade dos resultados, ao invés de se restringir a pesquisa bibliográfica e as suas conclusões à leitura de apenas alguns artigos, encontrados aleatoriamente (Vilelas, 2009).

Consequentemente, tendo em conta as repetidas vezes em que se enfatiza a dificuldade na clarificação dos ganhos em saúde como resultados das intervenções individualizadas (Hinshaw, 2000; Attree, 2001; Ryan & Lauver, 2002; Suhonen *et al.*, 2005; Suhonen *et al.*, 2007), recorreu-se à análise de uma revisão sistemática da literatura realizada em 2004 e elaborou-se outra, de modo a abarcar os cinco anos subsequentes (2004-2009) até ao presente, para que nenhuma situação recente importante fosse descurada (Guyatt & Rennie, 2002), para sistematizar os ganhos da individualização no desenvolvimento do potencial de saúde dos cidadãos. Ambas as revisões sistemáticas da literatura incluem os diferentes contextos de cuidados: hospital,

cuidados primários, continuados e/ou domiciliários ou residências para idosos, com sujeitos empíricos de idade superior a 18 anos.

2.3.1. Análise de Revisão Sistemática da Literatura de Suhonen et al. (2008): Revisão sobre os resultados das intervenções de enfermagem individualizadas na pessoa adulta.

Suhonen *et al.* (2008) realizaram uma revisão sistemática da literatura com a finalidade de (1) descrever os locais/ contextos e tipos de individualização de cuidados encontrados na literatura; (2) descrever os resultados das intervenções individualizadas.

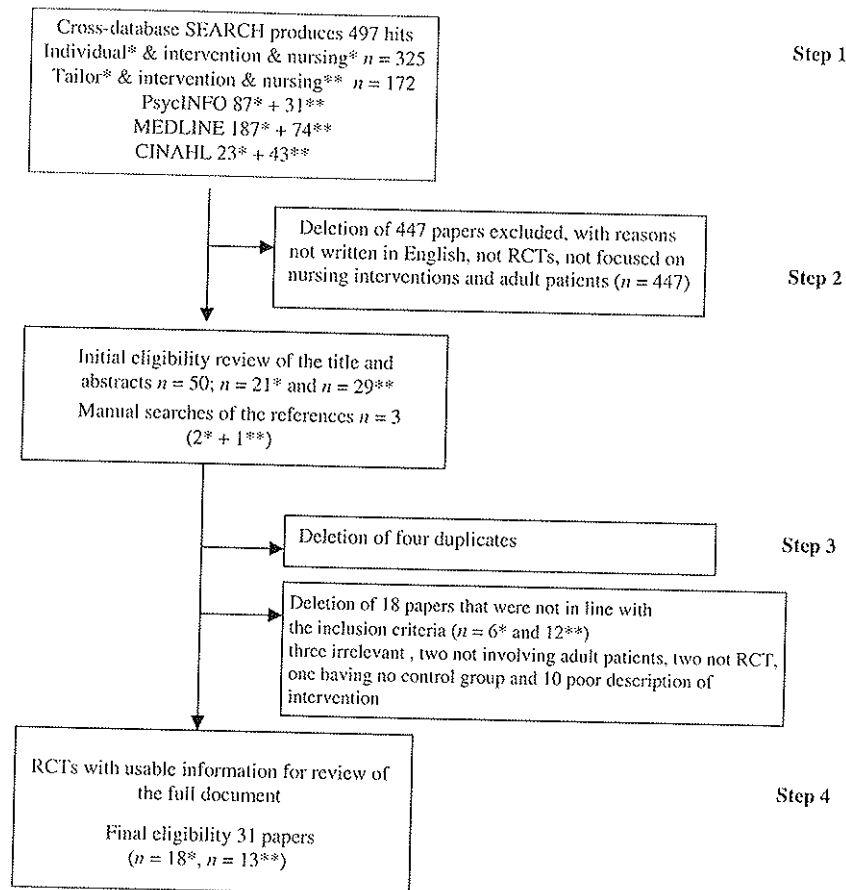
Para tal efeito, foi levado a cabo uma pesquisa com recurso ao motor de busca Cochrane Library e três bases de dados: MEDLINE (1966–2005), CINAHL (1982–2005) e PsycINFO (1970–2005), com os seguintes descritores: ‘individual’, ‘intervention’; ‘nursing’ e ‘tailor’; e ‘intervention’ e ‘nursing’.

Nos critérios de inclusão privilegiaram todos os artigos que se reportassem a intervenções de enfermagem individualizadas com foco em adultos, nos diversos contextos de cuidados, mediante estudos experimentais aleatórios controlados ou observacionais de caso-controlo, dos quais foram seleccionados 31 de 497 artigos, sem limite temporal. Tendo em conta a extensibilidade dos resultados produzidos, apenas os considerados de forte evidência, consensualmente pelos autores, foram valorizados. Dos quais se destacam os estudos randomizados controlados (RCT’s), ao possibilitarem estabelecer uma relação de causa e efeito entre as intervenções e os resultados. Os estudos de caso-controle ou de corte foram igualmente analisados, desde que descrevessem pelo menos um efeito da acção de enfermagem, em pessoas em idade adulta.

Para aumentar a transparência do processo adoptado explicitam-se as quatro principais etapas executadas. Primeiramente, os 497 artigos foram submetidos a um procedimento de filtração, tendo em conta os critérios de inclusão seleccionados, o título e a existência de resumo. Consecutivamente, como produto desta triagem, 50 resumos foram considerados aceitáveis e o respectivo texto integral foi analisado. Em terceiro lugar, mantendo o mesmo procedimento de selecção, foram excluídos 18 artigos, devido à sua irrelevância ($n = 3$), população alvo ($n = 2$), metodologia pouco

clara ($n = 3$) e pobre ou inadequada descrição das intervenções ($n = 10$). Finalmente, foi realizada uma apreciação crítica sobre o conhecimento produzido pelos 31 artigos resultantes, como evidencia a Figura I. 3.

Figura I. 3. Processo de pesquisa e selecção dos artigos de revisão sistemática da literatura (adaptado de Suhonen *et al.*, 2008: 846)



Suhonen *et al.* (2008) realçam, mediante revisão sistemática da literatura, resultados em saúde positivamente associados à prática de intervenções de enfermagem individualizadas. O seu impacto traduziu-se numa educação mais eficaz para a auto-gestão da saúde, com reflexo na adopção de estilos de vida saudáveis. Essas práticas estão relacionadas com o sucesso na cessação tabágica, controlo de peso, aumento da ingestão de cálcio na prevenção do surgimento de osteoporose, adesão ao esquema medicamentoso e a regimes nutricionais adequados para controlo da doença crónica, que melhoraram significativamente a função orgânica comprometida. Fomentou, ainda, o empoderamento das pessoas, expresso na detecção precoce de sinais sugestivos de

patologia e na utilização apropriada dos recursos de saúde, nomeadamente na procura de exames complementares de diagnóstico de rotina (p.ex. mamografia).

Para além das repercussões na prevenção primária, detectaram-se benefícios na reabilitação da capacidade funcional, pois ao actuarem no aparelho locomotor e controlo dos esfíncteres, atenuaram algumas das complicações subjacentes ao envelhecimento e promoveram a autonomia e auto-cuidado das pessoas. A valorização da individualidade contribuiu para a implementação do apoio psico-emocional e relação de ajuda na interacção com as pessoas, que reduziu a ansiedade e aumentou a confiança nos cuidados de saúde. A personalização dos cuidados que se prestam encontra-se ainda directamente associada com o nível de satisfação das pessoas.

2.3.2. Revisão Sistemática da Literatura: Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem individualizadas, identificados por pessoas de meia-idade e idosas.

A elaboração desta revisão sistemática da literatura com o intuito de obter o melhor e mais actual conhecimento aguarda publicação na revista REBEN (disponível em anexo 1), que em complementaridade com a anteriormente descrita, constituíram o ponto de partida para a pesquisa empírica.

Os objectivos delineados para a sua consecução foram: 1) identificar que intervenções de enfermagem promovem a individualização, nas pessoas de meia-idade e idosos, mediante a sua percepção ou do respectivo cuidador informal, quando a pessoa é incapaz de exprimir por si própria; 2) identificar linhas orientadoras de boa prática para o cuidado de enfermagem individualizado.

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão em formato PI[C]O: “Quais os resultados (O) sensíveis às intervenções de enfermagem individualizadas (I), que são identificados pelas pessoas de meia-idade e idosos (P)”? Foi consultado o motor de busca EBSCO, com acesso a duas bases de dados: CINAHL (Plus with Full Text) e MEDLINE (Plus with Full Text), com recurso aos seguintes descritores, previamente validados pela United States of National Library of National Institutes of Health: [(individual*) or (tailor*) or (patient care planning) or (health care quality) OR (nursing intervention)] AND [(middle aged) or (aged) or (aged,

80 and over) or (elderly) or (frail elderly)] AND [(caregivers perception) or (patient satisfaction)].

Tendo em consideração a necessidade de descortinar novas intervenções de enfermagem, bem como os resultados que concorram para o cuidado individualizado, atendeu-se às potencialidades da pesquisa qualitativa, que pode conduzir a resultados e a tipos de intervenções ainda não claramente identificadas e, portanto, não estudadas por ensaios clínicos randomizados (Meijel *et al*, 2004). Deste modo, optou-se por incluir todos os tipos de estudos empíricos, utilizando paradigma dedutivo (7 estudos) e indutivo (2 estudos), aceitando-se os estudos do nível 1 até ao nível 6 (Melnik & Fineout-Overholt, 2005b)¹. Os estudos qualitativos foram analisados separadamente.

Os tipos de artigos incluídos foram: textos integrais publicados com *peer review*, de Abril de 2004 a Abril de 2009 (ou seja, após revisão sistemática da literatura que contempla estudos experimentais, realizada em Abril de 2004 por Suhonen *et al*. (2008). Revisões narrativas tradicionais da literatura foram excluídas.

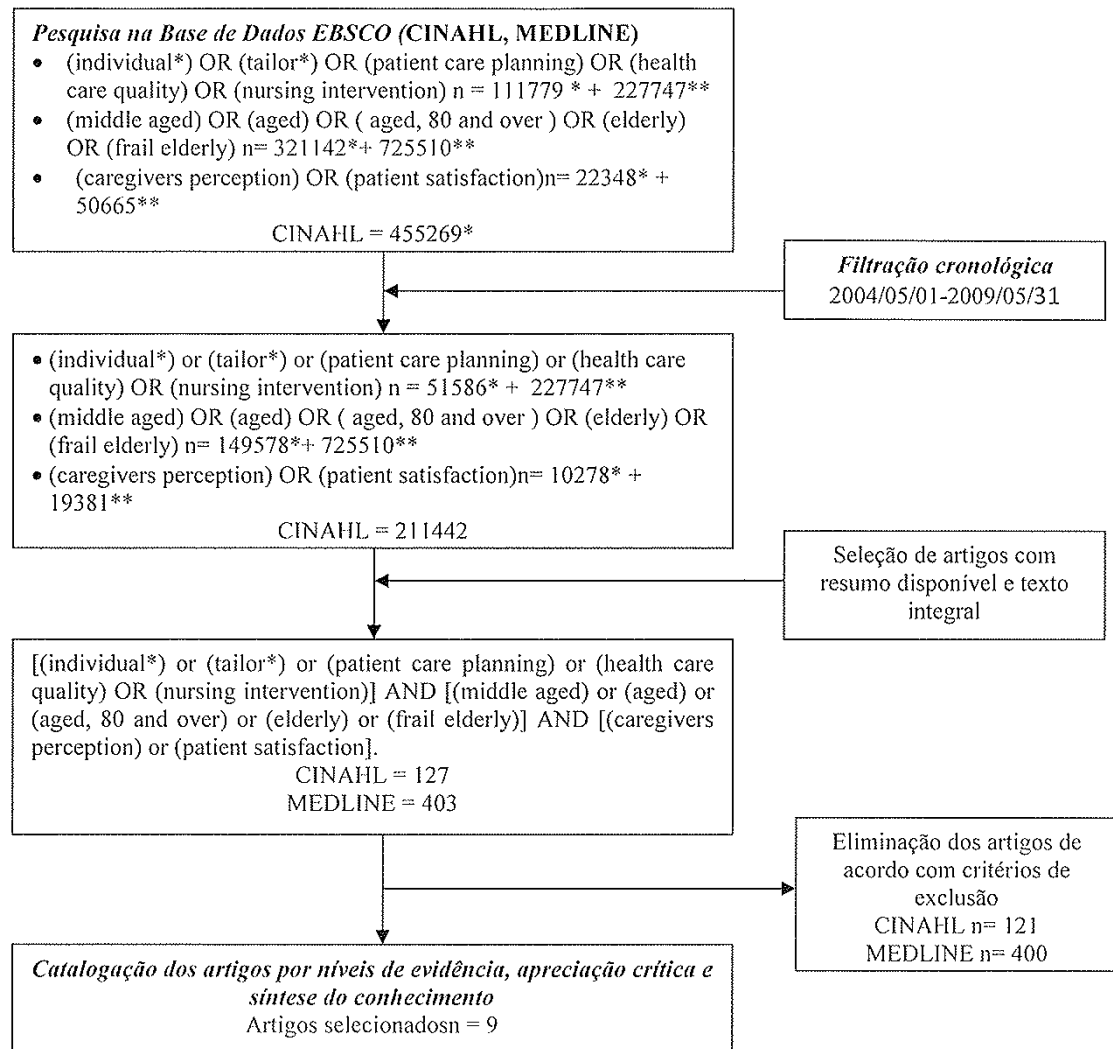
Os critérios de inclusão utilizados foram: 1) todos os contextos (hospital, residências para idosos, domicílio do cliente); 2) participantes de "meia-idade" (45-64), "idosos" (65-79) e "Idosos de 80 anos ou mais" ou o respectivo cuidador informal, quando a pessoa foi incapaz de exprimir por si própria; 3) tipo de estudo: estudos experimentais / estudos randomizados e quase-experimentais, *grounded theory*, estudos fenomenológicos / etnográficos e históricos ou outros com rigor explícito nos procedimentos metodológicos.

A estratégia de pesquisa produziu 530 artigos, das quais 9 foram aceites (Figura I. 4). Os critérios de exclusão utilizados foram: 1) falta de rigor; 2) intervenções de enfermagem não claramente definidas; 3) pessoas com idade fora dos critérios de inclusão ou a sua não especificação. Sempre que os artigos dividiram os resultados por grupos de idade e os mesmos estavam dentro da faixa etária do presente estudo, foram analisados. Todos os artigos foram analisados por dois autores e, quando necessário, confirmado por um terceiro. Esta etapa sugerida por Vilelas (2009) foi realizada, ao se ter produzido a presente revisão em parceria com um grupo de investigadores

¹ **Nível I:** Evidência decorrente de Revisões Sistemáticas ou Meta-análise de Estudos Randomizados Controlados (RCT's) relevantes, ou evidência decorrente de Guidelines para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas de RCT's; **Nível II:** Evidência obtida através de pelo menos RCT; **Nível III:** Evidência obtida através de um estudo controlado, sem randomização; **Nível IV:** Evidência obtida através de estudos de caso-controle ou de corte; **Nível V:** Evidência obtida através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; **Nível VI:** Evidência obtida através de um único estudo descritivo ou qualitativo.

enfermeiros pertencentes a uma Unidade de Investigação (Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem), com uma linha temática no âmbito da individualização.

Figura. I. 4. Processo de pesquisa e selecção dos artigos de revisão sistemática da literatura



Mediante a análise dos resultados foi possível inferir que, com este estudo emergiram duas intervenções de cuidados individualizados de enfermagem não identificados em estudos anteriores – gestão de casos e linha de apoio telefónico permanente/ tele-assistência. Os resultados da intervenção individualizada confirmam, de igual modo, resultados de estudos anteriores (Gilleard & Reed, 1998; Radwin, 2000; Stewart *et al.* 2000; Proot *et al.*, 2000; Coyle & Williams, 2001; Tate, Wing & Winett, 2001; Lauver *et al.*, 2002; Dana & Wambach, 2003; Frich, 2003; Hwang & Lin, 2003; Ruggeri *et al.* 2003): 1) satisfação da pessoa e família; 2) capacidade de auto-cuidado (adesão e cumprimento do regime medicamentoso); 3) aptidão para utilizar estratégias

de controlo e gestão de sintomatologia; 4) percepção das pessoas (sentiram-se ajudadas, apoiadas, com redução de estados de ansiedade); 5) benefícios financeiros e redução da necessidade de hospitalização; 6) redução da sobrecarga do cuidador informal; 7) optimização do nível de funcionamento físico, psicológico e social. Estes achados estão em consonância com os propostos por Suhonen *et al.* (2008), com esclarecimento das intervenções de enfermagem já identificadas, tais como as intervenções educacionais (aconselhamento, instrução e recursos) e o toque terapêutico.

A valorização das preferências e valores individuais combinados com o toque terapêutico, como a massagem, restauraram a tranquilidade, esperança, motivação e humor. A individualização ao incrementar a satisfação e a qualidade de vida no decorrer do envelhecimento, reduziu o impacto negativo aquando hospitalização e fomentou a participação na tomada de decisão em contexto clínico, que se traduziu num envolvimento activo da pessoa no seu projecto de saúde. Providenciar à pessoa uma intervenção de aconselhamento e de educação para a auto-gestão da saúde individualizada pode ajudar no alívio da fadiga associada à doença, bem como facilita o controlo da sua sintomatologia. O conforto como resultado das acções personalizadas revelou-se particularmente importante em situações de doença crónica e estados de elevada fragilidade, sobretudo em residências para idosos. Neste mesmo contexto, a individualização aumentou a monitorização e controlo da dor e melhorou a comunicação entre a equipa de enfermagem e as pessoas.

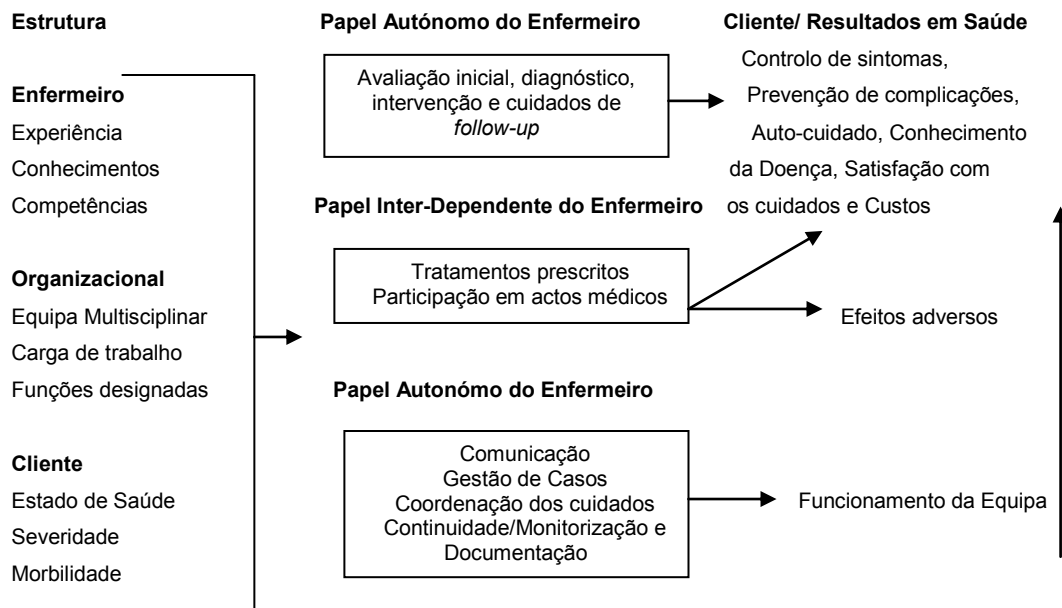
O desenvolvimento de tecnologia, como a tele-assistência, linha telefónica de apoio permante, que permita que a pessoa se mantenha no seu contexto natural, ao reduzir a necessidade de internamento, deveria ser tida em conta na reestruturação e evolução dos cuidados de saúde. A pertinência da sua existência suporta-se na evidência científica que demonstra o seu efeito na melhoria dos níveis de glicémia, colesterol, depressão e dor.

2.3.3. Contributos dos ganhos em saúde para a construção dos indicadores da individualização.

Para uma compreender mais concretamente o modo como a enfermagem exerce o seu impacto nos ganhos em saúde, explicita-se o Modelo da eficácia do papel de enfermagem (*The Nursing Role Effectiveness Model*) desenvolvido por Irvine *et al.*

(1998). É edificado com base no modelo da qualidade dos cuidados estrutura-processos-resultados desenvolvido por Donabedian, que defende que é possível identificar os resultados sensíveis aos cuidados em relação aos vários tipos de funções dos enfermeiros, nomeadamente quanto à função autónoma, que se apresenta na Figura I. 5. (Doran, 2002).

Figura I. 5. Adaptação do Modelo da eficácia do papel de enfermagem de Irvine *et al.* (1998)



As componentes que integram a estrutura incluem o enfermeiro, o cliente e as variáveis organizacionais que afectam o processo e os resultados do cuidar. As características do enfermeiro como o nível de experiência, saberes e competências podem afectar a qualidade dos cuidados prestados. A idade, o estado físico aquando a admissão, a severidade do problema actual e outras co-morbilidades no cliente podem condicionar os ganhos. A estrutura organizacional que está relacionada com a carreira definida para a enfermagem, o rácio enfermeiro/doente, a avaliação de desempenho, a comunicação intra e interprofissional, que produzem de igual modo diferente impacto nos resultados em saúde.

O processo contém as intervenções de enfermagem inter-dependentes e autónomas. As primeiras discriminadas reportam-se, sobretudo, à administração de medicação e intervenção em procedimentos de diagnóstico/ terapêutica, daí a sua

associação à minimização de efeitos adversos. O foco de atenção centra-se nas últimas referenciadas, dado que são aquelas que se pretendem apreender com o presente estudo. Por conseguinte, a estrutura e o processo exercem repercussões nos ganhos em saúde, que podem ser entendidos em grandes dimensões: controlo de sintomas, prevenção de complicações, conhecimento da doença e tratamento, satisfação com os cuidados e custos.

Partindo deste modelo que mostra como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados terapêuticos, de acordo com White *et al.* (2005), podem ser classificados em:

- clínicos: gestão e controlo de sintomas (como p.ex. dor, náuseas, fadiga, dispneia);
- funcionais: função física e psicossocial, capacidade para auto-cuidado;
- seguros: prevenção de incidentes e complicações (como p.ex. quedas e úlceras de pressão);
- perceptuais: satisfação com os cuidados e os seus resultados.

Os ganhos definem o resultado da intervenção de enfermagem. São indicadores da resolução do problema ou do progresso desse mesmo problema ou da resolução do sintoma. Os ganhos sensíveis às acções de enfermagem caracterizam-se pelas alterações induzidas no estado geral de saúde da pessoa, directamente influenciadas pelo enfermeiro. Generericamente, os ganhos em saúde relacionados com a intervenção de enfermagem têm sido associados aos seguintes indicadores:

- 1) prevenção de complicações, como surgimento de infecção urinária, úlceras de pressão, pneumonia adquirida no hospital, trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar;
- 2) detecção precoce de complicações, como a hemorragia gastro-intestinal, deterioração do estado neurológico, sépsis, choque ou paragem cardio-respiratória;
- 3) prevenção de complicações pós-operatórias, como infecção, insuficiência respiratória e desequilíbrio ácido-base.
- 4) duração do internamento, através da capacidade de resposta em situações de emergência, como é o caso da falência multi-orgânica, choque, paragem cardio-respiratória ou fenómenos trombo-embólicos, que potencialmente aumentam a morbilidade e mortalidade.

Paralelamente, Spilsbury e Meyer (2001) evidenciam que os enfermeiros têm uma influência significativa nos ganhos em saúde, em múltiplos domínios. Dos quais se destaca: 1) cuidados de higiene e conforto; 2) nutrição e hidratação; 3) manutenção da integridade cutânea e tratamento de feridas; 4) fluidoterapia endovenosa; 5) controlo da dor; 6) educação para a saúde; 7) eliminação intestinal e vesical; 8) reabilitação; 9) cuidados peri-operatórios; 10) estados de fragilidade ou desajuste psicológico; 11) estado geral de saúde; 12) duração do internamento; 13) re-admissão hospitalar; 14) desenvolvimento de co-morbilidades; 15) mortalidade e 16) satisfação.

Para se efectivar a tão preconizada individualização de cuidados é fundamental integrá-la no desenvolvimento de modalidades de formação e processos de ensino/aprendizagem, que efectivem o conceito ambicionado, mas ainda subjectivo e superficial nas questões que se reportam aos atributos que dele fazem parte. Modalidades e processos estes, que requerem a utilização de indicadores, que permitam a avaliação da sua eficácia e necessidade de reestruturação. Frequentemente, os conceitos implicados pela hipótese e pelo modelo não são directamente observáveis, pelo que se torna fundamental precisar os indicadores que permitirão identificar os atributos indispensáveis para confrontar o modelo com a realidade (Quivy & Campenhoudt, 2001).

Segundo a OECD (2002), os indicadores podem se definir como factores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, que constituem um meio fidedigno e simples para tornar um fenómeno mensurável, para ilustrar mudanças associadas a uma dada intervenção, uma vez que descreve e fornece indícios sobre esse mesmo fenómeno, num determinado tempo e espaço. Stanhope e Lancaster (1999) acrescentam ainda que, os indicadores permitem avaliar os problemas de saúde das pessoas, magnitude desses mesmos problemas e necessidade de programas para a sua resolução.

Nesta linha de continuidade, no Quadro I. 2, explicitam-se os indicadores apontados pelas duas revisões sistemáticas da literatura supra-mencionadas, que sistematizam indicadores, construídos mediante os ganhos em saúde relatados, como produto das intervenções de enfermagem individualizadas.

Quadro I. 2 – Categorias, indicadores e resultados em saúde do cuidado individualizado, sugeridos pela literatura

Categorias da Individualização de Cuidados	Indicadores da Individualização dos Cuidados	Resultados em Saúde
1. Educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação, recursos)	1.1. Taxa de adesão ao regime terapêutico; 1.2. Taxa de adesão ao plano dietético; 1.3. Taxa de sucesso dos programas de reabilitação; 1.4. Taxa de adesão a estilos de vida saudáveis; 1.5. Frequência de procura de cuidados de saúde; 1.6. Presença de sentimento de auto-controlo; 1.7. Nível de receio na vivência do processo de saúde/ doença; 1.8. Capacidade para o auto-cuidado; 1.9. Capacidade para lidar com a fadiga de etiologia oncológica	• Aumentou a adesão ao regime terapêutico, nutrição adequada e a estilos de vida saudáveis; • Aumentou a adesão e o sucesso dos programas de reabilitação; • Aumentou a capacidade para o auto-cuidado e sentimento pessoal de controlo; • Redução do número de idas aos cuidados de saúde; • Diminuição do receio, com aquisição de mecanismos de resposta adequada em situações semelhantes; • Redução dos estados de fadiga e exaustão, verificado nas pessoas em cuidados paliativos
2. Empoderamento/ Literacia para a saúde	2.1. Participação na tomada de decisão em saúde; 2.2. Capacidade para obter informação em saúde; 2.3. Capacidade para utilizar informação em saúde; 2.4. Quantidade de informação em saúde; 2.5. Taxa de adesão a programas de rastreio; 2.6. Capacidade na detecção precoce de sinais e sintomas de doença; 2.7. Presença de sentimento de auto-responsabilização pelo estado saúde; 2.8. Presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa.	• Aumentou o conhecimento em saúde; • Capacidade para procurar informação em saúde; • Utilização da informação em saúde no rastreio e detecção precoce da doença; • Aumentou a sensação de responsabilização sobre o próprio estado de saúde
3. Toque terapêutico	3.1. Nível de satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem; 3.2. Presença de empatia com o enfermeiro prestador de cuidados; 3.3. Presença de sentimento de valorização na relação terapêutica, enquanto ser indivisível; 3.4. Eficácia da relação interpessoal.	• As pessoas sentiram-se ajudadas e suportadas no contínuo saúde/ doença; • Incrementou a satisfação com os cuidados de enfermagem • Aumentou a empatia na relação interpessoal pessoa-pessoa.
4. Apoio psico-emocional	4.1. Capacidade de auto-eficácia; 4.2. Nível de motivação; 4.3. Nível de auto-conceito; 4.4. Nível de auto-confiança; 4.5. Capacidade de adopção de mecanismos de <i>coping</i> eficazes; 4.6. Taxa de incidência de estados de desajuste psicológico.	• Adopção de mecanismos de adaptação eficazes em situação de crise; • Aumentou a motivação, auto-confiança e auto-conceito das pessoas
5. Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento, e coordenação das intervenções individualizadas)	5.1. Custos em saúde/ano com cuidados individualizados; 5.2. Envolvimento da pessoa nos cuidados; 5.3. Taxa de manutenção do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa; 5.4. Taxa de recuperação do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa; 5.5. Estado geral de saúde da pessoa; 5.6. Intensidade da dor; 5.7. Tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias; 5.8. Percepção sobre o estado de saúde; 5.9. Nível de satisfação da pessoa significativa/família com os cuidados de	• Incrementou os benefícios clínicos e financeiros; • Valorização das necessidades e preferências individuais da pessoa encorajou a participação nos cuidados; • Promoveu a aptidão das pessoas para a toma de terapêutica, praticar actividade física regular e gerir a sintomatologia; • Redução da incidência de patologia psíquica (<i>delirium</i>); • Promoveu um melhor nível funcional físico, psicológico e social; • Favoreceu um controlo da dor eficaz; • Melhoria do estado fisiológico, com tradução nos valores laboratoriais analíticos (glicémia, albumina, proteína C reactiva, cálcio, potássio, etc.); • Redução do tempo para o desempenho dos

	enfermagem; 5.10. Capacidade de gestão e controlo de sintomas, na doença aguda; 5.11. Taxa de incidência de <i>delirium</i>; 5.12. Nível de sobrecarga familiar.	padrões de vida habituais; • Recuperação da aptidão para o desempenho das actividades de vida diárias; • Aumentou a satisfação das pessoas significativas/família.
6. Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)	6.1. Taxa de incidência de quedas; 6.2. Taxa de incidência de incontinência urinária; 6.3. Taxa de recuperação do controlo do esfíncter vesical; 6.4. Taxa de incidência de úlceras de pressão; 6.5. Taxa de incidência de efeitos colaterais à medicação; 6.6. Taxa de incidência de comorbilidades; 6.7. Taxa de incidência de complicações associadas à imobilidade prolongada; 6.8. Capacidade de gestão da sintomatologia, na doença crónica; 6.9. Presença de conforto; 6.10. Presença de bem-estar; 6.11. Qualidade de vida; 6.12. Taxa de incidência de estados de ansiedade, acompanhados de agitação psico-motora; 6.13. Taxa de manutenção da capacidade percepto-cognitiva (memória).	• Redução do número de quedas; • Melhorou a capacidade de controlo do esfíncter urinário; • Diminuição do comprometimento da integridade cutânea; • Previne as complicações associadas ao desuso e ao envelhecimento; • Melhoria no conforto e bem-estar; • Diminuição dos efeitos colaterais do regime medicamentoso; • Redução de estados de ansiedade e agitação psico-motora; • Melhoria da capacidade percepto -cognitiva (memória); • Eficácia no controlo da doença crónica (Diabetes Mellitus, Osteoporose)
7. Linha de apoio telefónico permanente / Tele-assistência	7.1. Nível de confiança nos cuidados de saúde; 7.2. Necessidade de hospitalização; 7.3. Estado psico-emocional do cuidador informal; 7.4. Presença da continuidade de cuidados de enfermagem; 7.5. Tempo de permanência no hospital para observação; 7.6. Presença de apoio permanente.	• Aumentou a confiança com os serviços de saúde e tecnologia; • Redução do <i>burden</i> do cuidador informal; • Promove a continuidade de cuidados; • Diminuição dos custos em saúde, com a redução do tempo de estadia no hospital para observação; • Fácil utilização, que oferece a oportunidade de ser escutado por outros

A análise dos atributos do conceito de individualização dos cuidados de enfermagem, mediante revisão da literatura, pode explicitar as características desse mesmo cuidado, como permite a construção de uma ferramenta de trabalho, capaz de promover uma organização de cuidados que reconheça a unicidade de cada pessoa. Paralelamente, a Ordem dos Enfermeiros (2003) recomenda a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica, dado que constituem uma base estrutural crucial para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Deste modo, os atributos da individualização de cuidados encontrados na literatura estrangeira carecem da sua contextualização e validação na realidade portuguesa, de acordo com as situações de ensino e de práticas.

PARTE 2

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

A investigação constitui um indispensável elemento para a prática de enfermagem e é considerada por Adam (1994: 112) como a “*razão de ser da nossa profissão (...) o instrumento, que faz avançar os conhecimentos e a formação, é o meio de transmitir os conhecimentos necessários à prática*”. O ponto de partida de uma investigação encontra-se estreitamente relacionado com a questão de partida, que corresponde a uma inquietação ou irritação que suscita o desejo de uma melhor compreensão. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998: 31) “*uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica*”.

A necessidade da realização deste processo de investigação advém do reconhecimento da importância da qualidade em saúde, que se caracteriza pela prestação de cuidados com um nível profissional óptimo, que ao conhecer os recursos disponíveis consegue a adesão e satisfação do cidadão. Para tal, torna-se fundamental a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas da pessoa. O Alto Comissariado da Saúde (2011: 3) destaca, de igual forma, que os resultados de uma intervenção estruturada centrada na qualidade em saúde contemplam a reabilitação/recuperação da pessoa, o controlo da doença crónica, a capacitação, a educação e literacia em saúde, a mudança de comportamento e a satisfação com os cuidados.

Na mesma linha de continuidade, o Relatório Mundial de Saúde (2008) enfatiza que o insuficiente reconhecimento da dimensão humana na saúde e a ineficiente adaptação da resposta dos serviços de saúde às especificidades de cada comunidade e de cada situação individual constituem a maior limitação dos cuidados de saúde contemporâneos e são responsáveis pela diminuição dos ganhos em saúde expectáveis do investimento nos serviços de saúde.

O Alto Comissariado da Saúde (2011) nas estratégias para a saúde que projecta para o Plano Nacional de Saúde (2011-2014), atende em um dos seus objectivos o imperativo de promover uma cultura de cidadania em saúde, activa e responsável, de parceria e aliança entre a pessoa e o profissional de saúde. A pertinência destes aspectos encontra-se em íntima relação com a individualização.

Como forma de recentrar o cerne da problemática em estudo, explicitam-se os principais procedimentos metodológicos concretizados, ao se pretender apreender o fenómeno da individualização dos cuidados de enfermagem para, consecutivamente, realizar a sua transferência para o contexto do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Efectuou-se revisão da literatura, que sugere evidentes ganhos em saúde associados à

personalização de cuidados, a partir dos quais se edificou uma bateria de categorias, com os respectivos indicadores. A finalidade desta investigação empírica incide na contextualização e validação dos indicadores encontrados em enquadramento conceptual, de acordo com a realidade da enfermagem portuguesa, na sua relação teórica, teórico-prática e prática, inscrevendo-se, deste modo, num paradigma quantitativo. Para tal, recorre-se à técnica de Delphi, como instrumento de validação, para obter parecer e consenso através de um painel de peritos, reconhecidos pela instituição onde exercem funções.

Tendo em conta os pressupostos de Powell (2003) e Keeney *et al.* (2006), mesmo quando se obtêm escores de consenso elevado mediante a técnica de Delphi é conveniente mais investigação, para testar os dados encontrados. Realiza-se, consecutivamente, a aplicação de inquérito por questionário a uma amostra de maior dimensão de enfermeiros, no mesmo centro hospitalar. Pretende-se obter um conjunto de indicadores, que quando submetidos a procedimentos metodológicos, ajudem a conceptualizar e operacionalizar a individualização dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, procura-se contribuir para o desenvolvimento de práticas e conteúdos educativos, com foco de atenção no estudante, de modo a que ao reconhecer e compreender a importância da singularidade de cada situação, seja capaz de transferir esta experiência para o cuidado que irá prestar ao outro.

3.1. Questões de Partida

A construção do objecto de estudo é uma importante etapa, na medida em que possibilita escolher um fio condutor, o mais claro possível e responder à questão: *O que vou efectivamente estudar?*

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998) a coerência, clareza, precisão e exequibilidade são requisitos fundamentais, então revela-se primordial a elaboração de uma pergunta de partida, que procura saber, elucidar e compreender melhor a problemática em estudo. Como forma de delimitar um vasto campo de possibilidades e constrangimentos, o presente trabalho de investigação edifica duas questões de partida, tendo como sujeitos empíricos (1) peritos na formação e/ ou prática da disciplina de enfermagem e (2) enfermeiros com experiência profissional.

- (1) *Quais os indicadores, definidos por ordem de importância por peritos, para o ensino da individualização dos cuidados no Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE)?*
- (2) *Que nível de aplicabilidade existe entre os indicadores recomendados para o ensino da individualização dos cuidados no Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) e a Prática Profissional?*

A sua elaboração tem como pretensão tornar inequívoca e transparente a direcção para o qual se dirige a pesquisa, sem espaço para hipotéticas ambiguidades, pois “a formulação da pergunta de partida obriga o investigador a uma clarificação, frequentemente muito útil, das suas intenções e perspectivas espontâneas. Põe em prática uma das dimensões essenciais do projecto do processo científico: a ruptura com os preconceitos e as noções prévias” (Quivy & Campenhoudt, 1998: 66).

3.2. Objectivos

Com o desenvolvimento do presente trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos:

1.ª Fase do Estudo

(1) *Definir e hierarquizar um conjunto de indicadores de individualização dos cuidados ao adulto/idoso, recomendados por peritos, no ensino de Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), adaptado à realidade portuguesa.*

2.ª Fase do Estudo

(2) *Verificar o nível de aplicabilidade dos indicadores anteriormente definidos na prática de enfermagem, em enfermeiros, que prestam cuidados ao adulto/ idoso;*

2.1) *Determinar a influência do tempo de experiência profissional na hierarquização dos indicadores de individualização de cuidados;*

2.2) *Determinar a influência de diferentes contextos de trabalho na hierarquização dos indicadores de individualização de cuidados.*

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa

Um dos aspectos a definir na fase metodológica é o tipo de estudo, pois confere unidade, coerência, sequência e sentido prático a todas as actividades que se empreendem para procurar resposta a um determinado problema.

Os métodos indicam o tipo de conhecimento que desejamos produzir ou obter com a pesquisa empírica, isto é, quando escolhemos um método ele indica/ controla os procedimentos da pesquisa. Segundo Costa (2005: 129), o método pode ser entendido como “(...) *uma estratégia integrada de pesquisa que **organiza criticamente as práticas de investigação***², incidindo nomeadamente sobre a selecção e articulação das técnicas de recolhas de dados e análise da informação”. Ao saberemos que, “Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua que é perguntada” emerge a pertinente e primordial questão: Qual o método que melhor se coaduna aos objectivos que se pretendem atingir? (Santos, 1999: 48).

1.ª Fase do Estudo

No enquadramento conceptual, emergiu um conjunto de indicadores recomendados para o ensino de cuidados de enfermagem individualizados, tendo por substrato literatura estrangeira. Neste sentido, sente-se necessidade do seu entendimento junto da realidade portuguesa, inserindo-se, portanto, este estudo numa primeira fase num paradigma descritivo intensivo, com a finalidade de se ganhar em profundidade o que se perde em extensividade (Almeida & Freire, 1997).

2.ª Fase do Estudo

Numa segunda fase do estudo, pretende-se recorrer de igual modo ao método descritivo, mas segundo uma análise extensiva, que contemplará uma amostra consideravelmente grande, de modo a minimizar os riscos de enviesamento dos dados colhidos (Almeida & Freire, 1997; Tuckman, 2000).

Na utilização das duas fases implementadas pretende-se obter uma triangulação metodológica. O objectivo desta triangulação é recorrer a dois métodos ou perspectivas para a recolha e análise dos dados de um fenómeno, para que exista convergência quanto a uma representação precisa da realidade. A triangulação de método levada a

² Citado de Almeida e Pinto (1990: 80)

cabo resulta da combinação de dois instrumentos de recolha de dados, com aproximações semelhantes do objecto em estudo, para medir uma mesma variável. A combinação de métodos tem como vantagem eliminar algumas das eventuais limitações que advêm do uso de apenas um método de investigação (Vilelas, 2009).

4.2. Sujeitos Empíricos

1.ª Fase do Estudo

Os estudos qualitativos recorrem a amostras pequenas, não aleatórias, na medida em que a sua finalidade consiste em descobrir significados e revelar realidades múltiplas, logo a generalização não é um item orientador do processo de investigação, pelo que não é necessário recorrer a uma representatividade estatística da população.

O critério preponderante que determina o valor da amostra passará pela sua representatividade consoante a teoria, isto é, a adequação aos objectivos da investigação, exigindo o princípio da diversificação dos perfis das pessoas incluídas, de modo a garantir que nenhuma situação importante seja esquecida (Ruquoy, 1997; Quivy & Campenhoudt, 1998). Assim, *“nesta óptica, os indivíduos não são escolhidos em função da sua importância numérica da categoria que representam, mas antes devido ao seu carácter exemplar”* (Ruquoy, 1997: 103). De acordo com Almeida e Pinto (1990), a amostra não probabilística, mas intencional por conveniência emerge como a mais adequada, uma vez que nem todos os elementos da população alvo possuem a mesma probabilidade de participar no estudo, sendo possível seleccionar os elementos que revelem pertinência de serem incluídos na amostra, pela maior riqueza que podem trazer ao estudo.

Como critérios de inclusão para o painel de peritos destacam-se indivíduos, com disponibilidade para participar no estudo, detentores do grau de Licenciatura em Enfermagem, com pelo menos 10 anos de experiência na prestação directa de cuidados e/ou na gestão, acessória e formação em enfermagem, interpretados genericamente por Benner (2001: 60) como peritos. A mesma autora realça, ainda, que os peritos exercem um importante contributo no avanço de novos estudos de novos domínios do conhecimento. Tendo em consideração o enquadramento conceptual, ao frisar que competência não é sinónimo de tempo de experiência profissional (Le Boterf, 2003;

Mussak, 2004), as pessoas caracterizadas como especialistas foram previamente identificadas como peritos, pelas entidades regulamentadoras do seu desempenho. Dado que, habitualmente existe uma taxa de abstenção mais elevada de resposta na primeira rodada do que na segunda rodada, aconselha-se a incluir um número mínimo de sete e um máximo de trinta participantes (Wright & Giovinazzo, 2000). O presente estudo considerou um total de 16 peritos, onde se tentou privilegiar a heterogeneidade de perfis (Chang *et al.*, 2010).

2ª Fase do Estudo

De acordo com Almeida e Pinto (1990), recorrer-se-á novamente a uma amostra não probabilística, mas intencional por conveniência, dado que se pretende seleccionar os elementos que revelem pertinência de serem incluídos na amostra, pelas vantagens que podem trazer ao estudo.

Assim, como critérios de inclusão, para a segunda etapa do estudo, destacam-se enfermeiros, legalmente habilitados com o título profissional, que revelem disponibilidade para participar, a exercerem funções no mesmo centro hospitalar. Foram subdivididos por dois grandes grupos, tendo em conta 5 níveis de competência, definidos pela teórica de enfermagem Benner (2001):

- 1º Grupo: nível 1 – *Principiante* (0-2 anos de tempo de actividade) e nível 2/ 3 – *Principiante avançado* e *Competente* (2-5 anos de tempo de actividade), ou seja, dos 0 aos 5 anos de experiência profissional;
- 2º Grupo: nível 4 – *Proficiente* (5-10 anos de tempo de actividade) e nível 5 – *peritos* (mais de 10 anos de tempo de actividade), ou seja, mais de 5 anos de experiência profissional.

Esta demarcação apresenta como objectivo medir o impacto da variável tempo de experiência na hierarquização dos indicadores, recomendados por peritos para o ensino da individualização de cuidados (30 participantes + 30 participantes). Tendo em conta que, as práticas clínicas são interpretadas como um momento de aprendizagem e de construção de conhecimentos permanente e dinâmico, dados que nelas se prosperam competências impossíveis de serem apreendidas em contexto de sala de aula ou laboratório, pois retratam situações concretas que são integradas por cada indivíduo de modo singular e diferente (Serra, 2006), a instituição hospitalar emerge como local de eleição, dado que este é um local onde co-existe uma multiplicidade de situações:

peessoas com doença aguda ou crónica e/ ou em situação de crise. Consequentemente, atinge um nível de trabalho dominado pela imprevisibilidade e multidisciplinariedade, que exige a mobilização de um amplo e profundo conjunto de saberes teóricos e práticos, aprendidos em sala de aula, nos laboratórios da escola e em contexto de trabalho (Fernandes, 2006). Lopes (1999) sublinha, ainda, o hospital como meio privilegiado para o desenvolvimento da consciência sócio-moral do enfermeiro, fruto do confronto com as múltiplas experiências humanas de viver a doença (Carapinheiro, 1998; Benner, 2001), que propiciam o auto-reconhecimento do enfermeiro como pessoa.

Os participantes deverão ainda pertencer a dois tipos de contextos de trabalho distintos: Serviço de Internamento: Medicina (30 participantes), Cirurgia (30 participantes), de modo a apreender a sua influência do contexto na classificação por nível de importância dos indicadores encontrados, identificado por Suhonen *et al.* (2007) como uma variável pertinente, que produz resultados diferenciais.

Em suma, para assumir relevância estatística será prudente um número mínimo de 100 participantes, todavia atendendo às variáveis seleccionadas, o estudo terá de contemplar um mínimo de 120 participantes, sob influência da mesma gestão organizacional, na tentativa de excluir à partida variáveis parasitas (Almeida & Freire, 1997; Tuckman, 2000).

4.3. Instrumentos/ Procedimentos de Pesquisa Empírica

A escolha da técnica de pesquisa empírica pressupõe consonância com o método escolhido, pois é esta íntima e directa relação que assegura a validade do processo de recolha de dados do real. De acordo com Almeida e Pinto (1990: 78) “*As técnicas de investigação são conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa*”. Neste sentido, explicitam-se os procedimentos metodológicos levados a cabo nas duas fases do estudo desenvolvidas.

1.ª Fase do Estudo

Para o primeiro objectivo geral delineado, a Técnica de Delphi emerge como a mais apropriada para a sua consecução, na medida em que permite criar novas ideias e

resolver problemas, de acordo com um processo estruturado e democrático de reunião de consenso sobre determinada temática. A opção metodológica pela técnica de Delphi relaciona-se, de igual forma, com o facto de ser particularmente indicada quando se pretende obter opiniões consensuais validas sobre problemáticas, para as quais não existe um conhecimento consolidado (Oliveira, 2010). Tem sido descrita na literatura como técnica de pertinente aplicação, sobretudo a partir de 1960, na saúde (Jensen, Croskerry & Travers, 2011), na educação, na indústria e organizações governamentais (Potter, Gordom & Hamer, 2004). Spínola (1984) considera esta técnica como uma importante faceta das tomadas de decisão. Paralelamente, Almeida, Spínola e Lancman (2009) descrevem a importância da sua utilização na disciplina de enfermagem para seleccionar competências, validar diagnósticos, definir objectivos e conteúdos de disciplinas ou cursos. Ito, Ota e Matsuda (2011) utilizam também esta técnica no contexto da educação em enfermagem.

A técnica de Delphi foi desenvolvida por Olay Helmer, um matemático e filósofo, com o intuito de realizar projecções baseadas nas suposições intuitivas de peritos ou *experts*. Esta técnica apresenta quatro características essenciais que a descrevem: o anonimato, a interacção com *feedback* controlado, as respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o especialista traz para o grupo.

Esta técnica removeu os factores interpessoais e psicológicos, como a persuasão e a pressão de grupo nas respostas dominantes. Realizou-se via e-mail, após consentimento informado dos participantes, bem como possibilitou mais tempo para pensarem individualmente e o envolvimento de um maior número de pessoas, do que o possível mediante realização de uma reunião, em momento único – Técnica de Grupo Nominal ou *Focus Grupo* (Silva & Tanaka, 1999).

É constituída por duas ou mais fases, que dependem da natureza do problema e dos seus determinantes, nas quais o grupo de peritos participantes toma conhecimento do conteúdo, mediante a utilização de questionário, onde se solicitou a emissão de um julgamento (Faro, 1997). A técnica de Delphi consiste, portanto, em um questionário interactivo, onde se previu a necessidade de realização de duas rondas para validar os indicadores da individualização, dado que já se partiu de um referencial teórico (Snyder-Halpern *et al.*, 2000; Hanafin, 2004). Esta modificação da metodologia clássica, evita o recurso a uma primeira ronda não estruturada, onde os peritos emitiriam o seu parecer, abertamente, sem informação pré-existente. As vantagens residem num

menor gradiente de dispersão dos dados, na necessidade de um menor número de rondas totais e aumenta a validade e fiabilidade da técnica (Chang *et al.*, 2010).

O processo foi orientado pela agregação das respostas dos especialistas, que permitiu um sistema de retro-alimentação da análise dos resultados, que utilizou a comunicação escrita.

Para implementar esta técnica, primeiramente, foi elaborado um questionário. Na introdução explicitou-se o motivo da aplicação do questionário, a natureza, os objectivos da problemática em estudo, os prazos delineados para a sua consecução, a garantia da confidencialidade e anonimato das respostas. As instruções de preenchimento foram cuidadosamente elaboradas, com novas informações sempre que se mudou a forma das perguntas. Ao se solicitar a cooperação para duas rondas, o questionário foi disponibilizado em formato informático, o que possibilitou um maior investimento na sua aparência estética, com o intuito de fomentar a participação dos peritos seleccionados e tornar mais agradável o seu preenchimento (Hill & Hill, 2000).

Este questionário foi composto por duas partes: 1) caracterização do perfil sócio-profissional dos peritos e 2) opinião sobre as categorias e indicadores sugeridos pela literatura na individualização dos cuidados de enfermagem para o Curso de Licenciatura. Para cada variável foi construída uma pergunta. Na segunda parte, recorreu-se a um total de 58 questões fechadas, para testar as categorias e indicadores da individualização apontados pela literatura encontrada e comparar validamente as respostas entre si, uma vez que neste tipo de questões os inquiridos respondem do mesmo modo à mesma pergunta (Foddy, 1996).

Para aferir o nível de concordância inerente aos 58 indicadores sugeridos pela bibliografia, o perito teve de avaliar um só item em termos de uma variável, com recurso à utilização da escala de tipo Likert (Hill & Hill, 2000). Esta escala contemplou 7 níveis diferentes, mas de igual amplitude (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Discordo parcialmente; 4- Não concordo, nem discordo; 5- Concordo parcialmente; 6- Concordo; 7- Concordo totalmente) (Tuckman, 2000) para se obter um nível de refinação mais elevado da informação obtida.

Recorreu-se, ainda, à formulação de duas perguntas abertas, com a finalidade de averiguar a necessidade de introdução de novos atributos do conceito de individualização dos cuidados de enfermagem, com respectiva justificação.

A validade de conteúdo de todo o questionário (Hill & Hill, 2000) foi submetida à apreciação de três juízes (Neves & Boruchovitch, 2007) em número ímpar para facilitar a

tomada de decisão, com perfis heterogéneos e seleccionados pelas competências: 1) enfermeiro, docente, especialista e mestre em enfermagem, com tese de doutoramento em curso sobre as necessidades de cuidados da pessoa adulta/ idosa em situação de crise; 2) enfermeiro, docente e mestre em enfermagem, coordenador de uma associação para idosos e de uma linha de investigação transcultural sobre a individualização do cuidado de enfermagem; 3) enfermeiro com 20 anos de experiência profissional, com investimento nos cuidados ao adulto/ idoso, em diversos contextos de saúde, reconhecido como perito na prática.

Os itens do questionário foram avaliados, em grupo, relativamente à organização, objectividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo (Herminda & Araújo, 2006). De acordo com a análise efectuada pelos juízes todos os itens foram conservados, porém simplificou-se a linguagem utilizada e procedeu-se à segregação do estado de recuperação e manutenção que se referiam à mesma variável, em dois indicadores distintos.

Mediante a obtenção de consentimento informado prévio dos 16 sujeitos empíricos seleccionados, foram enviados os questionários (anexo 2) via e-mail individualmente e após os 10 dias estipulados para o seu preenchimento (27 de Março a 6 de Abril de 2011), encerrou-se a possibilidade de resposta. Com base no *feedback* recebido constituíram-se as questões orientadoras da segunda ronda, com a indicação percentual obtida.

Há evidência descrita de concordância desde 51% a 100% que mostra consenso (Chang *et al.*, 2010; Ito *et al.*, 2011). No presente estudo, na primeira ronda os resultados analisados foram divididos mediante três critérios:

- 1) Consistentes (nível de consenso $\geq 80\%$);
- 2) Pouco consistentes (nível de consenso entre 80 a 60%);
- 3) Inconsistentes (nível de consenso $\leq 60\%$).

A inclusão das perguntas abertas foi particularmente útil para obter informação qualitativa, que permitiu complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis (Hill & Hill, 2000). Para organizar, fornecer estrutura e extrair o significado das questões abertas recorreu-se à análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (2008) que comporta três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O seu principal objectivo incide na realização de deduções, que permitem a passagem da descrição à

interpretação, através da atribuição de sentido às características do material que foi inventariado, enumerado e sistematizado, com base numa lógica explicitada (Vala, 2001; Quivy & Campenhoudt, 2005; Bardin, 2008).

Neste sentido, foi realizada uma leitura flutuante, com o intuito de estabelecer o contacto inicial com a informação patente nos questionários para, deste modo, começarem a emergir as primeiras impressões e orientações. As percepções reunidas através das respostas aos questionários foram organizadas por grupos temáticos para evidenciar os contrastes. Procedeu-se à análise dos textos em estado bruto, à separação, reorganização, classificação em categorias e agregação em unidades das várias partes que compõem o discurso escrito. Para que numa lógica heurística, possibilitem a produção de um novo discurso sobre o material empírico, baseado na atribuição de significados, que procuram responder às questões orientadoras de investigação, com a pretensão de elaborar uma grelha de codificação, que visa reduzir a sua complexidade para potenciar a sua apreensão e explicação, em termos-chave (Polit, Beck & Hungler, 2001). Toda a análise de conteúdo supõe a desagregação da informação nos seus elementos constitutivos, designados de unidades de registo. As unidades de registo são segmentos determinados de conteúdo que se caracterizam com a atribuição de uma dada categoria, sendo definida por Ghiglione e Matalon (2001: 93) como o *“segmento de conteúdo mínimo que é tomado em atenção para a análise”*. A frequência, ou seja, o número de aparições de cada unidade de registo foi tida em conta, na tentativa de clarificar a sua relevância. Contudo, é fundamental realçar que, esta medida frequencial simples adoptada não é automática, dado que as unidades de registos menos regulares advêm do acontecimento, do acidente e da raridade e podem possuir um sentido consideravelmente mais rico (Bardin, 2008).

Em simultâneo à leitura do discurso escrito, equacionaram-se as categorias de codificação, com base na sua fracção em segmentos, na sua examinação minuciosa e comparação com outros segmentos, com o fim de detectar os padrões de regularidade, de dissemelhança, o tipo de fenómenos subjacentes e a sua significação (Polit, Beck & Hungler, 2001). A definição do sistema de categorias, inerente à análise de conteúdo, foi concretizada *a posteriori*, para possibilitar o cruzamento entre a literatura estrangeira e as ocorrências verificadas no discurso dos participantes (Bardin, 2008).

Para proceder à categorização foram tidas em conta as regras de exaustividade e exclusividade, pelo que todas as unidades de registo foram incluídas numa das categorias, bem como uma mesma unidade de registo somente pôde pertencer a uma

categoria (Vala, 2001). Atendeu-se, de igual modo, à pertinência das categorias consideradas, capazes de reflectirem as intenções da investigação, isto é, capazes de exprimirem e de se adequarem ao quadro teórico definido. A objectividade e fidelidade das categorias foram outras qualidades valorizadas, ao assegurarem a codificação do material de igual maneira, mesmo submetido a outras análises, com a finalidade de reduzir a probabilidade da ocorrência de ambiguidades.

Posteriormente, a sua validade foi testada internamente, através da elaboração de uma grelha prévia de análise das unidades de registo. Procedeu-se à segmentação dos dados obtidos em unidades de registo, que foram distribuídos por categorias e indicadores.

No segundo questionário, disponível em anexo 3, formulado o aspecto gráfico, a introdução e a forma de construção manteve-se para facilitar a familiaridade estabelecida já com a ronda anterior, bem como também se preservou a caracterização sócio-demográfica, dado que poderia haver variabilidade na amostra. Este questionário foi composto por 45 perguntas fechadas, que corresponderem de igual forma a um total de 45 indicadores, agrupados em 7 categorias, divididas em três partes. Na primeira parte foram apresentados indicadores com nível de consenso $\geq$ a 80%, face ao primeiro questionário e onde foi solicitado aos peritos que reconsiderassem a sua opinião, segundo uma escala dicotómica, ou seja, contemplou a utilização de uma escala nominal (Sim ou Não), que é qualitativamente diferente e mutuamente exclusiva (Maroco, 2003; Hill & Hill, 2000). Na segunda parte, foram apontados os indicadores que obtiveram níveis de consenso entre 60% e 80%, onde foi solicitada para cada um deles a sua classificação por nível de importância, de acordo com uma escala ordinal, no sentido de se manter a sua representatividade na identificação dos atributos que definem o cuidado individualizado. Nos indicadores que apenas ficaram constituídos por um item, com os mesmos níveis de consenso (60 a 80%), foi pedido mediante uma escala dicotómica que considerasse a pertinência da sua inclusão ou não.

Na terceira parte, foram apresentadas as categorias e indicadores sugeridos pelos peritos, face ao primeiro questionário, onde se solicitou que reconsiderem a sua opinião, segundo uma escala nominal (Sim ou Não). Na segunda ronda, apenas foram considerados os indicadores que acumularam um nível de consenso $\geq$ 90%, para minimizar a probabilidade de dispersão de opinião, tendo em conta a curva de Gaus e o intuito de assegurar uma elevada consistência dos dados.

Este questionário foi aplicado de 17 a 27 de Abril de 2011, de igual modo nos 16 peritos inicialmente contemplados, individualmente enviados e recebidos via e-mail.

2.ª Fase do Estudo

Perante a *check-list* de indicadores recomendados, por peritos, para a individualização dos cuidados no ensino do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pretendeu-se verificar o seu nível de importância junto dos contextos de trabalho, com uma amostra representativa, através de inquérito por questionário. As questões elaboradas foram cuidadosamente padronizadas, para que cada inquirido compreendesse de igual modo o seu conteúdo, de modo a permitir uma comparação pertinente de diferentes respostas à mesma questão. Os procedimentos envolvidos no questionário partiram de um conjunto de pressupostos já identificados (Foddy, 1996).

O principal objectivo consistiu em medir as variáveis seleccionadas a partir de perguntas de formato fechado. Contemplou-se um reduzido número em formato aberto, na tentativa de averiguar a necessidade de inclusão de outras categorias ou indicadores, constituintes da individualização do cuidado de enfermagem. O questionário ao ser composto, maioritariamente, por questões fechadas foi elaborado de forma a não ultrapassar os 20 minutos de tempo de resposta, com o intuito de evitar a monotonia e de não desmotivar os participantes (Ghiglione & Matalon, 2001).

Primeiramente, submeteu-se o questionário à apreciação de dois enfermeiros: um com um vasto currículo na área de investigação quantitativa em enfermagem e na problemática em estudo; e outro membro do Conselho de Ética, com funções de chefia e de coordenação dos processos investigativos, no centro hospitalar onde iria decorrer a colheita de dados. Foi privilegiada a opinião crítica de dois actores em diferentes situações, com a pretensão de abarcar o contexto académico e o de trabalho, de forma a favorecer a relação teoria/ prática (Sprinthall & Sprinthall, 1993; Nascimento, 2007; Rodrigues, 2007) e não negligenciar nenhum aspecto importante.

Das sugestões emergentes, reduziu-se a escala de tipo Likert que contemplava 7 níveis diferentes de posicionamento, semelhante à da técnica de Delphi, para 5 (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo, nem discordo; 4 - Concordo; 5- Concordo totalmente). As razões apontadas prenderem-se com o facto de, ser este o tipo de escala com a qual os enfermeiros estão mais familiarizados na prática e não se necessitar de um nível de refinamento ou de compartimentação tão elevado da

informação, dado já ter sido utilizada a técnica de Delphi. Como resultado deste parecer, incluiu-se também na introdução do questionário a definição da individualização de cuidados adoptada, uma vez que se trata de um conceito poliforme, para minimizar a hipótese de enviesamento do conteúdo da informação.

Antes da recolha de dados, foi efectuado pedido de autorização para conduzir a presente pesquisa empírica ao Departamento de Investigação em Enfermagem, da respectiva instituição hospitalar da região de Lisboa, onde se explicitou o desenho do estudo em questão, tendo sido emitido um parecer positivo, que se encontra disponível em volume anexo, para não comprometer a confidencialidade da informação.

Posteriormente, realizou-se um pré-teste, após se ter redigido as instruções de preenchimento e confrontada a primeira versão com os objectivos e variáveis delineadas, com o intuito de confirmar a diferenciação e exclusividade das questões formuladas (Almeida & Freire, 1997; Tuckman, 2000). Este procedimento foi levado a cabo para garantir que, o questionário é de facto aplicável e que corresponde à problemática que se pretende apreender, pois ao permitir perceber como as questões e as respostas são compreendidas, possibilita identificar erros de vocabulário e de formulação.

O pré-teste foi aplicado em um dos serviços de Medicina e em outro dos serviços de Cirurgia, com um total de 30 respostas. A avaliação da fiabilidade interna foi avaliada através do alfa de Cronbach, sendo o valor obtido de 0,868, que demonstra um bom indicador de consistência (Hill & Hill, 2000).

Na mesma continuidade, foram construídas duas versões sobre a mesma pergunta fechada, onde se utilizou palavras diferentes e foram bem separadas no questionário. Para aferir a correlação entre as mesmas – auto-cuidado e autonomia, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman, que é uma medida de associação não-paramétrica entre duas variáveis ordinais (Maroco, 2003), com recurso ao SPSS versão 19. Mediante a análise, que se explicita no Quadro IV. 3, é possível verificar que existe uma correlação positiva entre os dois conceitos edificados para o mesmo indicador.

Quadro IV.3. Coeficiente de Correlação de Spearman entre auto-cuidado e autonomia

Coeficiente de correlação de Spearman				
			Facilita a promoção do auto-cuidado	Estimula a autonomia da pessoa
Spearman's rho	Facilita a promoção do auto-cuidado	Correlation Coefficient		0,44
		Sig. (2-tailed)	.	0,02
		N	30	30
	Estimula a autonomia da pessoa	Correlation Coefficient	0,44*	
		Sig. (2-tailed)	0,02	.
		N	30	30
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

Verifica-se que existe uma associação entre a individualização na promoção do auto-cuidado e no estímulo da autonomia da pessoa ($p < 0,02$), mas ao serem semanticamente diferentes pode, possivelmente, explicar a sua não sobreposição. Na análise de dados, o item referente à autonomia será excluído, uma vez que apenas foi introduzido por motivos de teste à fiabilidade do instrumento de pesquisa.

A aplicação do questionário foi auto-administrada, na medida em que foi entregue às chefias dos serviços de saúde pretendidos, após reunião com explicitação dos contornos do estudo, para regularem o processo ao envolver os enfermeiros colaboradores e excluir os efeitos psicossociais da presença do investigador. A sua consecução decorreu em cinco serviços de Medicina e três de Cirurgia.

Na introdução descreveu-se a finalidade da aplicação do questionário, os objectivos da problemática e o tipo de estudo, a definição do conceito de individualidade contemplado, os prazos delineados para a sua consecução, a garantia da confidencialidade e anonimato das respostas. As instruções de preenchimento foram cuidadosamente elaboradas, com novas informações sempre que se mudou a forma das perguntas. Estas informações foram discriminadas com a pretensão de assegurar a normalização das respostas e evitar a contaminação das mesmas com elementos subjectivos (Vilelas, 2009).

O questionário elaborado foi constituído por três partes, disponível em anexo 4: 1) caracterização do perfil sócio-profissional dos enfermeiros, 2) hierarquização das categorias apuradas pela técnica de Delphi e 3) atribuição de grau de importância aos indicadores, apurados com nível de consenso $\geq 90\%$.

Ao se pretender a hierarquização das categorias por ordem de importância, recorreu-se à utilização de uma escala ordinal, como primeira questão, que possibilitou definir uma determinada ordem, de acordo com uma relação descritível (Maroco, 2003). Para a

hierarquização foi apresentado um conjunto de 7 itens: 1) educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos); 2) cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos); 3) gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas); 4) empoderamento/ Literacia para a saúde; 5) linha telefónica de apoio permanente / tele-assistência; 6) toque terapêutico; 7) cuidado à pessoa em fim de vida e família.

Para averiguar o nível de concordância inerente aos 32 indicadores apontados pelo procedimento metodológico anterior, utilizaram-se 32 questões para os enfermeiros avaliarem um só item em termos de uma variável, com recurso à utilização da escala de tipo Likert (Hill & Hill, 2000). Esta escala contemplou 7 níveis diferentes, mas de igual amplitude (1- Discordo; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo, nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo) (Tuckman, 2000). Para apreender a pertinência da categoria – apoio psico-emocional, sugerida pela bibliografia, apesar de descurada pelos peritos, no contexto das práticas de enfermagem, solicitou-se opinião numa pergunta dicotómica (Sim ou Não). Paralelamente, pediu-se a justificação, independentemente de o parecer ser favorável ou não.

O período de colheita de dados teve início a 23 de Maio e terminou a 17 de Junho, de 2011.

4.4. Limitações do Estudo

Quanto à segunda revisão sistemática de literatura que, incide nos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem individualizadas, identificados por pessoas de meia-idade e idosas, o facto de descurar a faixa etária dos 18 aos 44 anos, pode ter negligenciado algum fenómeno importante.

No que concerne à técnica de Delphi, os peritos seleccionados podem se ter sentido constrangidos na emissão das suas respostas e comentários, bem como o tempo disponibilizado de 10 dias, pode ter sido insuficiente para se debruçarem em maior profundidade sobre a temática.

Relativamente ao inquérito por questionário, aplicado numa segunda fase, ao ser composto predominantemente por questões fechadas, pode ter impedido os sujeitos empíricos – enfermeiros, de expressarem percepções, ideias ou informação adicional sobre a presente temática. A composição da amostra com baixo grau de heterogeneidade

no que respeita ao sexo (n= 126 mulheres; n= 30 homens), formação académica (n= 1 curso geral; n= 12 bacharelatos; n= 141 licenciaturas; n= 2 mestados) e categoria profissional (n= 120 enfermeiros; n= 24 enfermeiros graduados; n= 12 enfermeiros especialistas) impediu que se formulassem conclusões, estatisticamente relevantes, quanto ao seu impacto na individualização dos cuidados.

Na perspectiva da metodologia escolhida, este estudo apresenta limitações relacionadas com o facto de os seus resultados não serem passíveis de generalizações a outros contextos do cuidar, na medida em que as conclusões que dele emergem se reportam apenas a uma instituição hospitalar.

CAPÍTULO V

PRIMEIRA FASE DO ESTUDO

Nesta etapa, efectiva-se a análise da informação proveniente do percurso exploratório e descritivo levado a cabo. Primeiramente, pretendeu-se uma maior familiaridade com o problema, no sentido de o tornar mais explícito e aumentar o conhecimento sobre o mesmo, tendo em conta a sua adaptação à enfermagem portuguesa. Para tal efeito, clarificam-se os resultados fornecidos pela técnica de Delphi, que se efectuou pelo facto da temática da individualização ser insuficientemente explorada, com uma descrição sistemática insuficientemente concisa. Para organizar e refinar a informação emergente na literatura em contraste com a opinião dos peritos, utiliza-se o nível de concordância, definido em percentagem.

Numa fase subsequente, procurou-se obter uma visão mais completa da problemática mediante inquérito por questionário. Analisou-se como se comportava o fenómeno da individualização e das suas componentes, ao ser submetido a um maior número de enfermeiros, dado que já se detinha maior conhecimento sobre ele. Neste sentido, recorreu-se ao SPSS, versão 19 e realizou-se análise univariada, através da verificação das frequências, do cálculo das medidas de tendência central e de dispersão para cada categoria e os seus itens constituintes. Foi executada, ainda, estatística analítica para verificar se dois ou mais grupos diferiam relativamente a uma determinada variável, através do teste Qui-Quadrado.

Os dados qualitativos, adquiridos mediante discurso escrito dos participantes, nas duas fases metodológicas foram submetidos a análise de conteúdo, para se extrair o seu significado na apreensão desta problemática.

5.1. Primeira ronda da Técnica de Delphi

5.1.1. Caracterização dos Peritos

A amostra da primeira ronda da Técnica de Delphi foi constituída por 12 peritos, dos 16 inicialmente contactados, detectando-se uma abstenção de resposta em 25% (4 participantes), que confirma as suposições de Wright e Giovino (2010) ao apontarem para uma taxa percentual de 30 a 50 de falta de emissão de *feedback*.

Quanto ao perfil dos participantes, como demonstra o Quadro V. 4, é possível constatar que, a faixa etária é diversificada, com idades compreendidas entre os 30 e os

60 anos, sendo a média de 42 anos. Predominam enfermeiros do sexo feminino, em número 7 (58%), em detrimento do sexo masculino, onde se contabiliza um total de 5 (42%). Relativamente ao tempo de experiência profissional, o valor mínimo é de 10 e o máximo de 31, sendo a média de 17 anos. No que diz respeito à formação académica dos peritos, é notável que a maioria possui o grau de Mestre (50%), seguindo-se a Licenciatura em Enfermagem (42%) e de forma menos expressiva o Bacharelato em Enfermagem (8%). Verificou-se a inexistência da categoria de enfermeiro, o que significa todos os enfermeiros seleccionados foram alvo de progressão na carreira, contabilizando-se 6 enfermeiros graduados (50%) e 6 enfermeiros especialistas (50%). No que se reporta às áreas de actuação profissional, destaca-se a educação em enfermagem, com 6 enfermeiros (50%), sucedendo-se a prática de cuidados com 4 enfermeiros (33%) e, consecutivamente o domínio da gestão representado por 2 enfermeiros (17%).

Quadro V. 4 – Caracterização do perfil dos peritos submetidos à primeira ronda da técnica de Delphi

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Tempo de experiência profissional (anos)	Formação académica	Categoria Profissional	Área de actuação profissional
P1	53	Feminino	31	Mestrado	Enfermeiro especialista	Educação
P2	37	Masculino	15	Mestrado	Enfermeiro graduado	Prática de cuidados
P3	49	Masculino	16	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Educação
P4	60	Feminino	27	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Gestão
P5	49	Masculino	28	Bacharelato em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro graduado	Educação
P6	37	Feminino	14	Mestrado	Enfermeiro especialista	Prática de cuidados
P7	41	Feminino	18	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro graduado	Prática de cuidados
P8	32	Feminino	10	Mestrado	Enfermeiro graduado	Educação
P9	27	Feminino	10	Mestrado	Enfermeiro graduado	Educação
P10	36	Masculino	15	Mestrado	Enfermeiro especialista	Educação
P11	40	Feminino	19	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Gestão
P12	44	Masculino	21	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro graduado	Prática de cuidados

5.1.2. Apresentação dos Dados

Tendo em linha de conta a primeira análise quantitativa que, incidiu sobre as respostas à primeira ronda, foi possível denotar uma grande valorização por todos os itens contemplados, dado que todos eles se situaram acima do ponto mediano da escala de resposta (3,5), em que a quase totalidade dos itens obteve escores elevados, posicionados entre 5-7 (concordo parcialmente – concordo plenamente).

Para averiguar a pertinência da presente problemática – individualização do cuidado de enfermagem, foi questionada a sua relevância aos sujeitos empíricos, os quais na totalidade (100%) a classificaram como importante.

Ao se analisar o posicionamento dos peritos relativamente os indicadores encontrados na literatura para cada uma das categorias supra-mencionadas, obteve-se um total de: (1) 21 indicadores com nível de concordância ≥ 80 a 100%; (2) 20 indicadores com nível de concordância entre 60 – 80% e (3) 16 indicadores com nível de concordância $\leq 60\%$, como retrata o Quadro V. 5. O cálculo dos consensos privilegiou um nível de concordância fortemente positivo, ao considerar apenas para análise os escores de pontuação elevada correspondentes a: concordo – 6 e concordo totalmente – 7.

Quadro V. 5 – Indicadores do cuidado individualizado hierarquizados por ordem de importância, na primeira ronda

Indicadores com classificação ≥ 80 a 100%	
1. <u>Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)</u>	• Capacidade para o auto-cuidado (100%) • Adesão ao regime terapêutico (83%) • Adesão a regime nutricional adequado (83%) • Taxa de sucesso dos programas de reabilitação funcional (83%)
2. <u>Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)</u>	• Presença de conforto (91%) • Qualidade de vida (91%) • Capacidade de gestão da sintomatologia, na doença crónica (84%) • Presença de bem-estar (83%)
3. <u>Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)</u>	• Taxa de recuperação do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa (92%) • Grau de satisfação da pessoa significativa/família com os cuidados de enfermagem (92%) • Envolvimento da pessoa nos cuidados (91%) • Tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias (84%) • Taxa de manutenção do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa (83%) • Percepção sobre o estado de saúde (83%)
4. <u>Empoderamento/ Literacia para a saúde</u>	• Participação na tomada de decisão em saúde (100%)

- Presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa (83%)

6. Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência

- Nível de confiança nos serviços de saúde (83%)
- Estado psico-emocional do cuidador informal (83%)

7. Toque terapêutico

- Nível de satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem (100%)
- Eficácia da relação interpessoal enfermeiro/pessoa (92%)
- Presença de sentimento de valorização na relação terapêutica, enquanto ser indivisível (83%)

Indicadores com classificação entre 60 a 80 %

1. Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)

- Presença de sentimento de auto-controlo (75%)
- Frequência de procura de cuidados de saúde (67%)

2. Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)

- Taxa de incidência de úlceras de pressão (73%)
- Taxa de incidência dos efeitos colaterais à medicação diária (67%)
- Taxa de incidência de novas co-morbilidades (66%)

3. Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)

- Intensidade da dor (67%)
- Capacidade para gerir e controlar a sintomatologia no domicílio, em situação de doença aguda (67%)
- Nível de sobrecarga familiar (67%)

4. Empoderamento/ Literacia para a saúde

- Quantidade da informação sobre saúde (75%)
- Capacidade para utilizar informação em saúde (67%)
- Taxa de adesão a programas de rastreio (67%)
- Capacidade na detecção precoce de sinais e sintomas de doença (67%)
- Presença de sentimento de auto-responsabilização pelo estado saúde (67%)

5. Apoio psico-emocional

- Adopção de mecanismos de adaptação eficazes em situação de crise (67%)
- Nível de auto-confiança (67%)
- Nível de auto-conceito (67%)

6. Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência

- Presença da continuidade de cuidados (75%)
- Necessidade de hospitalização (75%)
- Presença de apoio e escuta activa 24h/dia (67%)

7. Toque terapêutico

- Presença de empatia com o enfermeiro prestador de cuidados (75%)

Indicadores com classificação ≤ 60%

1. Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)

- Presença de receio no processo de doença (58%)
- Taxa de adesão a estilos de vida saudáveis (50%)
- Capacidade para lidar com a fadiga de etiologia oncológica (50%)

2. Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)

- Taxa de incidência de complicações associadas à imobilidade prolongada (58%)
- Presença de estados de ansiedade e agitação psico-motora (50%)
- Taxa de incidência de quedas (42%);
- Capacidade de recuperação do controlo do esfíncter vesical (33%)
- Capacidade percepto-cognitiva (memória) (33%)

• Capacidade de manutenção do controlo do esfíncter vesical (25%)
3. <u>Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)</u> • Custos em saúde/ano com cuidados individualizados (50%) • Estado geral de saúde da pessoa (25%) • Incidência de patologia psíquica (p.ex. delirium) (17%)
4. <u>Empoderamento/ Literacia para a saúde</u> • Capacidade para obter informação em saúde (58%)
5. <u>Apoio psico-emocional</u> • Nível de motivação (41%) • Nível de auto-eficácia (25%) • Taxa de incidência de estados de desajuste psicológico (33%)
6. <u>Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência</u> • Tempo de observação no hospital (34%)

Educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação e recursos).

Relativamente a esta categoria, que reunia um total de 9 indicadores sugeridos como relevantes pela literatura, três deles (presença de receio no processo de doença, taxa de adesão a estilos de vida saudáveis e a capacidade para lidar com a fadiga de etiologia oncológica) ao apenas atingirem um consenso inferior ou igual a 60% foram expurgados. A promoção do auto-cuidado foi o item que atingiu um lugar mais proeminente, dado que foi classificado por todos os peritos como extremamente importante, seguindo-se as questões inerentes à adesão ao regime medicamentoso, nutricional adequado e aos programas reabilitação funcional. A tradução desta categoria na fomentação da presença de sentimento de auto-controlo, na diminuição da procura de cuidados de saúde ou da fadiga gerada pela doença oncológica foi submetida a hierarquização, por grau de relevância na segunda ronda, para se averiguar a pertinência da sua inclusão, uma vez que a classificação atribuída se encontra entre 60 a 80%.

Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos). Nesta categoria, composta por 13 itens, foram eliminados na primeira ronda um total de 6. Esses itens reportavam-se ao cuidado individualizado como responsável pela manutenção e controlo do esfíncter vesical, diminuição das complicações associadas à imobilidade prolongada e ao desuso. Reportavam-se, ainda, à redução da incidência de alterações do estado de consciência ou neuro-degenerativas, com risco da segurança física da própria pessoa. O conforto e a qualidade de vida foram os indicadores mais valorizados pelos peritos, sucedendo-se a capacidade para lidar com a sintomatologia ocasionada pela doença crónica e a presença de bem-estar. A manutenção da integridade

cutânea e a minimização dos efeitos indesejados da terapêutica e o surgimento de novas patologias ocuparam um nível de consenso intermédio.

Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas). Problemática constituída por 12 indicadores, dos quais se destacam a taxa de recuperação do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa, o nível de satisfação da pessoa significativa e/ ou família com o cuidados de enfermagem individualizado na gestão de casos. O envolvimento activo da pessoa no seu projecto de saúde, bem como o tempo de retorno ao desempenho das suas actividades de vida diárias e a melhoria da percepção sobre o seu estado de saúde foram os itens com o nível de concordância mais elevado entre os peritos. A aptidão para gerir e controlar a sintomatologia despoletada pela doença no contexto natural da pessoa – domicílio, a presença e a intensidade da dor e o nível de sobrecarga familiar ocuparam uma posição mediana de relevância. Na gestão de casos foram excluídos três indicadores com reduzido nível de concordância, inferior a 50%, que se referem ao seu impacto na diminuição dos gastos em saúde, optimização do estado geral de saúde da pessoa e redução da incidência de patologia psíquica, como o *delirium*.

Empoderamento/ Literacia para a saúde. Esta categoria englobava um total de 8 itens, com peculiar ênfase na fomentação da participação da pessoa na tomada de decisão em saúde, que de forma ligeiramente menos expressiva contempla a horizontalização da relação de poder entre o enfermeiro e o outro. Menos valorizado pelos peritos como atributos do cuidado individualizado foram: a quantidade de informação sobre saúde, a habilidade para a sua utilização, a adesão a programas de rastreio, a aptidão para a detecção precoce de sinais e sintomas sugestivos de doença e a presença do sentimento de auto-responsabilização pelo estado de saúde. A competência para obter informação em saúde foi a única suprimida.

Apoio psico-emocional. Os itens desta componente do cuidado individualizado apenas reuniram médio e baixo consenso, dos quais se excluíram metade dos indicadores mencionados pela literatura, na primeira ronda. Dos 6 itens manteve-se a promoção da adopção de mecanismos de adaptação eficazes em situação de crise, da auto-confiança e do auto-conceito. O conteúdo que se reportava à optimização da motivação, auto-

eficácia e redução de estados de desajuste psicológico, como a ansiedade e depressão, foi banido pela sua diminuta taxa percentual de importância.

Linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência. A esta categoria foi atribuída grande importância (83%) para o incremento do nível de confiança nos cuidados de saúde e redução de estados de desajuste psico-emocional no cuidador informal. Na posição intermédia dos 8 itens situa-se a possibilidade de individualizar mediante a continuidade de cuidados, a redução da necessidade de hospitalização e a presença de enfermeiro para apoio e escuta activa 24h/dia. O indicador eliminado incidia naquele que se referia à diminuição do tempo de observação em contexto hospitalar, com este tipo de assistência tecnológica.

Toque terapêutico. Esta categoria é a única em que os seus 4 indicadores constituintes se posicionam no elevado e médio nível de concordância. Neste último nível encontra-se a presença da empatia entre o enfermeiro, prestador de cuidados e a pessoa, na implementação do cuidado personalizado. O toque terapêutico com maior proeminência foi considerado relevante para aumentar o nível de satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem, sucedendo-se a eficácia da relação interpessoal enfermeiro/pessoa e a presença do sentimento de valorização pela pessoa, enquanto um ser indivisível.

Categorias e indicadores do cuidado individualizado sugeridos pelos peritos. O cuidado à pessoa em fim de vida e família foi sugerido por um dos peritos como uma faceta importante do cuidado individualizado. Como indicadores deste atributo introduzido foi apontado o nível de sofrimento considerado pela pessoa em cuidados paliativos, a valorização da dignidade em fim de vida e o acompanhamento permanente da pessoa e família, mesmo após a morte. Outro perito sugeriu ainda a inserção da advocacia, ou seja, o enfermeiro como advogado da pessoa em categoria previamente existente: empoderamento/ literacia para a saúde. As novas evidências incluídas explicitam-se no Quadro V. 6.

Quadro V. 6. Categorias e indicadores do cuidado individualizado sugeridos pelos peritos

Categorias	Indicadores
<u>Cuidado à pessoa em fim de vida e família</u>	• Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos • Valorização da dignidade da pessoa • Presença de acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa
4. <u>Empoderamento/ Literacia para a saúde</u> (a incluir)	• Exercício do enfermeiro como advogado da pessoa (advocacia)

5.2. Segunda Ronda da Técnica de Delphi

5.2.1. Caracterização dos Peritos

A amostra da segunda ronda da Técnica de Delphi foi composta por 10 peritos, dos 16 inicialmente contactados, registando-se, deste modo, uma abstenção de resposta em 37,5% (6 participantes). Quanto ao perfil dos participantes, como exemplifica o Quadro V. 7, é possível denotar que uma ampla faixa etária, com idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos, com média que permanece nos 42 anos. Continuam a predominar enfermeiros do sexo feminino, em número de 6 (60%), em detrimento do sexo masculino, onde se contabiliza um total de 4 (40%). Relativamente ao tempo de experiência profissional, mantém um valor mínimo de 10 e o máximo de 31, sendo a média de 17,2 anos. O nível de formação académica dos peritos encontra-se distribuído equitativamente entre o grau de Mestre (50%) e a Licenciatura em Enfermagem (50%). Quanto à categoria profissional atribuída, destacam-se os 7 enfermeiros com o título de especialistas (70%) e 3 enfermeiros graduados (30%). No que se reporta às áreas de actuação profissional, evidencia-se a educação em enfermagem, com 5 enfermeiros (50%), sucedendo-se a prática de cuidados com 3 enfermeiros (30%) e, consecutivamente, o domínio da gestão representado por 2 enfermeiros (20%).

Quadro V. 7 – Caracterização do perfil dos peritos submetidos à segunda ronda da técnica de Delphi

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Tempo de experiência profissional (anos)	Formação académica	Categoria Profissional	Área de actuação profissional
P1	37	Masculino	15	Mestrado	Enfermeiro graduado	Prática de cuidados
P2	60	Feminino	27	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Prática de cuidados
P3	33	Masculino	12	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Prática de cuidados
P4	53	Feminino	31	Mestrado	Enfermeiro especialista	Educação
P5	42	Masculino	19	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro graduado	Gestão
P6	49	Masculino	10	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Educação
P7	36	Feminino	15	Mestrado	Enfermeiro especialista	Educação
P8	33	Feminino	10	Mestrado	Enfermeiro graduado	Educação
P9	37	Feminino	14	Mestrado	Enfermeiro especialista	Educação
P10	40	Feminino	19	Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	Enfermeiro especialista	Gestão

Com base na descrição da amostra que se elaborou é possível inferir que as opiniões provenientes dos sujeitos do painel de Delphi merecem consideração, na medida em que os enfermeiros que o compõem possuem um vasto conhecimento da temática em questão – cuidados de enfermagem. Fenómeno este corroborado, pela sua vasta experiência profissional, superior a 10 anos, considerada por Benner (2001) fundamental para a categorização de perito, bem como o facto do seu desempenho para o desenvolvimento da profissão ter sido reconhecido pelas entidades que regulam e avaliam o seu exercício.

5.2.2. Apresentação dos Dados

Da análise dos dados efectuada na segunda ronda da Técnica de Delphi é possível constatar que, dos 45 indicadores submetidos ao parecer de peritos, apenas 32 dos mesmos foram tomados em consideração, dado que obtiveram um nível de concordância superior a 90%, tendo sido excluídos, deste modo, um total de 13 indicadores. A apresentação das novas evidências colhidas apresenta-se agrupada por categorias, para mais fácil leitura e compreensão, no Quadro V. 8.

Quadro V. 8 – Indicadores do cuidado individualizado hierarquizados por ordem de importância, na segunda ronda

Indicadores com classificação $\geq 90\%$

1. **Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)**
 - Capacidade para o auto-cuidado (100%)
 - Adesão ao regime terapêutico (100%)
 - Adesão a regime nutricional adequado (100%)
 - Taxa de sucesso dos programas de reabilitação funcional (100%)
2. **Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)**
 - Presença de conforto (100%)
 - Qualidade de vida (91%)
 - Capacidade de gestão da doença crónica (100%)
 - Presença de bem-estar (90%)
 - Taxa de incidência de úlceras de pressão (90%)
 - Taxa de incidência dos efeitos colaterais à medicação diária (90%)
3. **Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)**
 - Grau de satisfação da pessoa significativa/família com os cuidados de enfermagem (100%)
 - Envolvimento da pessoa nos cuidados (100%)
 - Tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias (100%)
 - Taxa de recuperação do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa (90%)
 - Percepção sobre o estado de saúde (90%)
 - Intensidade da dor (90%)
 - Capacidade para gerir e controlar a sintomatologia no domicílio, em situação de doença aguda (90%)
4. **Empoderamento/ Literacia para a saúde**
 - Participação na tomada de decisão em saúde (100%)
 - Presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa (100%)
 - Capacidade para utilizar informação em saúde (90%)
 - Presença de sentimento de auto-responsabilização pelo estado saúde (90%)
 - Taxa de adesão a programas de rastreio (90%)
 - Presença do enfermeiro como advogado da pessoa (advocacia) (90%)
6. **Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência**
 - Necessidade de hospitalização (100%)
 - Presença de apoio e escuta activa 24h/dia (90%)
 - Nível de confiança nos serviços de saúde (90%)
7. **Toque terapêutico**
 - Nível de satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem (100%)
 - Eficácia da relação interpessoal enfermeiro/pessoa (100%)
 - Presença de sentimento de valorização na relação terapêutica, enquanto ser indivisível (100%)
8. **Cuidado à pessoa em fim de vida e família**
 - Valorização da dignidade da pessoa (100%)
 - Presença de acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa (100%)
 - Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos (90%)

Indicadores com classificação $<90\%$

1. **Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)**
 - Presença de sentimento de auto-controlo (60%)
 - Frequência de procura de cuidados de saúde (50%)
2. **Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)**
 - Taxa de incidência de novas co-morbilidades (70%)
3. **Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)**
 - Nível de sobrecarga familiar (80%)
 - Taxa de manutenção do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa (80%)
4. **Empoderamento/ Literacia para a saúde**
 - Quantidade da informação sobre saúde (70%)
 - Capacidade na detecção precoce de sinais e sintomas de doença (70%)

- | |
|--|
| <p>5. <u>Apoio psico-emocional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de auto-confiança (80%) • Adopção de mecanismos de adaptação eficazes em situação de crise (70%) • Nível de auto-conceito (70%) <p>6. <u>Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença da continuidade de cuidados (80%) • Estado psico-emocional do cuidador informal (80%) <p>7. <u>Toque terapêutico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de empatia com o enfermeiro prestador de cuidados (80%) |
|--|

Educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação e recursos).

Relativamente à presente categoria, 4 dos 6 itens alcançaram um nível de acordo absoluto. A existência da capacidade para o auto-cuidado, o cumprimento do regime medicamentoso e alimentar adequado, bem como a adesão e envolvimento da pessoa em programas de reabilitação funcional foram os itens privilegiados por todos os peritos como elevado grau de importância, para a implementação de intervenções de enfermagem individualizadas, no âmbito da educação. Neste domínio, foram desvalorizados os indicadores que se referiam à individualização como promotora do sentimento de auto-controlo e responsável pela diminuição de idas aos serviços de saúde.

Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos). O nível de conforto percebido pela pessoa continuou a assumir particular destaque na segunda ronda, acompanhado pela qualidade de vida e aptidão para gerir sintomas na doença crónica. A individualização nos cuidados de proximidade encontrou-se, de forma ligeiramente menos proeminente, associada à presença de bem-estar, redução da ocorrência de efeitos adversos à terapêutica diária e da incidência de alterações da integridade cutânea, em contexto comunitário ou em locais de institucionalização de idosos. A taxa de incidência de novas co-morbilidade foi o único dos 7 itens excluído, dada a relevância atribuída (70%).

Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas). O grau de satisfação da pessoa significativa/ família, o envolvimento permanente da pessoa no seu plano de cuidados e o tempo de retorno ao habitual desempenho das actividades de vida diárias foram os 3 dos 9 itens que atingiram maior destaque (100%). Como factores, ainda, considerados importantes (90%) para a individualização na gestão de casos sucedeu-se a optimização da recuperação do estado

funcional físico, psicológico e social da pessoa, uma melhor percepção acerca do seu estado de saúde, redução do nível de intensidade da dor e aptidão para gerir e controlar os sintomas, em situação de doença aguda, no domicílio. Nesta categoria foram expurgados 2 indicadores, que estavam direccionados para a diminuição da sobrecarga familiar e a manutenção do estado físico, psicológico e funcional da pessoa.

Empoderamento/ Literacia para a saúde. A individualização dos cuidados de enfermagem foi particularmente valorizada pelo seu potencial de incrementar a participação da pessoa na tomada de decisão em saúde, bem como pela horizontalização da relação de poder enfermeiro/ pessoa que oferece. Nesta categoria foi também considerado pertinente, mas de forma menos expressiva (90%), a maximização da capacidade para utilizar informação em saúde, o desenvolvimento de auto-responsabilização pelo estado de saúde, a adesão a programas de rastreio e a presença do enfermeiro como advogado da pessoa, no seu projecto de saúde. O ter informação em saúde foi menosprezado, em detrimento do utilizar conhecimento em saúde, assim como a capacidade para identificar precocemente sinais e sintomas sugestivos de doença. Estes 2 últimos itens foram os suprimidos de um total de 8 indicadores.

Apoio psico-emocional. Esta foi a única categoria em que todos os seus 3 itens reuniram um consenso inferior a 80%, pelo que a sua existência foi extinta e o seu relevo analisado na segunda fase de recolha de dados – inquérito por questionário. Deste modo, o impacto da individualização na promoção de mecanismos de adaptação eficazes em situação de crise e na fomentação da auto-confiança e auto-conceito foi temporariamente banido.

Linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência. A individualização de cuidados mediante o recurso a novas tecnologias assumiu peculiar realce na sua capacidade de reduzir a necessidade de hospitalização (100%). A presença de escuta e apoio constante todos os dias, em qualquer horário foi apontada como responsável por aumentar a confiança nos serviços de saúde. Dos 5 indicadores foram excluídos 2, que abarcavam a sua vantagem na melhoria da continuidade de cuidados e redução da ocorrência de estados de desajuste psico-emocional no cuidador informal.

Toque terapêutico. Nesta categoria, 3 dos 4 itens congregaram um grau de concordância de 100. A individualização através do toque terapêutico foi enfatizada como responsável pelo aumento da satisfação da pessoa com o cuidado de enfermagem, pela eficácia da relação terapêutica estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro e pela presença da sua valorização, enquanto ser único e indivisível. A criação de um clima de empatia na relação terapêutica foi o único indicador eliminado.

Cuidado à pessoa e família em fim de vida. Esta nova categoria sugerida pelos peritos, com a proposta de inclusão de 3 atributos: sofrimento da pessoa em cuidados paliativos, preservação da sua dignidade e a presença de suporte à pessoa e família antes e depois da morte foram conservados, tendo os dois últimos itens mencionados atingido nível de consenso de 100.

Para se compreender a ordem de importância atribuída às categorias calculou-se a média aritmética dos indicadores constituintes. Relativamente ao seu posicionamento, não existem diferenças acentuadas, dado o facto de terem sido contemplados os itens com consenso igual ou superior a 90%, para salvaguardar a consistência da informação, como demonstra o Quadro V. 9.

Quadro V. 9. Categorias do cuidado individualizado hierarquizadas mediante média aritmética dos indicadores

Categorias do cuidado individualizado	Média (%)	Posição
1. Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)	100,00	1
2. Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)	93,50	4
3. Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)	94,24	3
4. Empoderamento/ Literacia para a saúde	93,33	5
5. Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência	93,33	5
6. Toque terapêutico	100,00	1
7. Cuidado à pessoa e família em fim de vida	96,67	2

Deste modo, é visível que, a educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação e recursos) e o toque terapêutico são os que reúnem uma maior concordância, ocupando ambos os primeiros lugares. Consecutivamente, o cuidado à pessoa e família em fim de vida emerge num segundo posicionamento de

relevância, sucedendo-se a gestão de casos. Os cuidados de proximidade localizam-se num nível hierárquico intermédio. O empoderamento/ literacia para a saúde e a existência de linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência foram classificados como os menos importantes, nas questões da individualização dos cuidados.

CAPÍTULO VI

SEGUNDA FASE DO ESTUDO

6.1. Inquérito por Questionário

6.1.1. Caracterização da Amostra

Para a caracterização dos 156 sujeitos submetidos ao questionário utilizaram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, formação académica, categoria profissional, tempo de experiência profissional, serviço onde exercem funções e tempo de permanência nesse mesmo serviço. Para mais fácil apreensão da caracterização da amostra, o perfil dos enfermeiros envolvidos neste processo de pesquisa empírica será de igual modo ilustrado em quadros.

Relativamente à idade dos participantes neste estudo, verifica-se que 114 (73,1%) dos inquiridos situam-se na faixa etária entre os 22 e os 30 anos, com menor expressão destacam-se: 20 (12,8%) que têm entre 31 e 40 anos, 8 (5,1%) que têm entre 41 e 50 anos e 14 (9%) entre 51 e 60 anos, conforme exemplifica o Quadro VI.10.

Quadro IV. 10 – Distribuição da idade dos enfermeiros (2ª fase)

Idade	Frequência	Percentagem (%)
22-30 anos	114	73,1
31-40 anos	20	12,8
41-50 anos	8	5,1
51-60 anos	14	9,0
Total	156	100,0

No que se refere ao género dos participantes, observa-se que 126 (80,8%) dos enfermeiros são do sexo feminino, que expressa uma clara maioria, como demonstra o Quadro VI. 11, cujos resultados estão em conformidade com a bibliografia revista (Amendoeira, 2006; Suhonen *et al.*, 2008)

Quadro VI. 11 – Distribuição do sexo dos enfermeiros (2ª fase)

Sexo	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	126	80,8
Masculino	30	19,2
Total	156	100,0

No que concerne à formação académica, detecta-se que na grande maioria dos enfermeiros (90,4%) o grau mais elevado da sua formação corresponde ao de licenciado em enfermagem, 7,7% possui o bacharelato em enfermagem ou equivalência ao mesmo, 1,3% são detentores do grau de mestre e 0,6% detêm a formação profissional em

enfermagem/ curso geral sem equivalência a bacharelato, como evidencia o Quadro VI.12. A concentração do número de participantes na faixa etária entre os 22 e os 30 anos explica a elevada proeminência do curso de licenciatura em enfermagem, dada a sua criação e implementação em 1999 (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Quadro VI. 12 – Distribuição da formação académica dos enfermeiros (2ª fase)

Formação académica	Frequência	Percentagem (%)
Formação profissional em Enfermagem/Curso geral sem equivalência a bacharelato	1	,6
Bacharelato em Enfermagem ou equivalência	12	7,7
Licenciatura em Enfermagem ou equivalência	141	90,4
Mestrado	2	1,3
Total	156	100,0

Quanto à categoria profissional dos inquiridos é possível inferir que, 76,9% ocupam o nível de enfermeiro, 15,4% são enfermeiros graduados como produto da progressão na carreira e 7,7% são enfermeiros especialistas, conforme explicita o Quadro VI.13.

Quadro VI. 13 – Distribuição da categoria profissional dos enfermeiros (2ª fase)

Categoria profissional	Frequência	Percentagem (%)
Enfermeiro	120	76,9
Enfermeiro graduado	24	15,4
Enfermeiro especialista	12	7,7
Total	156	100,0

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional consta-se que, 59% dos enfermeiros têm menos de 5 anos de exercício da profissão. Dos quais 20,5% possuem menos de 2 anos de experiência e 38,5% têm entre 3 a 5 anos de actividade. Paralelamente, 20,5% detém entre 6 a 10 anos de exercício profissional e 20,5% têm 11 ou mais anos de prática em enfermagem. A concentração de maior número de enfermeiros observa-se no subgrupo de 3-5 anos de experiência profissional, como corrobora o Quadro VI.14.

Quadro VI.14 – Distribuição do tempo de experiência profissional dos enfermeiros (2ª fase)

Tempo de experiência profissional	Frequência	Percentagem (%)
0-2 anos	32	20,5
3- 5 anos	60	38,5
6-10 anos	32	20,5
11 ou mais anos	32	20,5
Total	156	100,0

Tendo em conta a distribuição dos enfermeiros pelos dois tipos de serviço seleccionados é perceptível que, a amostra se encontra quase homogeneamente distribuída pelo serviço de cirurgia e medicina, como esclarece o Quadro VI.15.

Quadro VI. 15 – Distribuição do serviço ocupado pelos enfermeiros (2ª fase)

Serviço	Frequência	Percentagem (%)
Cirurgia	81	51,9
Medicina	75	48,1
Total	156	100,0

No que se reporta ao tempo de permanência nos serviços incluídos no estudo, 3 a 5 anos de experiência no mesmo contexto é o período que ocupa maior relevo (42,9%). De acordo com Benner (2001), 28,2% dos enfermeiros correspondem ao estado de iniciados, 42,9% ao nível de iniciados avançados e competentes, 22,4% ao patamar de proficientes e 6,4% ao estado de peritos, como elucida o Quadro VI.16.

Quadro VI. 16 – Distribuição do tempo de permanência no serviço supra-referido dos enfermeiros (2ª fase)

Tempo de permanência no serviço	Frequência	Percentagem (%)
0-2 anos	44	28,2
3- 5 anos	67	42,9
6-10 anos	35	22,4
11 ou mais anos	10	6,4
Total	156	100,0

6.1.1. Apresentação dos Dados

A avaliação da fiabilidade interna foi efectuada através do alfa de Cronbach, sendo o valor obtido de 0,919, para 32 itens incluídos, o que demonstra um excelente indicador de consistência.

A correlação total dos itens variou entre 0,248 e 0,650, tendo todos eles significado estatístico ($p < 0,01$). O facto de todas as correlações serem positivas significa que provavelmente estão associados à problemática da individualização dos cuidados de enfermagem. As correlações ao assumirem valores intermédios e mais ou menos próximos de 1,00 são bons indicadores, pois denotam que não medem exactamente a mesma coisa, mas sim aspectos diferentes do mesmo fenómeno. O valor do coeficiente de fiabilidade interna alfa calculado para cada item continua a ser excelente se qualquer componente fosse retirada da individualização de cuidados, pode-se concluir que a fiabilidade da individualização não depende demasiado de um só item, conforme expressa o Quadro VI.17 (Hill & Hill, 2000).

Quadro VI. 17 – Análise da fiabilidade dos itens da individualização do cuidado de enfermagem (2ª fase)

Itens	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Adesão ao regime terapêutico	0,343	0,919
Adesão a um regime nutricional adequado	0,533	0,916
Sucesso dos programas de reabilitação funcional	0,569	0,916
Promoção do auto-cuidado	0,650	0,915
Risco de comprometimento da integridade cutânea	0,511	0,916
Incidência dos efeitos colaterais à medicação diária	0,318	0,919
Gestão da doença crónica	0,602	0,915
Nível de bem-estar	0,298	0,920
Nível de conforto	0,566	0,916
Qualidade de vida da pessoa	0,460	0,917
Envolvimento activo da pessoa no seu plano terapêutico	0,465	0,917
Recuperação do nível funcional físico, psicológico e social	0,511	0,916
Controlo eficaz da dor	0,529	0,916
Recursos para a pessoa controlar e gerir a sua sintomatologia no domicílio	0,550	0,916
Percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde	0,522	0,916
Satisfação da família/pessoas significativas com os serviços de saúde	0,439	0,917
Satisfação com os serviços de enfermagem	0,487	0,917
Tomada de decisão participada pela pessoa	0,580	0,916
Horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa	0,248	0,920
Capacidade de utilização da informação em saúde	0,573	0,916
Taxa de adesão aos programas de rastreio	0,516	0,916
Eficácia da satisfação das necessidades humanas fundamentais da pessoa	0,632	0,915
Exercício da advocacia (enfermeiro como advogado da pessoa)	0,361	0,919
Responsabilização da pessoa pelo seu processo saúde/doença	0,373	0,918
Nível de confiança nos serviços de saúde	0,592	0,915
Tempo de permanência no hospital para observação	0,385	0,918
Oportunidade de ser escutado e apoiado pelo enfermeiro 24h/dia	0,411	0,918
Valorização da pessoa	0,612	0,915
Estabelecimento de uma relação interpessoal enfermeiro/pessoa eficaz	0,617	0,915
Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos	0,615	0,915
Presença de dignidade da pessoa na morte	0,661	0,914
Acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa	0,638	0,915

A *segunda parte* do questionário, que teve como finalidade obter a hierarquização das categorias do cuidado de enfermagem, em termos do grau de importância, possibilitou aos inquiridos as seguintes opções de resposta:

Quadro VI.18 – Escala de ordenação numérica das categorias do cuidado de enfermagem (2ª fase)

1	2	3	4	5	6	7
Nada importante	Menos importante	Parcialmente menos Importante	Indiferente	Parcialmente importante	Importante	Muito importante

Perante a análise do posicionamento (entre 1 e 7) seleccionado pelos 156 enfermeiros é possível denotar que, aquelas que atingem um maior valor final foram as que se posicionaram, tendencialmente, com maior frequência no grau de importância mais elevado. Deste modo, no Quadro VI.19 explicita-se somatório atribuído a cada categoria, tendo se calculado a respectiva a percentagem de consenso.

Quadro VI. 19 – Somatório e consenso obtido na hierarquização das categorias da individualização do cuidado (2ª fase)

Categorias	Soma	Percentagem de consenso (%)	Posição
Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)	763,0	69,87	2
Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)	774,0	70,89	1
Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)	734,0	67,22	4
Empoderamento/ Literacia para a saúde	392,0	35,90	6
Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência	330,0	30,30	7
Toque terapêutico	633,0	57,98	5
Cuidado à pessoa em fim de vida e família	748,0	68,50	3

A categoria correspondente aos cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos) é a que ocupa uma posição de maior relevância, seguindo-se a educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação, recursos). Em terceiro lugar, localiza-se o cuidado à pessoa em fim de vida e família e com menor expressão emerge, consecutivamente, a gestão de casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas). As três últimas categorias situam-se após uma linha de secção de resultados evidente ($< 60\%$) ao reunirem um escore menos proeminente, que são respectivamente: o toque terapêutico, o empoderamento/ literacia para a saúde e a existência linha telefónica de apoio

permanente/ tele-assistência. Para mais fácil visualização, a hierarquização das presentes categorias encontra-se ilustrada no Quadro VI.20.

Quadro VI. 20 – Hierarquização das categorias do cuidado individualizado (2ª fase)

Ordem de Importância	Categorias
1.º	Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)
2.º	Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)
3.º	Cuidado à pessoa em fim de vida e família
4.º	Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)
5.º	Toque terapêutico
6.º	Empoderamento/ Literacia para a saúde
7.º	Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência

A *terceira parte* do questionário incluiu 32 itens pertencentes ao conceito de individualização do cuidado de enfermagem, onde cada respondente avaliou cada um deles em termos da sua concordância, distribuída por cinco níveis, conforme o destacado no quadro VI.21.

Quadro VI. 21 – Escala de Likert aplicada para avaliar grau de concordância (2ª fase)

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

A análise da frequência das respostas colhidas para cada um dos itens (Quadro VI. 22), com variância de resposta entre discordo totalmente (DT), discordo (D), não concordo, nem discordo (CD), concordo (C) ou concordo totalmente (CT), revela um posicionamento preferencial numa apreciação positiva e favorável.

Quadro VI. 22 – Posicionamento dos enfermeiros relativamente aos indicadores do cuidado individualizado (2ª fase)

Itens	DT	D	CD	C	CT
Adesão ao regime terapêutico	0	2	17	82	55
Adesão a um regime nutricional adequado	0	0	24	111	21
Sucesso dos programas de reabilitação funcional	0	0	5	97	54
Promoção do auto-cuidado	0	0	3	90	63
Risco de comprometimento da integridade cutânea	0	0	12	88	56
Incidência dos efeitos colaterais à medicação diária	0	4	49	81	22
Gestão da doença crónica	4	0	26	77	49
Nível de bem-estar	2	4	2	45	103
Nível de conforto	0	2	0	87	77
Qualidade de vida da pessoa	0	1	2	79	74
Envolvimento activo da pessoa no seu plano terapêutico		4	7	78	67
Recuperação do nível funcional físico, psicológico e social	0	2	4	91	59
Controlo eficaz da dor	0	2	6	96	52
Recursos para a pessoa controlar e gerir a sua sintomatologia no domicílio	0	2	9	109	36
Percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde	0	0	18	96	42
Satisfação da família/pessoas significativas com os serviços de saúde	0	6	6	57	87
Satisfação com os serviços de enfermagem	0	0	6	88	62
Tomada de decisão participada pela pessoa	0	0	11	102	43
Horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa	2	3	21	103	27
Capacidade de utilização da informação em saúde	0	0	15	107	34
Taxa de adesão aos programas de rastreio	0	0	40	100	16
Eficácia da satisfação das necessidades humanas fundamentais da pessoa	0	0	14	106	36
Exercício da advocacia (enfermeiro como advogado da pessoa)	4	2	50	76	24
Responsabilização da pessoa pelo seu processo saúde/doença	2	1	23	105	25
Nível de confiança nos serviços de saúde	0	0	20	88	48
Tempo de permanência no hospital para observação	0	3	58	74	21
Oportunidade de ser escutado e apoiado pelo enfermeiro 24h/dia	3	2	24	94	33
Valorização da pessoa	0	0	9	99	48
Estabelecimento de uma relação interpessoal enfermeiro/pessoa eficaz	0	0	2	93	61
Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos	0	0	18	79	59
Presença de dignidade da pessoa na morte	0	0	8	84	64
Acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa	0	0	13	87	56

Para tornar os dados recolhidos mais inteligíveis efectua-se o cálculo das ponderações das respostas, com o intuito de interpretar com maior clareza a opinião dos enfermeiros sobre os atributos identificados do conceito de individualização. Desta forma, para avaliar a ponderação conseguida para cada item atribui-se uma opção: Discordo totalmente (DT) = -2 pontos; Discordo (D) = -1 ponto; Não concordo, nem discordo (CD) = 0; Concordo (C) = +1 pontos e Concordo totalmente (CT) = +2 pontos.

Para se contabilizar os totais multiplicou-se as frequências de cada resposta pelo seu valor correspondente (Quadro VI.23).

Quadro VI. 23 - Ponderações dos indicadores do cuidado individualizado (2ª fase)

Itens	AT (Nx-2)	A (Nx-1)	CD (Nx0)	C (Nx+1)	CT (Nx+2)	Total
Adesão ao regime terapêutico	0 (0)	2 (-2)	17 (0)	82 (+82)	55 (+110)	190
Adesão a um regime nutricional adequado	0 (0)	0 (0)	24 (0)	111 (+111)	21 (+42)	153
Sucesso dos programas de reabilitação funcional	0 (0)	0 (0)	5 (0)	97 (+97)	54 (+108)	205
Promoção do auto-cuidado	0 (0)	0 (0)	3 (0)	90 (+90)	63 (+126)	216
Risco de comprometimento da integridade cutânea	0 (0)	0 (0)	12 (0)	88 (+88)	56 (+112)	200
Incidência dos efeitos colaterais à medicação diária	0 (0)	4 (-4)	49 (0)	81 (+81)	22 (+44)	121
Gestão da doença crónica	4 (-8)	0 (0)	26 (0)	77 (+77)	49 (+98)	175
Nível de bem-estar	2 (-4)	4 (-4)	2 (0)	45 (+45)	103 (+206)	243
Nível de conforto	0 (0)	2 (-2)	0 (0)	87 (+87)	77 (+154)	241
Qualidade de vida da pessoa	0 (0)	1 (-1)	2 (0)	79 (+79)	74 (+148)	226
Envolvimento activo da pessoa no seu plano terapêutico	0 (0)	4 (-4)	7 (0)	78 (+78)	67 (+134)	208
Recuperação do nível funcional físico, psicológico e social	0 (0)	2 (-2)	4 (0)	91 (+91)	59 (+118)	207
Controlo eficaz da dor	0 (0)	2 (-2)	6 (0)	96 (+96)	52 (+104)	198
Recursos para a pessoa controlar e gerir a sua sintomatologia no domicílio	0 (0)	2 (-2)	9 (0)	109 (+109)	36 (+72)	179
Percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde	0 (0)	0 (0)	18 (0)	96 (+96)	42 (+84)	180
Satisfação da família/pessoas significativas com os serviços de saúde	0 (0)	6 (-6)	6 (0)	57 (+57)	87 (+174)	225
Satisfação com os serviços de enfermagem	0 (0)	0 (0)	6 (0)	88 (+88)	62 (+124)	212
Tomada de decisão participada pela pessoa	0 (0)	0 (0)	11 (0)	102 (+102)	43 (+86)	188
Horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa	2 (-4)	3 (-3)	21 (0)	103 (+103)	27 (+54)	150
Capacidade de utilização da informação em saúde	0 (0)	0 (0)	15 (0)	107 (+107)	34 (+68)	175
Taxa de adesão aos programas de rastreio	0 (0)	0 (0)	40 (0)	100 (+100)	16 (+32)	132
Eficácia da satisfação das necessidades humanas fundamentais da pessoa	0 (0)	0 (0)	14 (0)	106 (+106)	36 (+72)	178
Exercício da advocacia (enfermeiro como advogado da pessoa)	4 (-8)	2 (-2)	50 (0)	76 (+76)	24 (+48)	114
Responsabilização da pessoa pelo seu processo saúde/doença	2 (-4)	1 (-1)	23 (0)	105 (+105)	25 (+50)	150
Nível de confiança nos serviços de saúde	0 (0)	0 (0)	20 (0)	88 (+88)	48 (+96)	184
Tempo de permanência no hospital para observação	0 (0)	3 (-3)	58 (0)	74 (+74)	21 (+22)	96
Oportunidade de ser escutado e apoiado pelo enfermeiro 24h/dia	3 (-6)	2 (-2)	24 (0)	94 (+94)	33 (+66)	155
Valorização da pessoa	0 (0)	0 (0)	9 (0)	99 (+99)	48 (+96)	195
Estabelecimento de uma relação interpessoal enfermeiro/pessoa eficaz	0 (0)	0 (0)	2 (0)	93 (+93)	61 (+122)	215
Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos	0 (0)	0 (0)	18 (0)	79 (+79)	59 (+118)	197
Presença de dignidade da pessoa na morte	0 (0)	0 (0)	8 (0)	84 (+84)	64 (+128)	212
Acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa	0 (0)	0 (0)	13 (0)	87 (+87)	56 (+112)	199

Como critério de consistência para verificar o nível de aplicabilidade dos indicadores submetidos ao parecer dos peritos nos locais de trabalho, somente se consideram aquelas que acumulem um índice de ponderação superior ou igual a 159,12, que corresponde a um consenso $\geq 51\%$, ou seja, nível de concordância positivo.

Genericamente, mediante a observação dos itens é visível que, o nível de bem-estar, nível de conforto e qualidade de vida foram os melhores cotados, como pertencentes ao conceito de individualização. É de referir que, apenas a qualidade de vida aparece repetidamente descrita na literatura como resultado em saúde. Os dois indicadores sugeridos pelas revisões sistemáticas da literatura – nível de bem-estar e conforto, foram significativamente valorizados pelos inquiridos. O enfermeiro como advogado da pessoa ou a interferência da individualização na redução do tempo de permanência no hospital foram os aspectos mais descuidados, pelos sujeitos empíricos.

Para facilitar a apreensão dos resultados obtidos analisa-se os indicadores pré-estabelecidos para cada categoria, separadamente:

Educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação, recursos) (Quadro VI.24). Nesta categoria é evidente que, a capacidade da pessoa para realizar o auto-cuidado e a eficácia dos programas de reabilitação funcional são pontuados como os mais relevantes, na implementação do cuidado individualizado. Em situação de menos destaque encontra-se a adesão ao regime medicamentoso. O seguimento de um plano nutricional adaptado às necessidades da pessoa foi excluído pelo diminuto consenso angariado ($\leq 51\%$).

Quadro VI. 24 – Hierarquização dos indicadores da categoria: educação para a auto-gestão da saúde e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Capacidade para o auto-cuidado	216	1
Taxa de sucesso dos programas de reabilitação funcional	205	2
Adesão ao regime terapêutico	190	3
Adesão a regime nutricional adequado	153	4

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
4	-2	126	764	191	27,48

Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos) (Quadro VI.25). O efeito da individualização foi expressivamente identificado na questão do bem-estar, conforto, qualidade de vida ou na prevenção do

desenvolvimento de úlceras de pressão. A aquisição da aptidão para a pessoa lidar com a doença crónica e a redução da ocorrência de reacções adversas ao regime medicamentoso foram os itens que reuniram menor concordância. A taxa de incidência dos efeitos colaterais à medicação, proposta por Suhonen *et al.* (2008), ao alcançar uma ponderação $\leq 159,12$, que corresponde a uma opinião favorável pobre, inferior a 51% foi excluída da bateria de indicadores.

Quadro VI. 25 – Hierarquização dos indicadores da categoria: cuidados de proximidade e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Presença de bem-estar	243	1
Nível de conforto	241	2
Qualidade de vida da pessoa	226	3
Taxa de incidência de úlceras de pressão	200	4
Capacidade de gestão da doença crónica	175	5
Taxa de incidência dos efeitos colaterais à medicação diária	121	6

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
6	-8	206	1206	201	47,04

Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas) (Quadro VI. 26). O indicador com maior consideração prende-se com a satisfação da família ou pessoas significativas em relação aos cuidados prestados à pessoa. O escore subsequente é preenchido, de forma idêntica, pela inclusão e participação da pessoa no seu plano de cuidados e controlo adequado da dor. Em posições de menor relevo advêm a percepção que a pessoa possui sobre o seu estado de saúde, os recursos, com os quais pode agir sobre a sua sintomatologia no domicílio e o tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias.

Quadro VI. 26 – Hierarquização dos indicadores da categoria: gestão de casos e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Grau de satisfação da família/pessoas significativas com os serviços de saúde	225	1
Envolvimento activo da pessoa nos cuidados	208	2
Taxa de recuperação do nível funcional físico, psicológico e social	207	3
Intensidade da dor	198	4
Percepção sobre o estado de saúde	180	5
Capacidade para controlar e gerir a sua sintomatologia no domicílio, na doença aguda	179	6
Tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias	178	7

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
7	- 4	174	1197	199,50	17,78

Empoderamento/ literacia para a saúde (Quadro VI.27). A maior ponderação foi atribuída à capacidade de decisão da pessoa em cooperação com a equipa de saúde e à aptidão para fazer uso da informação em saúde. A presença de uma relação de igualdade entre o enfermeiro e outro e a aquisição do sentimento de responsabilidade na pessoa, pelo seu próprio projecto de saúde, a adesão a programas de rastreio e a questão do enfermeiro como advogado da pessoa foram eliminados pela fraca importância atribuída, no cuidado individualizado.

Quadro VI. 27 – Hierarquização dos indicadores da categoria: empoderamento/ literacia para a saúde e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Participação na tomada de decisão em saúde	188	1
Capacidade para utilizar informação em saúde	175	2
Presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa	150	3
Presença de sentimento de auto-responsabilização pelo estado de saúde	150	3
Taxa de adesão aos programas de rastreio	132	4
Presença do enfermeiro como advogado da pessoa (advocacia)	114	5

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
6	-8	86	909	151,50	27,11

Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência (Quadro VI. 28). A utilização dos meios tecnológicos na saúde parece estar positivamente associado com o aumento do nível de confiança nos serviços de saúde, segundo o parecer dos inquiridos. A possibilidade da existência de apoio permanente, para pessoas não institucionalizadas e o impacto na redução do tempo de internamento foram expurgados da bateria final de indicadores, pelo reduzido nível de concordância.

Quadro VI. 28 – Hierarquização dos indicadores da categoria: linha telefónica de apoio permanente / tele-assistência e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Nível de confiança nos serviços de saúde	184	1
Presença de apoio e escuta activa 24h/dia	155	2
Necessidade de hospitalização	96	3

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
3	-6	96	435	145	44,84

Toque terapêutico (Quadro VI.29). Todos os itens pertencentes a esta categoria foram significativamente valorizados. Dos quais se destaca a relevância da relação interpessoal eficaz na promoção da individualização e, consequentemente, o grau de satisfação com

os serviços de enfermagem. A existência do sentimento de valorização da pessoa surge em terceiro lugar.

Quadro VI. 29 – Hierarquização dos indicadores da categoria: toque terapêutico e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Eficácia da relação interpessoal enfermeiro/pessoa	215	1
Nível de satisfação com os serviços de enfermagem	212	2
Presença de sentimento de valorização na relação terapêutica	195	3

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
3	0	124	435	145	44,84

Cuidado à pessoa em fim de vida e família (Quadro VI. 30). Esta categoria reúne um nível de concordância semelhante para todos os seus indicadores. A valorização da dignidade da pessoa em fim de vida assume maior ênfase, seguindo-se a necessidade de acompanhamento da família/ pessoas significativas no luto. A actuação sobre o sofrimento da pessoa em cuidados paliativos foi discretamente menos apontada, no cuidar individualizado.

Quadro VI. 30 – Hierarquização dos indicadores da categoria: cuidado à pessoa em fim de vida e família e medidas de tendência central (2ª fase)

Indicadores	Ponderação	Posição
Valorização da dignidade da pessoa	212	1
Presença de acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa	199	2
Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos	197	3

N.º itens	Mínimo	Máximo	Total	Média	Desvio padrão
3	0	128	608	202,67	8,14

Para validar a pertinência dos indicadores, calculou-se a média das ponderações obtidas para cada categoria, explicitadas no Quadro VI.31. É possível depreender que, algumas das categorias atingem maior ênfase, quando abordadas nos seus atributos constituintes, do que analisadas grosseiramente num conceito.

Quadro VI. 31 – Hierarquização das categorias do cuidado individualizado a partir dos seus indicadores (2ª fase)

Categorias	Média dos indicadores	Posição
Toque terapêutico	207,33	1
Cuidado à pessoa em fim de vida e família	202,67	2
Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)	201,00	3
Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)	196,43	4
Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)	191,00	5
Empoderamento/ Literacia para a saúde	151,50	6
Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência	145,00	7

Ao estabelecer uma comparação entre as categorias, inicialmente, hierarquizadas pelos enfermeiros e a média dos seus indicadores constituintes, distribuídos nas questões da terceira fracção do questionário, é possível averiguar que, existem algumas diferenças significativas (Quadro VI. 32). O toque terapêutico posicionado em 5.º lugar ascende para 1.º, contrariamente à educação para a auto-gestão da saúde, que desce três posições. Os cuidados de proximidade considerados, anteriormente, como o item mais relevante também assumem novo posicionamento, em 3.º. O cuidado à pessoa em fim de vida e família, a gestão de casos, o empoderamento/ literacia para a saúde e a linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência mantém, sem grande oscilação, o seu lugar de destaque.

Quadro VI. 32 – Comparação da hierarquização das categorias na 1.ª e 2.ª parte do questionário (2ª fase)

Categorias	Posição	
	1.ª Parte do questionário	2.ª Parte do questionário
Toque terapêutico	5	1
Cuidado à pessoa em fim de vida e família	3	2
Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos)	1	3
Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas)	4	4
Educação para a auto-gestão da saúde (Aconselhamento, Informação, Recursos)	2	5
Empoderamento/ Literacia para a saúde	6	6
Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência	7	7

No que refere à pergunta aberta incluída no questionário, inerente à necessidade da inclusão de uma 8.ª categoria, que contempla o apoio psico-emocional, valorizada pela literatura, mas com níveis reduzidos na técnica de Delphi realizada, verificou-se que 151 enfermeiros (96,8%) concordaram com a sua inserção, conforme ilustra o Quadro VI.33.

Quadro IV. 33 – Taxa de concordância com a inclusão da categoria: apoio psico-emocional (2ª fase)

Necessidade da inclusão da categoria apoio psico-emocional na individualização		
	Frequência	Percentagem (%)
Sim	151	96,8
Não	5	3,2

Da análise de conteúdo das 130 justificações, obtiveram-se 128 favoráveis e 2 discordantes, registando-se 26 com ausência de resposta.

Do discurso escrito pelos enfermeiros foi evidente que, corroboram a pertinência da inclusão do apoio psico-emocional para individualizar o cuidado de enfermagem em três grandes componentes: necessidade de intervenção, resultados em saúde e competências do enfermeiro. A frequência das unidades de registo foi privilegiada, no sentido de averiguar o conteúdo mais referido (Quadro VI. 34).

Da *necessidade de intervenção* é visível a grande preocupação com o ser humano, enquanto indivisível, uma vez que a doença física afecta o bem-estar psicológico. Daí advém, igualmente, a repetida frequência em que é realçada a importância da implementação de uma abordagem global e multidimensional. A pertinência do apoio psico-emocional foi suportada, sobretudo, nos acontecimentos de vida indutores de stress e fragilidade, como a hospitalização, a doença aguda e/ou crónica, o envelhecimento e o fim de vida. A presença do apoio psico-emocional no cuidar foi sugerida como uma aptidão que, possibilita identificar as necessidades e os instrumentos a mobilizar no projecto de saúde/ doença, otimizar o potencial de saúde e favorecer uma abordagem transdisciplinar, com o abarcamento de outros profissionais.

Relativamente aos *resultados em saúde*, torna-se evidente a ênfase na prestação do apoio psico-emocional, particularmente associada a uma recuperação mais rápida do processo de doença. O apoio foi identificado como aliado na melhoria no estado fisiológico, na promoção da adesão ao plano terapêutico, na continuidade, qualidade e gestão de cuidados. A intervenção psico-emocional, com recurso à relação de ajuda, foi considerada como responsável por aumentar a motivação, auto-estima e auto-eficácia da pessoa, com conseqüente repercussão na melhoria na qualidade de vida.

No que concerne às *competências do enfermeiro*, a presença da relação interpessoal e comunicação eficaz foram as principais valorizadas, no discurso dos enfermeiros. Como factores facilitadores da prestação de apoio psico-emocional frisou-

se o enfermeiro como o elemento mais presente da equipa de saúde e a sua configuração como profissional de referência. Estes factores contribuem para um maior conhecimento e proximidade do outro. A implementação desta acção autónoma, referida pelos enfermeiros, carece da mobilização da escuta activa e compreensão da especificidade de cada situação. É, ainda, recomendada a sua documentação e o investimento de formação na área, para aumentar a sua visibilidade e o seu potencial de acção.

Quadro VI. 34– Justificação da necessidade de inclusão da categoria: apoio psico-emocional (2ª fase)

Necessidade de intervenção	Justificação	Frequência	Total 89
	Abordagem multidisciplinar, com a inclusão de outros profissionais	1	
	Estado psico-emocional da pessoa, inseparável da doença física	22	
	Bem-estar indissociável da esfera psíquica e social	17	
	Complexidade da doença crónica e envelhecimento	4	
	Pessoa institucionalizada tem níveis de maior ansiedade	4	
	Impacto da doença nas actividades de vida da pessoa	2	
	Permite lidar com o stress emocional ou exaustão em situação de doença crónica ou luto	2	
	Parte integrante de uma abordagem global	22	
	Permite identificar as necessidades e os instrumentos a mobilizar no projecto saúde/doença	4	
	Promove a saúde e a gestão da doença	5	
	Ser humano multidimensional, convergência do físico, psicológico, emocional e social	6	
Resultados em Saúde	Assegura a continuidade e gestão de cuidados	1	Total 49
	Aumenta a motivação e auto-eficácia	4	
	Aumenta a auto-estima da pessoa	5	
	Aumenta a qualidade dos cuidados	2	
	Facilita a recuperação na doença	22	
	Facilita a adesão ao plano terapêutico	5	
	Melhora o estado fisiológico	3	
	Aumenta qualidade de vida	3	
	Promove mecanismos de adaptação eficazes	4	
Competências do Enfermeiro	A presença constante do enfermeiro 24h/dia	2	Total 47
	Maior proximidade permite melhor identificar as necessidades psico-emocionais do outro	2	
	Valorização da formação	2	
	Capacidade de escuta activa e a compreensão de cada situação	3	
	Fortalece a confiança nos cuidados de enfermagem	1	
	Inclusão da relação interpessoal	8	
	Intervenção autónoma, que valoriza a inteligência emocional	4	
	Necessidade da sua documentação	1	
	Interfere na comunicação eficaz	6	
	Favorece a construção do enfermeiro como elemento de referência	4	
	Relação de ajuda incrementa a adesão e envolvimento nos cuidados	4	
N = 128			

Do substrato analisado, 4 dos enfermeiros que concordaram com a sua inserção alertaram para o elevado número de doentes nas enfermarias, tempo reduzido e falta de condições estruturais, como importantes entraves para a sua consecução mais efectiva.

Os dois enfermeiros que expressaram a sua opinião discordante alegaram que, este tipo de actuação deve ser levado a cabo apenas por profissionais com formação específica para o efeito, como por exemplo psicólogos.

Para testar o impacto do tempo de experiência profissional, tipo de serviço e tempo de permanência no mesmo, na hierarquização das categorias realizou-se o teste Qui-quadrado. A utilização deste teste tem como utilidade testar se dois ou mais grupos diferem relativamente a uma determinada característica (Maroco, 2003). Para evitar problemas relacionados com o Qui-quadrado, as classes do tempo de experiência profissional e tempo de permanência no mesmo serviço foram combinadas, de modo a aumentar a frequência esperada, sem despromover o significado do estudo (Hill & Hill, 2000; Maroco, 2003). Assim, as classes [0-2 anos], [3-5 anos], [6-10 anos] e [11 ou mais anos] para ambas as variáveis foram agrupadas em dois grandes conjuntos: menos de 5 anos e 5 ou mais anos. Recorreu-se à utilização do valor do Qui-quadrado de Pearson, devido a dimensão da amostra ser superior a 25 (Hill & Hill, 2000). Maroco (2003) frisa que, o uso deste teste somente pode ser aplicado com rigor quando se verificam as seguintes condições: (1) $N > 20$; (2) todos os E_{ij} sejam superiores a 1 e (3) que pelo menos 80% dos E_{ij} sejam superiores ou iguais a 5. As variáveis inerentes ao sexo, formação académica e categoria profissional não foram incorporadas, pelo facto de não obedecerem a estes critérios.

O *tempo de experiência profissional*, ou seja, ter menos de 5 anos ou ter 5 ou mais anos de exercício na prática de enfermagem parece produzir resultados diferenciais na opinião dos enfermeiros, estatisticamente relevantes, em 6 categorias. As categorias onde se verificaram diferentes graus de concordância foram: cuidados de proximidade ($X^2=31,48$ para $p=0,000$), gestão de casos ($X^2=21,38$ para $p=0,002$), empoderamento/ literacia para a saúde ($X^2=22,82$ para $p=0,001$); linha telefónica/ apoio permanente ($X^2=22,11$ para $p=0,000$), toque terapêutico ($X^2=22,16$ para $p=0,001$) e cuidado à pessoa em fim de vida e família ($X^2=37,52$ para $p=0,000$).

A especificidade do *tipo de serviço*, dividido entre medicina e cirurgia, parece ter influência no posicionamento dos enfermeiros nas respectivas categorias: educação para a auto-gestão da saúde ($X^2=21,48$ para $p=0,002$), gestão de casos ($X^2=27,08$ para $p=0,000$), empoderamento/ literacia para a saúde ($X^2=19,73$ para $p=0,003$), cuidado à pessoa em fim de vida e família ($X^2=22,72$ para $p=0,001$).

O tempo de permanência no mesmo *serviço*, sub-agrupado em menos de 5 anos ou 5 ou mais anos, teve interferência na forma como os enfermeiros hierarquizaram as categorias referentes: aos cuidados de proximidade ($X^2=24,68$ para $p=0,000$), gestão de

casos ($X^2=18,45$ para $p= 0,005$), empoderamento/ literacia para a saúde ($X^2=21,36$ para $p= 0,002$) e cuidado à pessoa em fim de vida e família ($X^2=27,60$ para $p= 0,000$).

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO

Educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação, recursos). De acordo como a Deloitte (2011), a promoção da saúde e prevenção da doença devem estar na base do planeamento estratégico de saúde. A educação para a auto-gestão da saúde visa, essencialmente, a formação de cidadãos saudáveis, com impacto na redução dos investimentos necessários para o tratamento da doença. A organização do actual sistema encontra-se direccionada para os cuidados de saúde curativos, onde as políticas dirigidas à prevenção têm menos efeitos visíveis. Primeiramente, porque os seus efeitos apenas são notórios a longo prazo, mas também porque em parte dependem mais dos comportamentos dos indivíduos. Este fenómeno realça a importância da enfermagem, na modificação de comportamentos de risco e adopção de estilos de vida saudáveis.

Tendo em consideração a técnica de Delphi realizada, os quatro indicadores pertencentes à educação para a auto-gestão da saúde contraíram um índice de concordância de 100%. Todavia, quando submetidos ao parecer dos enfermeiros o auto-cuidado foi o item que assumiu maior importância, esta evidência foi de igual forma encontrada pelos estudos de Radwin (2000), Lauver *et al.* (2002), Hagsten, Svensson e Gardulf (2004), Godino *et al.* (2006), Sidani (2008), Hibbard *et al.* (2009) e Poochian-Sarkissian *et al.* (2010). O sucesso e adesão aos programas de reabilitação funcional, regime terapêutico, sugeridos por Suhonen *et al.* (2008), obtiveram uma ponderação $\geq 159,12$, que corresponde a uma opinião favorável, superior a 51%. Em contrapartida, a adesão ao regime nutricional por não estar em concomitância com estes aspectos foi desintegrada.

Segundo a World Health Organization (2006), mais de 80% dos casos de doenças coronárias, 90% de diabetes mellitus tipo 2 e um terço das doenças de cancro poderiam ser evitadas pela alteração de hábitos alimentares, actividade física e consumo de tabaco, o que reforça a relevância da promoção da saúde potenciada pela individualização de cuidados.

Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e a residências para idosos). Esta categoria centra-se, essencialmente, em trazer os cuidados para mais perto das pessoas. Refere-se a uma transição de paradigma, que visa reconduzir o ponto de entrada no sistema de saúde para cuidados ambulatoriais generalistas em *settings* mais próximos do cidadão, ao invés das clínicas especializadas, das consultas externas dos hospitais e dos serviços de urgência. Evidência recente tem demonstrado que esta transferência transporta consigo benefícios mensuráveis, no que diz respeito ao alívio do

sofrimento, a prevenção da doença e da morte e a uma maior equidade na saúde (WHO, 2008). Segundo Lopes (2006), o conceito de proximidade é utilizado frequentemente e vários autores o referem como uma importante ferramenta, em estudos de diversa índole.

Os cuidados de proximidade congregam três dos itens – bem-estar, conforto e qualidade de vida, que angariaram maior nível de consenso, no inquérito por questionário. Ao se considerar a técnica de Delphi levada a cabo é perceptível que, as questões inerentes ao conforto são as que assumem, de uma forma contínua, uma posição de relevo. Resultados semelhantes, em contexto do cuidado ao idoso, foram encontrados por Sansone e Schmitt (2000), Kolcaba, Schirm e Steiner (2006). A qualidade de vida é um dos indicadores mais relatados como positivamente associado à individualização (Gilleard & Reed, 1998; Stewart *et al.* 2000; Tate, Wing & Winett, 2001; Dana & Wambach, 2003; Frich, 2003; Ruggeri *et al.* 2003; Poochian-Sarkissian *et al.*, 2010), igualmente valorizado pelos sujeitos empíricos. O bem-estar é o item que aglutina a maior ponderação (aproximadamente superior a 78%), corroborado por Godino *et al.* (2006) e Suhonen *et al.* (2008).

A manutenção da integridade cutânea, sugerida pela bibliografia (Suhonen *et al.*, 2008) e contemplada nas linhas de orientação para a boa prática (Ordem dos Enfermeiros, 2002), foi considerada como necessária na promoção do cuidado individualizado. A capacidade para gerir a doença crónica foi melhor cotada pelos peritos intervenientes na técnica de Delphi, do que pelos enfermeiros, em contexto de trabalho. Resultados eficazes da sua implementação, foram detectados por Henriques e Gaspar (2008) no âmbito da pessoa adulta com infecção VIH/SIDA, por Pimouget *et al.* (2011) na diabetes mellitus, por Bruin (2011) na diabetes mellitus, depressão, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica. Pimouget *et al.* (2011) frisam ainda que, o sucesso da sua intervenção está relacionado com a privilegiada elevada frequência de contacto, relativamente a outros programas de saúde convencionais. Ramos & Gonçalves (2010) referem que, o desenvolvimento de programas adaptados às singularidades do indivíduo são tão importantes como se tornar *expert*, sobre a sua própria doença.

Gestão de Casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas). O enfermeiro como gestor de caso é responsável por um processo colaborativo que consiste em conhecer, planear, implementar, coordenar, monitorizar e

avaliar as opções e serviços que melhor atendem às necessidades individuais da pessoa, através da comunicação e apreciação de recursos, que promovam a qualidade custo-eficácia dos resultados (Zander, 2002). Todos os indicadores pertencentes a esta categoria refinados pela técnica de Delphi foram incluídos, dada a sua concordância superior a 51%.

O grau de satisfação da pessoa significativa/ família com os cuidados de enfermagem é o indicador que reúne maior relevância, tanto na técnica de Dephi como no inquérito por questionário ministrado. A sua referenciação, como um resultado em saúde a atender, é múltiplas vezes associada a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, que consiste no objectivo prioritário do sistema de saúde (WHO, 2003; Ministério da Saúde, 2011). O impacto da individualização na melhoria do grau de satisfação com os cuidados foi igualmente encontrado por Coyle e Williams (2001), Ruggeri *et al.* (2003), Suhonen *et al.* (2005), Godino *et al.* (2006), Rubin *et al.* (2006), Suhonen *et al.* (2008) e Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008).

O envolvimento da pessoa no plano de cuidados assumiu ênfase, apesar de obter um nível de concordância menos elevado. Na literatura também foi identificado por Sidani *et al.* (2008), como produto da individualização de cuidados. Os argumentos a favor de um crescente envolvimento do cidadão nas questões relacionadas com a sua própria saúde são numerosos e variados, encontrando-se evidência que suporta os seus benefícios. Por outro lado, a pesquisa tem demonstrado que as pessoas (utilizadores/doentes) esperam e desejam ser, cada vez mais, envolvidas nos seus cuidados de saúde (Picker Institute Europe, 2008; Ramos & Gonçalves, 2010).

Em linha de destaque semelhante, advém a eficácia da recuperação do estado funcional físico, social e psicológico da pessoa, já anteriormente sugerida por Sidani *et al.* (2008) e Suhonen *et al.* (2008). A Direcção-Geral de Saúde (2011) reforça a sua importância ao considerar que, mais valor para o doente inclui os resultados em saúde relacionados com reabilitação/ recuperação. A individualização mensurável através da monitorização e controlo da dor foi valorizada também por Rubin *et al.* (2006), Suhonen *et al.* (2008) e Johnson *et al.* (2009).

A percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde, identificada por Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008), não só foi consensualmente aceite, como faz parte das metas ambicionadas pela Direcção-Geral de Saúde (2011). Essa meta refere-se a que, em 2016, mais de 50% dos respondentes ao Inquérito Nacional de Saúde percepcionem o seu estado de saúde como bom ou muito bom. A capacidade para gerir e controlar a

sintomatologia no domicílio, em situação de doença aguda, após contacto com os serviços de saúde foi também incorporada pelos sujeitos empíricos nas questões da individualização. Resultados idênticos são advogados por Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008), Sidani *et al.* (2008) e Hibbard, Greene e Tusler (2009).

O tempo de retorno às actividades de vida diárias foi menos valorizado pelos enfermeiros submetidos ao inquérito por questionário, comparativamente à técnica de Delphi realizada. A sua importância é suportada pela Ordem dos enfermeiros (2002), Hagsten, Svensson e Gardulf (2004) e Suhonen *et al.* (2008).

Deste modo, a gestão de casos, sobretudo utilizada em situações de população em risco (Curry *et al.*, 2006; Kneipp *et al.*, 2011) pode incrementar os seus ganhos se atender à individualização.

Empoderamento/ literacia para a saúde. A capacitação promovida pelo empoderamento e literacia para a saúde permite que as pessoas assumam o controlo sobre as decisões e acções que afectam o seu contínuo de saúde/ doença (Laverack, 2008; Campos & Graveto, 2009). A individualização nesta temática foca-se, essencialmente, numa abordagem transformativa, onde a pessoa é interpretada como um agente de mudança, incitando-a a procurar as respostas às suas próprias necessidades e expectativas (Ramos & Gonçalves, 2010).

Nesta categoria, a participação do cidadão na tomada de decisão em saúde foi o indicador com maior proeminência, identificado por Davies *et al.* (1997), Proot *et al.*, (2000), Hwang e Lin (2003) e Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008) como fundamental na aquisição da autonomia. A capacidade para utilizar informação em saúde, com menos destaque, também foi contemplada na opinião dos participantes, apontada por Suhonen *et al.* (2008).

Os itens referentes à presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/ pessoa, presença de sentimento de auto-responsabilização, taxa de adesão a programas de rastreio e a presença do enfermeiro como advogado da pessoa são descurados. Este facto prende-se com a ponderação $\leq 159,12$, que corresponde a uma opinião favorável bastante fraca, inferior a 51%, apesar de terem reunido elevado consenso na técnica de Delphi.

A Deloitte (2011) frisa ainda que, a capacitação terá reflexos em outras áreas do sistema de saúde actual, na medida em que um cidadão mais informado está mais atento a uma correcta utilização dos serviços de saúde, evitando o desperdício, que se reflecte

na redução dos custos. Assim, recorre aos cuidados de saúde quando é efectivamente necessário, ao invés de se dirigir directamente ao serviço de urgência à menor suspeita. Consequentemente, tem maior autonomia para a prática de auto-cuidado, reduzindo a dependência dos serviços de saúde e exige mais qualidade dos prestadores de cuidados, forçando a melhoria dos serviços prestados.

Linha telefónica de apoio permanente / Tele-assistência. Perante o emergir de novas formas de comunicação e informação o apoio à pessoa no domicílio pode ser facilitado mediante o uso desta modalidade. O acompanhamento pela via Web ou telefone permite um seguimento mais frequente e acessível, bem como facilita a adesão terapêutica, ajuda a combater a solidão ou isolamento social, aumenta a confiança e reduz a depressão (Ramos & Gonçalves, 2010). São vários os estudos que relatam o efeito benéfico da linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência, direccionados para a pessoa com doença pulmonar crónica obstrutiva (Horton, 2008), população idosa (Barlow *et al.*, 2007; Brownsell, Aldred & Hawley, 2007), na gestão da doença (García-Lizana & Sarriá-Santamera, 2007; Schwartz *et al.*, 2010) e estados depressivos (Pearson *et al.*, 2003).

Esta categoria foi a menos apreciada pelos enfermeiros. O indicador referente ao aumento da confiança nos serviços de saúde foi único que mais consenso conseguiu, suportado por Vincent *et al.* (2006).

A principal vantagem da sua utilização descrita na bibliografia reside na redução dos custos em saúde, ao prevenir a admissão desnecessária nas instituições de saúde (Horton, 2008; Lindy *et al.*, 2008). Paralelamente, foi considerada por todos os peritos como importante na técnica de Delphi realizada. Contudo, quando submetida a opinião dos 156 enfermeiros, foi encarada como pouco relevante, ao obter uma ponderação inferior a 51%. Em situação semelhante encontrou-se a oportunidade de ser escutado e apoiado pela equipa de enfermagem 24h/dia, enfatizada por Hayashi *et al.* (2008). Assim, a possibilidade de contacto permanente com enfermeiro e a necessidade de hospitalização foram retirados da bateria final de indicadores.

Toque terapêutico. Esta categoria interpretada como um instrumento básico de enfermagem, encontra-se descrita como benéfica no alívio da dor e estados de ansiedade, ao promover a empatia, o relaxamento e conforto (Glesson & Higgins, 2009). O seu efeito encontra-se enumerado em diversas situações de cuidados: pessoas

com alteração da imagem corporal e auto-estima, com grau de dependência e em fim de vida (Fenton, 2011). Resultados semelhantes são referidos no caso de pessoas institucionalizadas com demência, com fibromialgia, com comportamentos aditivos, cefaleias e transplante de medula óssea (Barron, Coakley & Mahoney, 2008).

Este tipo de comunicação não verbal na fomentação da individualização de cuidados aglutinou o maior nível de importância, no que se reportou aos seus indicadores, nas duas metodologias levadas a cabo. Todavia, quando se solicitou no inquérito por questionário para pontuar o conceito de toque terapêutico, em estado bruto, foi classificado numa posição significativamente menos proeminente, ao descer do 1.º para o 5.º lugar. Os três indicadores constituintes: a eficácia da relação interpessoal enfermeiro/ pessoa, a satisfação emergente com os serviços de enfermagem e a presença do sentimento de valorização na relação terapêutica foram, de igual modo, contemplados por Kolcaba, Schim e Steiner (2006), sobretudo através da massagem.

Cuidado à pessoa em fim de vida e família. Esta categoria colhe a sua pertinência de inclusão por sugestão dos peritos na técnica de Delphi. O seu fundamento confirmou-se no elevado índice de concordância atribuído pelos enfermeiros, que a colocam entre o 2.º e 3.º posicionamento. A Direcção-Geral de Saúde (2004) foca a necessidade de investimento neste domínio, dado que as respostas para as pessoas em cuidados paliativos ocupam camas, nas instituições hospitalares, que não estão treinadas ou vocacionadas para a gestão do sofrimento. Ou se por outro lado, se encontram no domicílio são entregues a cuidados informais e generalistas, que não preenchem as suas necessidades de cuidados activos, intensos e de bem-estar geral.

Deste modo, considera-se crucial que a individualização também englobasse o cuidado em fim de vida, onde a presença de dignidade da pessoa na morte, a existência de acompanhamento do núcleo familiar e pessoas significativas antes e depois da morte, bem como a actuação sobre o nível de sofrimento da pessoa são itens recomendados.

Genericamente analisando é possível inferir que, a realização da Técnica de Delphi e a aplicação do inquérito por questionário expurgou um total de 32 indicadores frisados pela literatura, como pertencentes ao conceito de individualização, como exemplifica o Quadro VII.35. Deste modo, foram incorporados 27 indicadores como os mais adaptados à realidade portuguesa e à prática da enfermagem hospitalar.

Quadro VII. 35 – Indicadores excluídos e incluídos na Técnica de Delphi e inquérito por questionário

Categorias	Indicadores excluídos		Indicadores Incluídos
	Técnica de Delphi	Inquérito por Questionário	
Educação para a auto-gestão da saúde	- Presença de receio no processo de doença; - Taxa de adesão a estilos de vida saudáveis; - Capacidade para lidar com a fadiga de etiologia oncológica; - Presença de sentimento de auto-controlo; - Frequência de procura de cuidados de saúde	- Adesão a regime nutricional adequado	- Capacidade para o auto-cuidado; - Taxa de sucesso dos programas de reabilitação funcional; - Adesão ao regime terapêutico;
Cuidados de proximidade	- Taxa de incidência de complicações associadas à imobilidade prolongada; - Presença de estados de ansiedade e agitação psico-motora; - Taxa de incidência de quedas; - Capacidade de recuperação do controlo do esfíncter vesical; - Capacidade percepto-cognitiva (memória); - Capacidade de manutenção do controlo do esfíncter vesical; - Taxa de incidência de novas comorbilidades	- Taxa de incidência de efeitos colaterais à medicação	- Presença de bem-estar; - Nível de conforto; - Qualidade de vida; - Taxa de incidência de úlceras de pressão; - Capacidade de gestão da doença crónica.
Gestão de Casos	- Custos em saúde/ano com cuidados individualizados; - Estado geral de saúde da pessoa; - Incidência de patologia psíquica; - Nível de sobrecarga familiar; - Taxa de manutenção do estado funcional físico, psicológico e social da pessoa		- Grau de satisfação da família/pessoas significativas com os serviços de saúde; - Envolvimento activo da pessoa nos cuidados; - Taxa de recuperação do nível funcional físico, psicológico e social; - Intensidade da dor; - Percepção sobre o estado de saúde; - Capacidade para controlar e gerir a sua sintomatologia no domicílio, na doença aguda; - Tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias.
Empoderamento/literacia para a saúde	- Capacidade para obter informação em saúde; - Quantidade da informação sobre saúde; - Capacidade na detecção precoce de sinais e sintomas de doença	- Presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/pessoa; - Presença de sentimento de auto-responsabilização pelo estado de saúde; - Taxa de adesão aos programas de rastreio; - Presença do enfermeiro como advogado da pessoa (advocacia)	- Participação na tomada de decisão em saúde; - Capacidade para utilizar informação em saúde
Linha telefónica de apoio permanente/tele-assistência	- Tempo de observação no hospital; - Presença da continuidade de cuidados; - Estado psico-emocional do cuidador informal	- Necessidade de hospitalização - Presença de apoio e escuta activa 24h/dia	- Nível de confiança nos serviços de saúde
Toque terapêutico	- Presença de empatia com o enfermeiro prestador de cuidados		- Eficácia da relação interpessoal enfermeiro/pessoa; - Nível de satisfação com os

			serviços de enfermagem; - Presença de sentimento de valorização na relação terapêutica
Cuidado à pessoa em fim de vida e família			- Valorização da dignidade da pessoa; - Presença de acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa; - Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos
	Total: 32 indicadores		Total: 24 indicadores

Relativamente à categoria – *apoio psico-emocional*, cujos 6 itens constituintes foram subvalorizados na realização da Técnica de Delphi, quando submetida ao parecer dos 156 enfermeiros, assumiu elevada relevância. Na justificação para a sua inclusão, no discurso escrito dos inquiridos, é visível que, emerge espontaneamente o nível de motivação, auto-eficácia e a adopção de mecanismos de adaptação eficazes, favorecidos pelo apoio psico-emocional. Resultados semelhantes foram apontados por Suhonen *et al.* (2008). Atendendo ao princípio da exclusividade dos itens, que compõe cada categoria e à análise do discurso dos enfermeiros estabelecem-se assim três indicadores: 1) nível de motivação, 2) capacidade de auto-eficácia, 3) taxa de incidência de estados de desajuste psicológico. Prefaz um total de 27 indicadores finais, discriminados pela literatura e refinados por metodologia qualitativa e quantitativa.

Relativamente ao tempo de *experiência profissional*, é a variável que produz resultados diferenciados em maior número de categorias, identificado por Irvine *et al.* (1998) e Benner (2001). O *tipo de serviço*, dividido na especialidade de medicina e cirurgia, tal como afirma Spilsbury e Meyer (2001) e Suhonen *et al.* (2007) influencia a percepção dos enfermeiros. O *tempo de experiência* no mesmo serviço também exerce impacto no posicionamento dos enfermeiros, confirmando os pressupostos de Benner (2001).

As categorias – empoderamento/ literacia para a saúde, gestão de casos e cuidado à pessoa em fim de vida e família são aquelas em que se verifica uma maior afecção pelo tempo de experiência profissional, tempo de permanência no mesmo serviço e tipo de serviço.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÃO

O presente estudo surgiu na sequência da necessidade de obter um maior conhecimento sobre os atributos constituintes do conceito de individualização do cuidar, para a sua transposição para o Curso de Licenciatura em Enfermagem. A sua finalidade residiu na identificação e hierarquização de um conjunto de indicadores, mediante opinião de um painel de peritos e uma amostra mais alargada de enfermeiros. A influência do tempo de experiência profissional e de diferentes contextos de trabalho também foi incorporada.

De acordo com os resultados obtidos, é possível inferir que os objectivos delineados, para o trabalho em geral e para a investigação empírica em particular, foram atingidos mediante o enquadramento conceptual, as duas revisões sistemáticas da literatura incluídas, a análise e discussão dos resultados proporcionados pelo recurso à metodologia investigativa qualitativa e quantitativa.

No enquadramento conceptual inseriu-se um foco de atenção sobre a *formação inicial em enfermagem, como um processo centralizado no estudante*. Tendo em consideração, as perspectivas actuais da educação e formação é consensual a importância da interpretação do estudante como um ser humano, que se transforma em interacção com os outros, com o meio ambiente e consigo próprio, assim como possui um potencial natural para aprender. À semelhança de formar e educar, o estudante deve ser entendido como um cliente, no centro do processo pedagógico, pois tanto a formação como a prestação de cuidados permitem que a pessoa se envolva na experiência e aprenda com ela. Este processo carece do envolvimento do indivíduo, capaz de elaborar e reciclar um saber em permanente evolução. A educação em enfermagem, requer, portanto um modelo existencialista, holístico, fenomenológico, subjectivo, interactivo e orientado para a experiência humana.

O aprofundamento sobre os contornos do Curso de Licenciatura em Enfermagem revela que o currículo se centra num conceito de transicionalidade, uma vez que os conteúdos estão estruturados em torno da relação de proximidade com a pessoa, sujeito activo de cuidados, que se encontra em permanente transição entre situações de saúde e doença, que são desenvolvimentistas e situacionais. O Curso de Licenciatura em Enfermagem ao se reportar à formação de base generalista, evidencia preocupação em promover o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, para se munirem dos fundamentos científicos essenciais ao exercício de uma actividade multifacetada – prestação de cuidados, formação, acessória e gestão, que decorre em diferentes contextos sociais. O docente assume o papel de suportar e

sustentar a emergência de capacidades no estudante, para pensar criticamente, para auto-determinar-se e continuar a aprender ao longo da vida. De acordo com as novas orientações políticas, relacionadas com a reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a modernização do Sistema Nacional de Saúde e as alterações demográficas é essencial o repensar dos cuidados de enfermagem, que apelam para a centralidade na pessoa.

A construção de uma ponte educativa entre a escola e as organizações de saúde, que reflectiam um processo de formação em alternância entre os dois contextos torna-se fundamental, apesar da sua coexistência ainda conflituosa. É a cooperação entre o local e aprender e o de fazer que optimiza a relação teoria/ prática, oferece ao estudante o contacto com todas as dimensões da profissão, nomeadamente científicas, técnicas, de relação pessoal e interpessoal, que contribui para a aquisição da autonomia, da tomada de consciência de si e do contexto onde age. Daí, emerge o reconhecimento de que a (re)construção do corpo de saberes da disciplina de enfermagem deve colher o seu fundamento neste fluxo bidireccional – teoria/ prática, logo a investigação levada a cabo privilegiou esta lógica.

O contributo da formação inicial passa pela edificação de novas competências, nas quais se insere a capacidade de individualizar, mediante a apropriação do saber e a exploração de situações de cuidados reais. Ser competente não se restringe à mera reprodução de uma tarefa de forma repetitiva, resulta antes de um saber transferível, que pressupõe capacidade de aprendizagem e adaptação. É, ainda, produto de um saber, querer e poder agir. Nesta linha de raciocínio, a teórica de enfermagem Benner (2001) propõe um modelo de aquisição de competência adaptado à profissão. Este modelo categoriza-se em cinco níveis de proficiência sucessivos, relacionados com a experiência alcançada, que alerta para a presença desta variável que conduz a diferentes condutas e percepções sobre o cuidar, que consequentemente pode afectar o modo como os enfermeiros encaram o conceito de individualização.

O segundo capítulo referente à *individualização dos cuidados de enfermagem, como um processo centrado na pessoa* pretendeu estabelecer a conexão entre o contexto educativo e aquele a que os estudantes de enfermagem são chamados a trabalhar – os serviços de saúde. É nesta relação interactiva que se consolida a identidade de ser enfermeiro, onde interessa essencialmente reflectir sobre o processo formativo do EU, que é mais do que aquilo que aprendemos, é aquilo em que nos transformamos. A sua construção conflui, grandemente, da socialização primária promovida pela escola e da

formação em alternância, que caracteriza a socialização secundária. Deste modo, o ensino de enfermagem não se pode demitir da responsabilidade em providenciar circunstâncias, espaços e actores facilitadores de uma socialização que permita a integração da humanidade do outro, a quem irá prestar cuidados, no seu EU.

Ao se descortinar o conceito de individualização em enfermagem compreende-se a sua íntima relação com as várias teorias inerentes ao cuidar, abordadas por Leinniger, Rogers e Watson. A valorização da individualização é sugerida pela literatura como responsável por significativos ganhos em saúde, todavia é relatada a ausência da sua operacionalização na prática, pelo que se pretende com este estudo facilitar a sua transposição para o contexto educativo. A bibliografia indica que, o se atender a unicidade e diversidade do outro é possível, aumentar a satisfação, incrementar a qualidade de vida, a autonomia, o auto-cuidado e reduzir os gastos em saúde.

A utilização da prática baseada na evidência possibilitou a apropriação e sistematização do melhor e mais actual saber produzido sobre a problemática, com recuso a duas bases de dados: CINAHL (Plus with Full Text) e MEDLINE (Plus with Full Text). A consulta de uma revisão sistemática da literatura sobre os resultados em saúde associados à individualização, redigida por Suhonen *et al.*, que data 2008 e a construção de outra inerente à mesma temática, para abarcar os 5 anos subsequentes (2004-2009) permitiu a elaboração de uma bateria de indicadores, direccionados para o adulto/ idoso. Alguns dos indicadores encontrados já tinham sido apontados por outros autores lidos previamente:

- 1) satisfação da pessoa e família;
- 2) capacidade de auto-cuidado (adesão e cumprimento do regime medicamentoso);
- 3) aptidão para utilizar estratégias de controlo e gestão de sintomatologia;
- 4) percepção das pessoas (sentiram-se ajudadas, apoiadas, com redução de estados de ansiedade);
- 5) benefícios financeiros e redução da necessidade de hospitalização;
- 6) redução da sobrecarga do cuidador informal;
- 7) optimização do nível de funcionamento físico, psicológico e social.

Esta etapa constituiu um momento por excelência para o surgimento de novos indicadores relacionados com o toque terapêutico, o apoio psico-emocional, o conforto e a existência de uma linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência. O processo

de conversão dos ganhos em saúde associados à individualização em indicadores teve por base os pressupostos do Modelo da eficácia do papel de enfermagem (*The Nursing Role Effectiveness Model*), desenvolvido por Irvine *et al.* (1998).

De um modo mais particular, para atingir em maior profundidade as metas traçadas recorreu-se à técnica de Delphi. Partiu-se de um conjunto de 58 indicadores, como produto das duas revisões sistemáticas da literatura, submetidos à opinião de 12 peritos, na primeira ronda e na segunda ao parecer de 10 peritos. Relativamente ao perfil dos *experts*, apesar de poderem existir variâncias nas suas características, manteve-se dentro do mesmo registo nas duas rondas. Constatou-se uma idade média de 42 anos, com predominância do sexo feminino e uma média de 17 anos de experiência profissional. Atendeu-se, deste modo, ao critério quantitativo definido por Benner (2001), ao defender que para se chegar ao patamar de perito é necessário um vasto período de experiência na prática, determinado como superior a 10 anos. A esta evidência aliou-se o reconhecimento dos mesmos pelas próprias instituições regulamentadoras do seu desempenho, que os identificaram como referências para o desenvolvimento da profissão e disciplina, uma vez que tempo de experiência profissional não é sinónimo de competência (Maglaive, 1995; Le Boterf, 2006; Nascimento, 2007 e Rodrigues, 2007). Relativamente à sua formação académica, o grau de mestre e licenciado foram os que adquiram maior expressão. Os graus de formação mais elevados estão, maioritariamente, associados à área de actuação no domínio da educação, em detrimento da prática de cuidados e gestão em enfermagem. Todos os enfermeiros incorporados ocupam categorias diferenciadas, subdivididas em graduados e especialistas. A última categoria mencionada, na segunda ronda, foi a que teve mais presente, em 7 dos 10 participantes.

Da primeira ronda foram expurgados um total de 16 indicadores, pelo facto de reunirem um consenso inferior ou igual a 60%. Como resultado das questões abertas contempladas para a sugestão de novas categorias e indicadores emergiu o cuidado à pessoa em fim de vida e família, composto pelo nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos, valorização da sua dignidade e a presença de acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois da morte. O exercício do enfermeiro como advogado da pessoa – advocacia recomendado pelos peritos para inserir nesta bateria de atributos, como pertencente à categoria empoderamento/ literacia para a saúde foi eliminado nas fases subsequentes, pela sua visível desvalorização pelos enfermeiros, dos serviços de internamento.

Na segunda ronda, testou-se um total de 45 indicadores, dos quais apenas foram tidos em conta aqueles com nível de concordância igual ou superior a 90%, ao se pretender elevada filtração dos dados e minimizar a hipótese de dispersão do gradiente de importância. Após a implementação da técnica de Delphi, resultaram 32 indicadores distribuídos por 7 categorias: educação para a auto-gestão da saúde, cuidados de proximidade, gestão de casos, empoderamento/ literacia para a saúde, linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência, toque terapêutico e cuidado à pessoa e família em fim de vida. A categoria apontada pela literatura referente ao apoio psico-emocional foi fortemente descurada pelos peritos, em todos os seus indicadores, pelo que se submeteu a ponderação, no inquérito por questionário.

Assim, para se averiguar o nível de aplicabilidade existente entre os indicadores recomendados para o ensino da individualização dos cuidados no Curso de Licenciatura em Enfermagem e a prática profissional, submeteu-se os 32 indicadores ao parecer de 156 enfermeiros, com diferentes níveis de experiência profissional, em serviço de internamento de cirurgia ou medicina, na mesma instituição hospitalar. De acordo com a caracterização da amostra foi possível inferir que, a maioria dos sujeitos empíricos (73,10%) se situa numa faixa etária entre os 22 e os 30 anos, o que conflui para que o grau de licenciado seja aquele que ocupe maior proeminência (90,40%), dada a criação e implementação do Curso de Licenciatura em Enfermagem em 1999. Este fenómeno explica também o grande número (76,90%) de inquiridos que pertencem à primeira categoria da carreira – a de enfermeiro. A predominância do sexo feminino volta a atingir elevada ênfase, que está em conformidade com a bibliografia revista.

No cruzamento dos dois instrumentos de pesquisa empírica utilizados – técnica de Delphi e inquérito por questionário, no que concerne à hierarquização das categorias da individualização foi visível que, o cuidado à pessoa em fim de vida e família é aquela que consensualmente se mantém numa posição de relevo. Por entre os primeiros lugares, com ligeiras flutuações, encontra-se o toque terapêutico, a educação para a auto-gestão da saúde e os cuidados de proximidade. Numa posição intermédia emergiu a gestão de casos. De modo constante no último posicionamento manteve-se, respectivamente, o empoderamento/ literacia para a saúde e a linha de apoio telefónica de apoio permanente/ tele-assistência. Tendo em conta ao inquérito por questionário, o toque terapêutico é mais valorizado quando abordado nas suas componentes: relação interpessoal enfermeiro/ pessoa, satisfação com os cuidados de enfermagem e a presença de sentimento de valorização na relação terapêutica, do que quando

apresentado no seu conceito bruto. De forma inversa comportou-se a educação para a auto-gestão da saúde, à qual foi atribuída maior importância quando questionada na sua concepção pura. Congregando, assim, os seus atributos alusivos ao auto-cuidado, programas de reabilitação funcional, regime terapêutico e nutricional menor relevância.

Para uma melhor compreensão das conclusões obtidas realiza-se a sua exposição aglutinada pelas categorias, consideradas para o cuidado individualizado.

Cuidado à pessoa em fim de vida e família. Esta categoria composta pelos itens supra-mencionados surgiu no discurso escrito dos peritos, apoiada pela Direcção-Geral de Saúde (2004), foi fortemente valorizada pelos enfermeiros, em contexto da prática hospitalar.

Toque terapêutico. Descrito na literatura pelos seus efeitos favoráveis no alívio da dor e ansiedade, mediante a empatia, o conforto e relaxamento que proporciona, frequentemente através da massagem. A sua aplicabilidade nos mais diversos *settings* do cuidar, em pessoas com alteração da imagem corporal e auto-estima, com grau de dependência, em fim de vida e em diferentes patologias (demência, fibromialgia, comportamentos aditivos, cefaleias e transplante de medula óssea) pode estar positivamente associado à sua elevada consideração, nas duas metodologias utilizadas. A sua composição ficou, portanto, agregada nos três indicadores já referidos, suportando os resultados patentes na bibliografia.

Educação para a auto-gestão da saúde (aconselhamento, informação, recursos). Os quatro itens incorporados, nesta categoria, são evidenciados por autores, de vários estudos, como fundamentais na promoção de estilos de vida saudáveis, orientados para a redução dos investimentos necessários para o tratamento da doença. Quando submetidos ao parecer dos peritos, detecta-se a presença de um consenso absoluto sobre o impacto da individualização na sua fomentação. Todavia, em contexto de trabalho o impacto da individualização na adesão a um plano nutricional adequado foi descurado, incluindo-se apenas os programas de reabilitação funcional e o regime medicamentoso. O item que se reporta ao auto-cuidado assumiu uma importância de destaque transversal a toda a investigação, confirmando os resultados sublinhados pela literatura.

Cuidados de proximidade (acompanhamento ao domicílio e residências para idosos). Esta categoria é composta por três dos itens – bem-estar, conforto e qualidade de vida, que alcançaram maior nível de consenso, no inquérito por questionário. Ao se considerar a técnica de Delphi levada a cabo é perceptível que, as questões inerentes ao

conforto são as que assumem, de uma forma contínua, uma posição de relevo. Resultados semelhantes foram relatados em contexto do cuidado ao idoso.

A qualidade de vida é um dos indicadores mais descritos como positivamente associado à individualização, igualmente valorizado pelos sujeitos empíricos. O bem-estar é o item que aglutina a maior ponderação, encontrado nas duas revisões sistemáticas da literatura tidas em conta.

A manutenção da integridade cutânea, considerada nas linhas de orientação para a boa prática, foi considerada como necessária na promoção do cuidado individualizado. A capacidade para gerir a doença crónica foi melhor cotada pelos peritos intervenientes na técnica de Delphi, do que pelos enfermeiros, em contexto de trabalho.

Resultados eficazes da sua implementação, foram identificados na pessoa adulta com infecção VIH/SIDA, na diabetes mellitus, depressão, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica. O sucesso da sua intervenção parece estar relacionado com a elevada frequência de contacto, relativamente a outros programas de saúde convencionais.

Gestão de casos (diagnóstico, planeamento e coordenação das intervenções individualizadas). Todos os indicadores pertencentes a esta categoria, com utilização mencionada na pessoa em situação de risco, refinados pela técnica de Delphi foram incluídos.

O grau de satisfação da pessoa significativa/ família com os cuidados de enfermagem foi o indicador que reuniu maior relevância, tanto na técnica de Delphi como no inquérito por questionário. A sua referenciação, como um resultado em saúde a atender, é múltiplas vezes associada à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

O envolvimento da pessoa no plano de cuidados posicionou-se num patamar ligeiramente abaixo, suportando a evidência que demonstra os seus benefícios. Paralelamente, a pesquisa tem demonstrado que as pessoas esperam e desejam ser, cada vez mais, envolvidas nos seus cuidados de saúde. Em linha de destaque semelhante, advém a eficácia da individualização na recuperação do estado funcional físico, social e psicológico da pessoa e na monitorização e controlo da dor.

A melhoria da percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde, incrementada pela individualização, não só foi consensualmente aceite, como faz parte das metas ambicionadas pelo Ministério da Saúde (2011). A capacidade para gerir e controlar a sintomatologia no domicílio, em situação de doença aguda, após contacto com os

serviços de saúde foi também incorporada pelos sujeitos empíricos nas questões da individualização. Confirmando a bibliografia revista.

O tempo de retorno às actividades de vida diárias foi menos valorizado pelos enfermeiros submetidos ao inquérito por questionário, comparativamente à técnica de Delphi realizada.

Empoderamento/ literacia para a saúde. Nesta categoria, a participação do cidadão na tomada de decisão em saúde foi o indicador com maior proeminência, identificado pelos autores como fundamental na aquisição da autonomia. A capacidade para utilizar informação em saúde, com menos destaque, também foi contemplada na opinião dos participantes.

Os itens referentes à presença da horizontalização da relação de poder enfermeiro/ pessoa, presença de sentimento de auto-responsabilização, taxa de adesão a programas de rastreio e a presença do enfermeiro como advogado da pessoa foram expurgados pelos enfermeiros, apesar de terem reunido elevado consenso na técnica de Delphi, não demonstra adaptação prática ao local de trabalho seleccionado.

Linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência. Esta categoria apesar de ter sido a menos apreciada por todos os sujeitos empíricos, encontra-se enumerada como uma possibilidade de acompanhamento mais frequente e acessível, que fomenta a adesão terapêutica, ajuda a combater a solidão ou isolamento social, aumenta a confiança e reduz a depressão. São vários os estudos que narram o seu efeito benéfico na pessoa com doença pulmonar crónica obstrutiva, idosos, na gestão da doença e em estados depressivos. O indicador referente ao aumento da confiança nos serviços de saúde foi o único que conseguiu um consenso adequado.

A principal vantagem da sua utilização descrita na bibliografia reside na redução dos custos em saúde, ao prevenir a admissão desnecessária nas instituições de saúde. Paralelamente, foi considerada por todos os peritos como importante na técnica de Delphi realizada, porém quando submetida a opinião dos 156 enfermeiros, foi encarada como supérflua.

Relativamente à categoria – *apoio psico-emocional*, cujos seis itens foram subvalorizados na realização da Técnica de Delphi, emergem três dos mesmos no discurso dos participantes, com uma percentagem de 96,8 relativamente à concordância para a sua inclusão: 1) nível de motivação, 2) capacidade de auto-eficácia, 3) taxa de incidência de estados de desajuste psicológico, já advogados pela bibliografia

consultada. Da análise de conteúdo verificou-se que, 4 dos enfermeiros incluídos alertaram para o elevado número de doentes nas enfermarias, tempo reduzido e falta de condições estruturais, como importantes entraves para a implementação do apoio psico-emocional. Os dois enfermeiros que expressaram a sua opinião discordante alegaram que, este tipo de actuação deve ser levado a cabo apenas por profissionais com formação específica para o efeito, como por exemplo psicólogos. Esta percepção revela-se antagónica com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006), que defende a promoção da adaptação e estratégias de *coping* eficazes, como uma área de intervenção autónoma, que confere crescimento e desenvolvimento inestimável à profissão. Do discurso escrito dos enfermeiros surge a valorização, na individualização, pelo conceito do enfermeiro como elemento de referência. Esta concepção entrecruza-se e é alimentada pela construção pela Ordem dos Enfermeiros (2010) da figura do enfermeiro de família e pelo método de trabalho responsável (Tomey & Alligood, 2003).

Deste modo, constitui-se uma bateria final de 27 indicadores, testados mediante triangulação metodológica, que se explicita, por grau de importância, do maior para o menor, no Quadro VIII.36.

Quadro VII. 36 – Bateria final de categorias e indicadores da individualização de cuidados

Categorias	Indicadores
1. Cuidado à pessoa em fim de vida e família	1.1. Valorização da dignidade da pessoa 1.2. Presença de acompanhamento da família/ pessoas significativas antes e depois do fim de vida da pessoa 1.3. Nível de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos
2. Toque terapêutico	2.1. Eficácia da relação interpessoal enfermeiro/pessoa 2.2. Nível de satisfação com os serviços de enfermagem 2.3. Presença de sentimento de valorização na relação terapêutica
3. Educação para a auto-gestão da saúde	3.1. Capacidade para o auto-cuidado 3.2. Taxa de sucesso dos programas de reabilitação funcional 3.3. Adesão ao regime terapêutico
4. Cuidados de proximidade	4.1. Presença de bem-estar 4.2. Nível de conforto 4.3. Qualidade de vida 4.4. Taxa de incidência de úlceras de pressão 4.5. Capacidade de gestão da doença crónica
5. Gestão de Casos	5.1. Grau de satisfação da família/pessoas significativas com os serviços de saúde 5.2. Envolvimento activo da pessoa nos cuidados 5.3. Taxa de recuperação do nível funcional físico, psicológico e social 5.4. Intensidade da dor 5.5. Percepção sobre o estado de saúde 5.6. Capacidade para controlar e gerir a sua sintomatologia no domicílio, na doença aguda 5.7. Tempo de retorno ao desempenho das actividades de vida diárias

6. Empoderamento/ literacia para a saúde	6.1. Participação na tomada de decisão em saúde 6.2. Capacidade para utilizar informação em saúde
7. Linha telefónica de apoio permanente/ tele-assistência	7.1. Nível de confiança nos serviços de saúde
8. Apoio Psico-emocional	8.1. Nível de motivação 8.2. Capacidade de auto-eficácia 8.3. Taxa de incidência de estados de desajuste psicológico

Todavia, não se poderá privar uma educação exigente dos estudantes do acesso aos 58 indicadores apontados pela bibliografia (Quadro I. 2, página 43 e 44), uma vez que foram encontrados mediante uma rigorosa metodologia e se reportam a diversas situações do cuidar. A pesquisa empírica exerce a sua importância ao mostrar a tendência de valorização dos enfermeiros de determinados indicadores, em determinado contexto.

Relativamente ao tempo de *experiência profissional*, é a variável que produz resultados diferenciados em maior número de categorias. O *tipo de serviço*, dividido na especialidade de medicina e cirurgia também exerceu influência na percepção dos enfermeiros, bem como o *tempo de experiência*, no mesmo serviço, confirmando os pressupostos das teóricas de enfermagem Irvine *et al.* (1998) e Benner (2001). As categorias correspondentes ao empoderamento/ literacia para a saúde, gestão de casos e cuidado à pessoa em fim de vida e família são aquelas onde se verifica a maior interferência das três variáveis.

No culminar do estudo desenvolvido propõem-se algumas *sugestões*, com o intuito principal de melhorar a qualidade e proficiência dos cuidados de enfermagem prestados ao outro. O conhecimento dos mecanismos pelos quais os enfermeiros aumentam os resultados em saúde, não só aumenta a visibilidade e o reconhecimento pela profissão, bem como permite um maior controlo e poder de actuação sobre os mesmos, ao se tornarem mensuráveis. Para aumentar o potencial de saúde do cidadão irá se propor a inclusão dos indicadores da individualização no Curso de Licenciatura em Enfermagem, para que os saberes actuais, que nascem do cruzamento teoria/ prática efectivem o seu impacto na formação de estudantes competentes, capazes que responder adequadamente aos desafios onde são chamados a trabalhar.

Do reconhecimento positivo da individualização dos cuidados de enfermagem no sistema de saúde emerge a necessidade da aplicação do inquérito por questionário

em outros serviços de medicina e cirurgia, de outras instituições hospitalares e contextos de cuidar, para possibilitar a validação dos seus itens e a construção de uma escala de medida, deste conceito. A aplicação em outros *settings*, nomeadamente em cuidados de saúde primários, residências para idosos e serviços de outra especialidade hospitalar para se compreender o seu efeito nas questões da individualização. A dilatação deste estudo com foco em outras variáveis, como diferentes organizações de saúde e a utilização de uma amostra mais alargada para aferir o impacto da formação académica e categoria profissional na individualização, que poderiam ser importantes contributos para uma melhor apreensão deste fenómeno. Recomenda-se, ainda, a incorporação de estudos qualitativos para conhecer em maior profundidade a percepção dos enfermeiros sobre a individualização e estratégias para a sua inclusão no ensino, bem qual a etapa do curso mais apropriada para a sua consecução. Assim, como a inclusão da perspectiva de outros actores, como os professores ou estudantes de enfermagem finalistas, pela maior experiência acumulada que possuem. Por outro lado, sugere-se o investimento no estudo do impacto da prestação de cuidados individualizados nos enfermeiros, dado que Poochikian-Sarkissian *et al.* (2010) apontam para uma maior satisfação com o trabalho, que incrementa a vivência da autonomia da profissão, ao sentirem que planeiam e implementam o plano de cuidados de acordo com o melhor interesse para a pessoa.

CAPÍTULO IX

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Alcarão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora.

Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11 (4), 271-283.

Allmark, P. (1995). A classic view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1 (22), 18-23.

Almeida, J. & Pinto, M. (1990). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.

Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia de investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses de Coimbra.

Almeida, M., Spínola, A. & Lancman, S. (2009). Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 20 (1), 49-58.

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Antunes, D.; Batuca, C.; Ramos, A.; Fonseca, C.; Suhonen, R.; Papastavrou, E.; Lemonidou, C.; Idvall, E.; Acaroglu, R. & Sousa, V. (2011). Estudo comparativo transcultural internacional sobre as percepções dos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem individualizados. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 24, 7-15.

Ashton, J., & Price, P. (2006). Survey comparing clinicians' wound healing knowledge and practice. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15 (19), S18. Retrieved from EBSCOhost.

Attree, M. (2001) Patients' and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 456–466.

Baltes, P. & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology* 49, 123-135.

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barlow, J.; Singh, D.; Bayer, S. & Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13, 172-179.

Barron, A.; Coaktley, A. & Mahoney, E. (2008). Promoting the integration of therapeutic touch in nursing practice on an inpatient oncology and bone marrow transplant unit. *International Journal for Human Caring*, 12 (2), 81-89.

Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção de um grupo de enfermeiras*. Porto: Rei dos Livros.

Beck, C.; Bernal, H.; Froman, R. (2003). Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Rev Nurs Health*, 26, 64-73.

Benavente, A. (1999). *Escola, professores e processos de mudança*. Lisboa: Livros Horizonte.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Brownsell, S.; Aldred, H. & Hawley, M. (2007). The role of telecare in supporting the needs of elderly people. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13, 293-297.

Bruin, S.; Heijink, R.; Lemmens, L.; Struijs, Jeroen & Baan, C. (2011). Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes,

depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. *Health Policy*, 101, 105-121.

Bullock, T., Melnyk, B., McGrath, J., Jacobson, D., Kelly, S., & Baba, L. (2010). Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24 (1), 74-80. Retrieved from EBSCOhost.

Campos, D. & Graveto, J. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17 (6), 1-7.

Canário, R. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.

Caspar, S. & O'Rourke, N. (2008). The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care in long-term-care facilities. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 63, 255-265.

Caspar, S.; O'Rourke, N. & Gutman, G. (2009). The differential influence of culture change models on long-term care staff empowerment and provision of individualized care. *Can J Aging*, 28, 165-175.

Chang, A; Garden, G.; Duffield, C. & Ramis M. (2010). A Delphi study to Validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), 2320-2330.

Chappell, N.; Reid, R. & Gish, J. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, 6, 527-547.

Charbonneau, L., Perrenoud, B., Gallant, S., Lehn, I., & Champier, V. (2009). Chronic wound management in hospital care units--a literature review [French]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 96, 58-68. Retrieved from EBSCOhost.

Chesser, T., Hammett, R., & Norton, S. (2010). Orthopaedic trauma in the obese patient. *Injury*, 41(3), 247-252. Retrieved from EBSCOhost.

Chuang, C.; Levine, S. & Rich, J. (2011). Enhancing cost-effective care with a patient-centric coronary obstructive pulmonary disease program. *Population Health Management*. 14 (3), 133-136.

Claxton, J.; Ritchie, B. & Zaichkowsky, J. (1980). The nominal group technique: its potential for consumer research. *Journal of Consumer Research*, 7, 308-13.

Collière, M-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: LIDEL: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M-F.. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Conselho de Enfermagem (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, 20, 499-505.

Cornforth, A. (2009). Use of honey in the management of venous leg ulcers. *Practice Nurse*, 38 (2), 12-16. Retrieved from EBSCOhost.

Coyle, J. & Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person centeredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 450-459.

Curry, A.; Durham, L.; Bullock, L.; Bloom, T & Davis, J. (2006). Nurse case management for pregnant women experiencing or at risk for abuse. *JOGNN*, 35 (2), 181-192.

D’Espiney, L. (2008a). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifio: Revista em Ciências da Educação*, 6, 7-20.

D’Espiney, L. (2008b). Recensão da obra “Á conquista de uma identidade. Enfermeiros recém-formados entre o Hospital e o Centro de Saúde”, de Amélia Figueiredo [2004]. Lisboa: Climepsi Editores. *Sísifio. Revista de Ciências da Educação*, 5, 97-100.

Dana, N. & Wambach, A. (2003). Patient satisfaction with an early discharge home visit program. *Journal of Obstetrics and Gynecology & Neonatal Nursing*, 32, 190–198.

Davies, S.; Laker, S. & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), 408-417.

Day, C., & Boynton, P. (2008). Implementation of wound management in a rural setting. *Nurse Practitioner*, 33 (9), 35-39. Retrieved from EBSCOhost.

Deloitte (2011). *Saúde em análise: uma visão para o futuro*. Lisboa: Deloitte.

Delors, J. (1996). *Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre a educação para o século XXI*. Porto: Edições ASA.

Department of Health & Human Services (2009) Medical Subject Headings. U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, [online]. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (accessed 28 August 2009).

Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.

Dick, J. (2008). Developing research capacity and capability in skin breakdown. *EWMA Journal*, 8 (1), 23-25. Retrieved from EBSCOhost.

Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos: Volume I - Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos: Volume II – Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Dominicé, P. (1988). *O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais*. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds). *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp.51-61). Lisboa: Ministério da Saúde.

Doran, D.; Sidani, S.; Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), 29-39.

Dubar, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.

Dubet, F. (1996). *Sociologia da experiência*. Lisboa: Instituto Piaget.

Durkheim, E. (1996). *Éducation et Sociologie*. Paris: PUF.

Eisert, P., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., & ... March, K. (2010). CSI: New @ York: development of forensic evidence collection guidelines for the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33 (2), 190-199. Retrieved from EBSCOhost.

Eklund-Myrskog, G. (2000). Student nurses' understanding of caring science. *Nurse Education Today*, 20, 164-170.

Ellis, M. (2009). Planning an evidence-based and fundable injury-prevention program. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 35 (5), 462-464. Retrieved from EBSCOhost.

Esteves, M. (2008). Para a excelência pedagógica no ensino superior. *Sísifio. Revista de Ciências da Educação*, 7, 101-110.

Esteves, M.; Rodrigues, A. (2003). A formação inicial de professores. *Investigar em Educação*, 2, 15-68.

Evans, C.; Rogers, S.; McGraw, W.; Batle, G.; Furniss, L. (2004). Using consensus methods to establish multidisciplinary perspectives on research priorities for primary care. *Primary Health Care Research and Development*, 5, 52-59.

Faro, A. (1997). Técnica de Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, 31 (1), 259-273.

Feinstein, N., Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Sadler, L., & Green-Hernandez, C. (2008). Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *Journal of Professional Nursing*, 24 (1), 7-13. Retrieved from EBSCOhost.

Fenton, S. (2011). Reflections on lymphoedema fungating wounds and the power of touch in the last weeks of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (2), 60-66.

Fernandes, O. (2006). *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Fineout-Overholt, E., Melnyk, B., Stillwell, S., & Williamson, K. (2010). Critical appraisal of the evidence: part III the process of synthesis: seeing similarities and differences across the body of evidence... seventh article in a series. *American Journal of Nursing*, 110 (11), 43-51. Retrieved from EBSCOhost.

Foddy, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Frich, L. (2003) Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal Advanced Nursing*, 44,137-153.

Frich, L. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 137-53.

Garrison, D. & Archer, W. (2002). *A transactional perspective on teaching and learnig: a framework for adult and higher education*. Oxford: Pergamon&EARLI.

Gethin, G. (2009). Right track. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 17 (10), 46. Retrieved from EBSCOhost.

Giddens, A. (2008). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gilleard, C. & Reed, R. (1998). Validating a measure of patient satisfaction with community nursing services. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 94–100.

Gleeson, M. & Higgs, A. (2009). Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 382-389.

Godino C, Jodar L, Durán Á, Martínez I & Schiaffino A (2006) Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 150-155.

Goleman, D.; Boyatzis, R. E. & Mckee, (2002). *O poder da inteligência emocional: a experiência de liderar com sensibilidade e eficácia*. Rio de Janeiro: editora Campus.

Gracia-Lizana, F. & Sarria-Santamera. (2007). New technologies for chronic disease management and control: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13, 62-68.

Gray, M. (2008). Context for WOC practice: here is the evidence, but what does it mean to my practice?. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 35 (6), 554-556. Retrieved from EBSCOhost.

Griggs, K. (2009). Nurse back to health. *Nursing Review* (13260472), 16-17. Retrieved from EBSCOhost.

Grypdonck MHF (2006) Qualitative health research in the era of evidence-based practice. *Qualitative Health Research*, 16, 1371-1385.

Guruge, S. & Sidani, S. (2002). Effects of demographic characteristics on preoperative teaching outcomes: a metaanalysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34, 25–33.

Guyatt, G. & Rennie, D. (2002). *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-based Clinical Practice*. Chicago: American Medical Association.

Gwynne, B., & Newton, M. (2006). An overview of the common methods of wound debridement. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15 (19), S4. Retrieved from EBSCOhost.

Hagsten, B.; Svensson, O. & Gardulf, A. (2004). Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture. A randomized trial. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 75, 177–183.

Handolin, L.; Leppäniemi, A.; Vihtonen, K.; Lakovaara, M. & Lindahl, J. (2006). Finnish Trauma Audit 2004: current state of trauma management in Finnish hospitals. *Injury*, 37 (7), 622-625.

Happ, M.; Williams, C.; Strumpf, N. & Burger, S. (1996). Individualized care for frail elders: Theory and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 6-14.

Harrison, M. (2006). Discussion on wound care in the 21st century. *British Journal of Nursing (BJN)*, 15 (19), S12. Retrieved from EBSCOhost.

Hart, S. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 173-177.

Hayashi, A.; Kayama, M.; Ando, K.; Ono, M.; Suzukamo, Y.; Michimata, A.; Fukuhara, S.; Kayama, M. & Hayashi, A. (2008). Analysis of subjective evaluations of the functions of tele-coaching intervention in patients with spinocerebellar degeneration. *NeuroRehabilitation*, 23(2), 159-169.

Healey, F., & Oliver, D. (2009). Bedrails, falls and injury: evidence or opinion? A review of their use and effects. *Nursing Times*, 105 (26), 20-24. Retrieved from EBSCOhost.

Henriques, E. & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um programa de enfermagem na gestão de sintomas e na adesão à terapêutica anti-retrovírica da pessoa adulta com infecção VIH/SIDA: construção de uma problemática. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 30-38.

Herminda, P. & Araújo, I. (2006). Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 59 (3), 314-20.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. 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.

Hibbard, H.; Greene, J. & Tusler, M. (2009). Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *American Journal of Managed Care*, 15 (6), 353-360.

Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hinshaw, S. (2000). Nursing Knowledge for the 21st century: opportunities and challenges. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 117-123.

Hjelm, K.; Rolfe, M.; Bryar, R.; Andersson, L. & Fletcher, M. (2003). Holism in community leg ulcer management: a comparison of nurses in Sweden and the UK. *Br J Community Nurs*, 8 (8), 353-63.

Horton, K. (2008). The use of telecare for people with chronic obstructive pulmonary disease: implications of management. *Journal of Nursing Management*, 16, 173-180.

Hwang, H. & Lin, H. (2003). Perceived enactment of autonomy and related factors among elders. *Journal of Nursing Research*, 11 (4), 277-286.

ICN. (2004). Globalization and health systems reform: Implications and strategies for nursing. *International Council of Nurses*. Geneva: ICN.

ICN. (2005). Guidelines on shaping effective health policy. *International Council of Nurses*. Geneva: ICN.

ICN. (2006). Nursing Care of the Older Person. *International Council of Nurses*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2004) *Minutes of the International Council of Nurses workforce forum*, September 20-22, Wellington, New Zealand. Geneva: Author.

Irvine, D.; Sidani, S. & Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, 16 (2), 58-87.

Ito, C.; Ota, K. & Matsuda, M. (2011). Educational content in nurse education in Japan: A Delphi study. *Nursing Ethics*, 18 (3), 441-454.

Johnson, M.; Goodacre, S.; Tod, A. & Read, S. (2009) Patients' opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), 120-129.

Jones, E., Cason, L. & Bond, L. (2004). Cultural attitudes, knowledge, and skills of a health workforce. *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (4), 283-290.

Josso, C. (1988). Da formação do sujeito...ao sujeito da formação. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds). *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp.35-50). Lisboa: Ministério da Saúde.

Keeney, S.; Hasson, F. & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 205-212.

Kneipp, S.; Kairalla, J.; Lutz, B.; Pereira, D.; Hall, A.; Flocks, J.; Beeber, L. & Schwartz, T. (2011). *American Journal of Public Health*, 101 (9), 1759-1768.

Kolcaba, K.; Schirm, V.; Steiner, R. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nurs*, 27 (2), 85-91.

Kovach, R.; Cashin, J. & Sauer, L. (2006). Deconstruction of a complex tailored intervention to assess and treat discomfort of people with advanced dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 378-388.

Kralik, D.; Koch, T. & Wotton, K. (1997). Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 399-407.

Lake, T. & Friese, R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55, 1-9.

Landers, M. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 6 (32), 1550-1556.

Lauver, D.; Ward, S.; Heidrich, S.; Keller, M.; Bowers, B.; Brennan, P. & Wells, T. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25 (4), 246-255.

Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

Liddy, C.; Dusseault, J.; Dahrouge, S.; Hogg, W.; Lemelin, J. & Humbert, J. (2008). Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses: Pilot study. *Canadian Family Physician*, 54, 58-65.

Lloyd-Vossen, J. (2009). Implementing wound care guidelines: observations and recommendations from the bedside. *Ostomy Wound Management*, 55 (6), 50-55. Retrieved from EBSCOhost.

Lopes, M. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Universidade Católica, Faculdade de Ciências Humanas, dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Lucero, R.; Lake E. & Aiken, H. (2009). Variations in nursing care quality accross hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2299-2310.

Maglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.

Mapanga, K.; Ndlovu, R.; Mapanga, M.; Mudokwenyu-Rawdon, C., Brooten, D.; Morris, D.; Clark, J.; Wykle, L.; Modly, D. & Youngblut, M. (1999). A model for international research collaboration. *International Nursing Review*, 46 (4), 117-121.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Meijel, B.; Gamel, C.; Swieten-Duijfes, B. & Grypdonck, M. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 84-92.

Meleis, I. (2007). *Theoretical thinking. Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2005a) Outcomes and implementation strategies from the first U.S. *Evidence-based leadership*, 2, 113-121.

Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2005b). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Melnyk, B. (2006). Calling all educators to teach and model evidence-based practice in academic settings. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3 (3), 93-94. Retrieved from EBSCOhost.

Melnyk, B., & Davidson, S. (2009). Creating a culture of innovation in nursing education through shared vision, leadership, interdisciplinary partnerships, and positive deviance. *Nursing Administration Quarterly*, 33 (4), 288-295. Retrieved from EBSCOhost.

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M., & Cruz, R. (2010). Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nursing Outlook*, 58 (6), 301-308. Retrieved from EBSCOhost.

Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S., & Williamson, K. (2009). Evidence-based practice: step by step. Igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice: how nurses can build the knowledge and skills they need to implement ERP. *American Journal of Nursing*, 109 (11), 49-52. Retrieved from EBSCOhost.

Mestrinho, M. (1997). *O choque da realidade dos enfermeiros no início de carreira: estudo de caso*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Mestrinho, G. (1995). *Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional*. Lisboa: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanada Resende no âmbito do 4.º Curso de Pedagogia aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Meyer, D., Waldow, V., & Lopes, M. (1998). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Moniz-Cook, E.; Agar, S.; Gibson, G.; Win, T. & Wang, M. (1998). A preliminary study of the effects of early intervention with people with dementia and their families in a memory clinic. *Aging & Mental Health*, 2, 199-211.

Morin, E. (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Piaget.

Morse, J.; Solberg, S.; Neander, W.; Bottorff, J. & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science*, 13, 1-14.

Mulrow, C.; Gerety, M.; Kanten, D.; Cornell, J.; DeNino, L.; Chiodo, L.; Aguilar, C.; O'Neill, M.; Rosenberg, J. & Solis R. (2004) A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. *Journal of the American Medical Association*, 271, 519-524.

Nascimento, C. (2007). Docentes de enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, & M. Mestrinho (Eds.), *Processo de Formação na e para a prática de cuidados* (pp. 3-39). Loures: Lusociência.

Neves, E. & Boruchovitch, E. (2007). Escala de avaliação da motivação para aprender de alunos do ensino fundamental. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 20(3), 406-13.

NHS. (2000). *The NHS Plan*. The Statutory Office: Norwich.

Nolan, P.; Haque, S. & Doran, M. (2007). A comparative cross-sectional questionnaire survey of the work of UK and US mental health nurses. *Int J Nurs Stud*, 44 (3), 377-85.

Nóvoa, A. (1988). A formação tem que passar por aqui: as histórias de vida do projecto PROSALUS. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds). *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp.107-130). Lisboa: Ministério da Saúde.

Nóvoa, A. (1988). O método (auto)biográfico na encruzilhada dos caminhos (e descaminhos) da formação de adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, 7-20.

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OECD (2002). *Glossary of Key Terms in Evaluation*. Paris: OECD Publication Services.

OECD. (2004). *Towards high-performing health systems. OECD Health Project. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD Publications 2*. Paris: OECD Publication Services.

Oliveira, A. (2010). Um olhar de dentro: perspectivas de professores acerca de necessidades de mudança na escola. *Sísifio: Revista de Ciências da Educação*, 11, 127-138.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem familiar*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem Portuguesa: implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Passarinho, I. (2008). Assistente social: percursos e construção identitária. *Sísifio: Revista de Ciências da Educação*, 6, 21-34.

Pearson, B.; Katz, S.; Soucie, V.; Hunkeler, E.; Meresman, J.; Rooney, T. & Amick, B. (2003). Evidence-based care for depression in maine: dissemination of the Kaiser permanente nurse telecare program. *Psychiatric Quarterly*, 74 (1), 91-102.

Perrenoud, P. (2002). *A prática Reflexiva no Ofício do Professor: Profissionalização e Razão Pedagógica*. Porto Alegre: Artmed.

Pieper, B. (2009). Honey-based dressings and wound care: an option for care in the United States. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 36 (1), 60-68. Retrieved from EBSCOhost.

Pigmouguet, C.; Le Goff, M.; Thiébaud, R.; Dartigues, J. & Helmer, C. (2001). Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *CMAJ*. 183 (2), 115-127.

Pineau, G. (1988). A autoformação no decurso da vida: entre a hetero e a ecoformação. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds). *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp.63-78). Lisboa: Ministério da Saúde.

Pinto, J. (1992). *Psicologia da aprendizagem, concepções, teorias e processos*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Poochikian-Sarkissian, S.; Sidani, S; Ferguson-Pare, M. & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32 (4), 14-21.

Poochikian-Sarkissian, S.; Wennberg, R. & Sidani, S. (2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes on a neuroscience unit: a pilot project. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 30, 14-19.

Potter, M; Gordon, S. & Hamer, P. (2004). The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. *Journal of Physiotherapy*, 33 (3), 126-130.

Powell, C. (2003). The Dephi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382.

Proot, I.; Crebolder, H.; Abu-Saad, H.; Macor, T. & Ter Meulen. (2000). Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education & Counseling*, 41 (3), 275-283.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Radwin, E. & Alster, K. (2002). Individualised nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49, 54-63.

Radwin, L. (1995). Knowing the patient: a process model for individualized interventions. *Nursing Research*, 44, 364–370.

Radwin, L. (2000). Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing and Health*, 23, 179–190.

Radwin, L. (2000). Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing and Health*, 23, 179–190.

Ramos, V & Gonçalves, C. (2010). *Cidadania e saúde: um caminho a percorrer*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Rathert, C. & May, D. (2007). Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Management Review* 32, 2-11.

Redfern, S. (1996). Individualised patient care: its meaning and practice in a general setting. *NT Research*, 1, 22–33.

Richards, K.; Sullivan, S.; Phillips, R.; Beck, C. & Overton-McCoy, A. (2001). The effects of individualized activities on the sleep of nursing home residents who are cognitively impaired. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (9), 30-37.

Robson, V. (2009). Statistically significant RCT results are not always possible: should case-series studies inform practice?... randomised controlled trial. *Journal of Wound Care*, 18 (1), 39-40. Retrieved from EBSCOhost.

Rodrigues, A. (2007). Da teoria à prática: necessidades de formação dos formadores. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, & M. Mestrinho (Eds.), *Processo de Formação na e para a prática de cuidados* (pp. 77-92). Loures: Lusociência.

Roebuck, J. (1979). When does old age begin? The evolution of the English definition. *Journal of Social History*, 12, 416-28.

Rogers, C. (1974). *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores.

Rogers, C. (1980). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.

Rowe, J. & Kahn, L. (1998) *Successful aging*. Pantheon Books, New York.

Rubin, F.; Williams, J.; Lescisin, D.; Mook, W.; Hassan, S. & Inouye, S. (2006). Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating

effectiveness using quality improvement methodology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 969-974.

Ruggeri, M.; Lasalvia, A.; Bisoffi, G.; Thornicroft, G.; Vasquez-Barquero, L.; Becker, T.; Knapp, M.; Knudsen, C.; Schene, A. & Tansella, M. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 229–245.

Ruquoy, Danielle. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Albarelo, Luc [et al.] (Eds) – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp. 35-50). Lisboa: Gadiva.

Ruyter, K. (1996). Focus versus nominal group interviews: a comparative analysis. *Marketing Intelligence & Planning*, 14(6), 44–50.

Ryan P. & Lauver R. (2002). The efficacy of tailored interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 331–337.

Sansone, P. & Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric Nursing*, 21, 303-308.

Santos, B. (1999). *Um Discurso sobre as Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Schoot, T.; Proot, I.; Meulen, R. & DeWitte, L. (2005). Actual interaction and client centeredness in home care. *Clinical Nursing Research*, 14, 370–393.

Schwartz, S.; Day, B.; Wildenhaus, K.; Silberman, A.; Wang, C. & Silberman, J. (2010). The impact of an online disease management program on medical costs among health plan members. *American Journal of Health Promotion*, 25 (2), 126-133.

Seren, S. & Baykal, U. (2007). Relationships between change and organisational culture in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 191-197.

Serra, M. (2007). Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos de prática clínica: a perspectiva dos actores. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, & M. Mestrinho (Eds.), *Processo de Formação na e para a prática de cuidados* (pp. 125-166). Loures: Lusociência.

Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro: identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifio: Revista em Ciências da educação*, 5, 69-80.

Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro.

Sherwood, G. (1997). Meta-synthesis of qualitative analyses of caring: defining a therapeutic model of nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3, 32-42.

Sidani S (2008) Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research & Theory for Nursing Practice* 22, 24-37.

Sidani, S. (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22 (1), 24-37.

Silva, F. & Tanaka, O. (1999). Técnica de Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, 33 (3), 207-216.

Skevington, S. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research* 11, 135-144.

Smith, P. (2007). Promoting nurse research. *Nursing Management*, 14, 28-31.

Spencer, Jr., L. M. & Spencer, S. M. (1993). *Competence at Work: Models for superior Performance*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Spichiger, E.; Wallhagen, M. & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scand Journal Caring Sciences*, 13, 303-309.

Spilsbury, K. & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*. 10, 3-14.

Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (1993). *Psicologia educacional: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

Stewart, M., Brown. B., Donner, A., McWhinney. R., Oates, J., Weston, W. & Jordan J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49, 796–804.

Stillwell, S., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B., & Williamson, K. (2010). Asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 110 (3), 58-61. Retrieved from EBSCOhost.

Suhonen, R.; Gustafsson, M.; Katajisto, J.; Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2010). Nurses' perceptions of individualised care. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1035–1046.

Suhonen, R.; Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(1), 7-20.

Suhonen, R.; Valimaki, M. & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1253–1263.

Suhonen, R.; Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843-860.

Suhonen, R.; Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2009). The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1637-1649.

Suhonen, R.; Välimäki, M.; Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2007). Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. *Journal of Nursing Management*, 15, 197–206.

Suhonen, R.; Välimäki, M.; Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. (2004). Testing the individualised care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 27-36.

Tate, F., Wing, R. & Winett, A. (2001) Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *JAMA*, 285, 1172–1177.

Tavares, J., & Alcarão, I. (1989). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Thompson, A.; Faith, K.; Gibson, J. & Upshur, R. (2006). Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7, 1-11.

Thompson, E.; Melia, M.; Boyd, M. & Horsburgh, D. (2007). *Nursing Ethics*. Edinburgh, UK: Elsevier-Churchill Livingstone.

Tomey, A.; Alligood, M. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (2001), A análise de conteúdo. In Silva, A.; Pinto, J. (Eds). *Metodologia das ciências sociais*. (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Vincent, C.; Reinhartz, D.; Deaudelin, I.; Garceau, M. & Talbot, L. (2006). Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups. *Health and Quality Of Life Outcomes*, 4-41.

Wallace, T.; Robertson, E.; Millar, C. & Frich, .R. (1999). Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1144–1153.

Waters, R. & Easton, N. (1999). Individualized care: is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing*, 29, 79–87.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

White, P.; Pringle, D.; Doran, D. & Hall, L. (2005). The nursing and health outcomes project. *Canadian Nurse*, 101 (9), 15-18.

WHO (2007) *People-centred health care. A policy framework: World Health Organisation*. WHO press, Geneva, Switzerland.

WHO (2010) *Definition of older person*. [online]. Available at: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>. (accessed 18 September 2010).

WHO. (2004). *Towards age-friendly primary health care*. Paris: World Health Organization, WHO press.

WHO. (2005). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization, WHO press.

WHO. (2006). *Working together for health. The World Health Report 2006*. Geneva: World Health Organization, WHO press.

WHO. (2007). *People-centred health care. A policy framework: World Health Organisation*. Geneva: World Health Organization, WHO press.

WHO. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization, WHO press.

Wright, J & Giovinazzo, R. (2000). Delphi: uma técnica de apoio ao planeamento prospetivo. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, 1 (12), 54-65.

Zander, K. (2002). Nursung case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nursing Administration Quarterly*, 26 (5), 58-67.

Zuelzer, H. (2009). Opportunities and challenges: wound and skin alterations of obesity. *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, 4 (4), 283. Retrieved from EBSCOhost.

ANEXOS