

4ª Edição

Abril - Junho 2007

Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Ficha técnica

Publicação electrónica
com periodicidade trimestral
Ano 2 - Nº 4
ISSN 1646-5067

Coordenação
Lucília Nunes

Conselho Científico
Lucília Nunes
Joaquim Lopes
Paula Leal

Colaboradores Permanentes
Ana Paula Gato
Alice Ruivo
Dulce Cabete
Fernanda G. Costa
Lurdes Martins
Paulo Cruchinho

Colaboradores Neste Número:
Dulce Cabete
Mariana Pereira
Paulo Cruchinho

Editor
António Freitas

Contactos
lnunes@ess.ips.pt
afreitas@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados pelo
C.C. para esta edição são da
exclusiva responsabilidade
dos seus autores.

Sumário

EDITORIAL 2

NOTÍCIAS 3

EDUCAÇÃO

Avaliação da Construção de um portefólio de competências
- *Avaliação do processo e dos resultados* 4
Dulce Cabete

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Avaliação da Informação sobre a Qualidade do Exercício Profissional
de Enfermagem através dos Sistemas de Informação 23
Paulo Cruchinho

INVESTIGAÇÃO

Monografias de Investigação 33

ESTUDO DE CASO

O Horário da Administração Terapêutica 44

Editorial

Lucília Nunes

Auscultar vários *tons* na investigação: da que louvamos, da que sabemos, da que usamos

Para dar o tom a um editorial focado na Investigação, escolho pegar no artigo 7º da Proposta de Lei do Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior (mais lido como RJIES) e no conceito de “*investigação orientada*”. Uma fórmula diferente, aparentemente. Apenas aparentemente? (a ser mesmo diferente, poderia ser irónico que o Ministério entenda existir «criação do conhecimento» apenas no subsistema universitário e “criasse” conceitos para enquadrar o subsistema de ensino politécnico). Ou realmente é diferente, por supor um *Quem* oriente em vez de um *a Quê* ou um *Para quê* se aplique?

A distinção mais habitual no domínio da investigação é entre “*investigação fundamental*” (ou básica) e “*investigação aplicada*” - curiosamente, a básica pode dizer-se igualmente «livre» e a aplicada dizer-se «orientada» (para a prática).

Julgo que uma minoria diz que faz (e faz) investigação fundamental e a larga (aparentemente esmagadora) maioria diz que faz (e faz, às vezes) investigação aplicada - pensando bem, como alguma desta «*investigação aplicada*» não passa do domínio académico e não chega aos locais, aos contextos, ao mundo real, poderia, como alguém já chamou, designar-se «*aplicada não aplicável*». Penso nela como investigação «*académica sobre investigação aplicada*» - por exemplo, em Enfermagem, a *investigação aplicada* realmente aplica-se? A *investigação orientada para a prática*, realmente pratica-se?

Cada vez mais, diria. Se bem que todos conhecemos exemplos de investigação fundamental (ou básica ou livre) que evoluiu para uma nova tecnologia e «*aplicou-se*», como conhecemos exemplos de investigação aplicada (ou orientada) que não chega a produzir resultados reais.

Afirma Rui Namorado Rosa que “A criação científica é um processo integral em que a diferenciação de etapas nem sempre é nítida e não é necessária para a sua dinâmica”. Sim, mas as questões epistemológicas subjacentes continuam a ser relevantes.

As actuais opções de investigação, conforme anunciadas e que resultam da formulação de uma «*política de investigação científica*» na e para a Europa, apontam áreas em sectores económicos influentes (sim, estou a pensar na indústria farmacêutica, química, alimentar, telecomunicações, energia, entre outros).

Nos últimos anos, a acentuada tendência da investigação aplicada parece ter aberto um espaço para o alerta relativo à vital importância da investigação fundamental. Desde 2004 encontra-se um elevado acervo de documentos, de diversas proveniências, a enaltecer a investigação fundamental. E a falta que ela faz... Sendo certo que um Editorial deveria ser breve, encaminho para: Towards a Europe of Knowledge and Innovation.¹

Em Enfermagem?

Precisamos da *investigação fundamental*, sim. E muito.

Precisamos da *investigação orientada para a prática*, para os problemas - a *aplicada aplicável*.

Em todas as áreas de actuação - na prestação de cuidados, na gestão, na educação, pois que a investigação suporta o desenvolvimento.

E interrogo: a investigação científica e a qualificação avançada (ou seja, a criação de conhecimento e a sua fruição) podem ser considerados bens públicos? de que, numa sociedade do conhecimento, pluralista e democrática, não se prescinde? Assim sendo, a criação do conhecimento pode ser contida por decreto legal (por exemplo, um RJIES...)?

E hoje tenho um outro e bom motivo para falar de Investigação - nesta revista incluem-se os Resumos das Monografias realizadas pelos estudantes do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem, requisito para a aquisição do grau académico de licenciado, e que foram apresentadas e discutidas com uma mesa de 3 professores, no passado mês de Junho. Monografias *orientadas* para o estudo de questões de investigação em enfermagem e por docentes da Área Disciplinar de Enfermagem.

Pouco a pouco, em harmonia, hão de conjugar-se os *tons* da investigação: da que louvamos, da que sabemos, da que usamos...

Bons Percursos façamos.

26 Junho 2007

¹ <http://www.euroforum.org/aboutus/pdf/towards.pdf>

Notícias

Mariana Pereira

Aconteceu ... no dia 6 de Junho de 2007 na ESS

Reunião Geral da ESS, para apresentação e aprovação do Plano Estratégico de Desenvolvimento da ESS 2007-2011.

Após aprovação do Plano Estratégico de Desenvolvimento do IPS 2007-2011, ficaram as diferentes unidades orgânicas, entre elas a ESS, com a responsabilidade de promoverem as medidas que lhes permitissem encontrar os seus caminhos de apropriação e desenvolvimento específico de tão importante documento.

O Grupo de Trabalho constituído pelos Professores Lucília Nunes, Helena Caria e Eduardo Cruz elaborou a proposta de Plano Estratégico de Desenvolvimento da ESS/IPS 2007-2011, que foi aprovado pela Direcção, e apresentado formalmente na Reunião Geral de Escola no dia 6 de Junho.

Deste documento salientamos o ponto 1 da formulação estratégica em que são apresentados a visão, valores e missão da ESS. Assim, é **"visão da ESS ser referência na educação terciária, na área da Saúde, reconhecida pela qualidade da educação, da investigação e dos serviços."** Reiteram-se os valores constantes no lema da ESS, **Humanismo, Qualidade e Inovação** e assume-se ainda outra tríade: **Distinção, Profissionalismo e Excelência**. Como missão da ESS, apresentada no documento, podemos ler: **"A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal quer estar entre as melhores, na formação de profissionais de Saúde, realizando uma educação humanista, de desenvolvimento científico, técnico, ético e culturalmente sensível. Assume uma cultura de melhoria contínua da qualidade, potenciando a capacidade de responder aos desafios e à mudança, revelando-se a**

investigação transversal ao ensino, saúde e serviços." (Plano Estratégico de Desenvolvimento-ESS,2007-2011, p.)

Na Reunião Geral da ESS, estiveram presentes estudantes, docentes e funcionários não docentes, tendo sido assumido pelos presentes um compromisso para com a ESS, no sentido de implementar o Plano Estratégico de Desenvolvimento da ESS/IPS 2007-2011.



Vai acontecer ... no dia 6 de Julho de 2007 na ESS

A **Cerimónia de Compromisso dos Finalistas do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem**, às 14 horas no auditório 1 da Escola Superior de Tecnologia - Setúbal.

À semelhança do que tem vindo a acontecer nos últimos anos, é desta forma que a ADE tem assinalado a saída de mais um grupo de Licenciados em Enfermagem.

Para os futuros enfermeiros, votos de sucesso pessoal e profissional.

Construção de um portfólio de competências – Avaliação do processo e dos resultados

Dulce Cabete

"Tirar uma lição de uma experiência é, necessariamente, tomar consciência e explicitar o que a constitui, de maneira a fazê-la um objecto de reflexão que modifique a acção futura."

Pierre Vermersh

Avaliar as metodologias de trabalho é não só importante como indispensável e a prática pedagógica não constitui uma excepção. Muito pelo contrário, o facto de nos empenharmos em ajudar a percorrer caminhos de desenvolvimento pessoal e profissional, num contexto em permanente mudança, exige-nos um esforço de aperfeiçoamento e inovação constantes e, por isso mesmo, de análise permanente da nossa prática.

Ao optarmos por introduzir no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE) uma metodologia de trabalho assente num projecto de desenvolvimento de competências, tínhamos consciência de que, neste processo, não basta concluir que o sucesso académico obtido pelos estudantes é suficiente para aprovarmos a metodologia de trabalho, mas que importa analisar o processo e os resultados ouvindo o que os estudantes têm a dizer sobre a forma como o viveram.

É esse o objectivo deste trabalho: descrever e analisar o processo e os resultados de um projecto de desenvolvimento pessoal e profissional, materializado através de um portfólio de competências, tal como vivido pelos estudantes.

Para isso explicitaremos o que entendemos por Projecto de Desenvolvimento de Competências (PDC), e quais as suas etapas e

metodologia, qual a metodologia utilizada para a avaliação do processo e analisaremos os resultados obtidos.

Projecto de Desenvolvimento de Competências

Partindo do pressuposto de que cada estudante que decide fazer o CCFE tem o seu próprio caminho percorrido e os seus próprios projectos de futuro, o desenvolvimento de um processo de aprendizagem constituirá um desafio: o caminho a percorrer para dar resposta aos objectivos da Escola e do Curso, e aos interesses e necessidades individuais.

Face a esse background diferenciado e de acordo com as teorias que entendem a aprendizagem dos adultos como eficaz apenas se incluir a sua experiência prévia, se for assente na auto-aprendizagem e no auto-controle da mesma, não podemos simplesmente apresentar um caminho igual para todos, ou seja, o processo de aprendizagem terá que ser, também ele, diferenciado. Por outras palavras, tendo pontos de referência comuns e objectivos mínimos de chegada, cada estudante irá identificar a sua necessidade formativa e desenvolver o seu projecto de auto-formação, apoiado nos recursos disponíveis: o próprio, os colegas de trabalho e de estudo e a equipa docente. Ao longo desse

percurso, contará com o apoio de um docente de referência, designado como "Tutor de Projecto".

A esse caminho, catalizador de todas as outras procuras e aprendizagens, chamámo-lo "Projecto de Desenvolvimento de Competências". Como qualquer caminho, tem etapas a percorrer, sobre as quais tentaremos delinear os pontos de referência mais significativos.

A - Etapa de diagnóstico

Trata-se de fazer o **Reconhecimento das Aquisições Experienciais**, começando por discutir os conceitos de Competências, Competências na Profissionalização e Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Para isso reportamo-nos ao referencial teórico desenvolvido por Patricia Benner e Guy Le Boterf (entre outros) e aos Documentos Legais que enquadram e regulam o exercício dos enfermeiros em Portugal, bem como aos documentos produzidos pela Ordem dos Enfermeiros. Depois de explorar e discutir o que são competências em enfermagem, passamos à reflexão individual, de aquisições experienciais, de viagem ao centro de si e do seu vivido, o que é iniciado com um *Seminário de Abordagem Biográfica* e continua na reflexão individual e nos encontros de tutoria.

Esta etapa culmina com a realização de um **Portfólio de Aquisições Experienciais**, que reflectirá o percurso e as aprendizagens do estudante em torno das Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais, com a apresentação de meios de prova e a reflexão demonstrativa da apropriação dos conceitos referidos. O reconhecimento de aquisições experienciais não se esgota na elaboração do portfólio da fase de diagnóstico.

Este é o ponto de partida inicial de um



percurso que, ao longo do Curso, dentro e fora das aulas, com os colegas e com os docentes, nos momentos de tutoria, no jornal de aprendizagem ou nos momentos de avaliação, irá decorrendo até à elaboração do Portfólio de Competências. Assim, com base no trabalho sobre competências, na reflexão produzida no Seminário de Abordagem Biográfica e na sua própria análise crítica, é construído o Portfólio de Aquisições Experienciais: ou seja, o diagnóstico pessoal da sua situação face ao construto de competências, com a identificação dos objectivos de formação para a etapa seguinte.

É evidente que é necessário algum esforço para alguém reconhecer e analisar o seu próprio percurso e questionar a sua prática, mas essa é também uma competência necessária ao enfermeiro. Reflectir sobre a (sua) prática faz parte do (seu) processo de formação. Todo o trabalho será o de tentar "parar para pensar", olhando a sua prática de forma crítica, usando o distanciamento necessário para se observar a si mesmo e a coragem suficiente para se questionar.

Estamos, assim, a falar de um processo de reconhecimento de um património de

competências mas, em simultâneo, de desenvolvimento de competências: será, se quisermos, **reflexão em acção e para a acção**, uma vez que ao reconhecer o que adquirimos face ao que consideramos necessário, estamos a identificar o caminho que falta percorrer. Então, é só avançar para a etapa seguinte: o **Projecto de Desenvolvimento de Competências e o Contrato de Aprendizagem**.

B- Etapa de planeamento – Contrato de Aprendizagem

Se o reconhecimento de aquisições experienciais permite descrever e analisar “aquilo que eu reconheço que já possuo”, face a um determinado referencial que representa “aquilo que eu preciso de conseguir”, a etapa de planeamento corresponde à identificação das estratégias a implementar para fazer o caminho entre um e outro pontos e materializa-se num projecto de formação ou **Contrato de Aprendizagem**, que dá continuidade ao Portfólio de Aquisições experienciais, podendo ou não fazer deste parte integrante, de acordo com a orientação do tutor.

Este Contrato de Aprendizagem compreende todo o eixo do Projecto de Desenvolvimento de Competências, identificando não só as competências a desenvolver e as estratégias para o conseguir, como também os meios de prova do desenvolvimento de competências.

Evidentemente que fazer um projecto de formação constitui, por si só, um desafio, sendo o resultado da tensão gerada pela necessidade identificada e pela vontade e a forma de a suprir. Assim, trata-se de explicitar um caminho, através de um documento que planeia a acção numa ligação estreita entre acção e pensamento.

Segundo Knowles (1990), o Contrato de

Aprendizagem é um dos instrumentos mais eficazes na formação de adultos, uma vez que permite que cada estudante:

- Personalize o seu projecto formativo;
- Controle os seus objectivos,
- Recorra a diferentes metodologias de aprendizagem;
- Estruture e formalize o processo, ajudando-o a cumprir aquilo a que se propôs;
- Se responsabilize pelo seu processo formativo, tendo um papel activo no mesmo;

C- Etapa de execução

Nesta etapa, que decorre essencialmente no segundo semestre, os estudantes irão pôr em prática as estratégias seleccionadas com vista ao desenvolvimento do PDC, com acompanhamento do Tutor respectivo.

Ao longo desse caminho, deverão elaborar um **Jornal de Aprendizagem**, a fim de irem tomando consciência, sob o ponto de vista da escrita, do percurso efectuado, o que lhes permitirá mais facilmente concretizar a etapa seguinte. O Jornal de Aprendizagem não se destina a ser entregue, mas conterá reflexões pessoais, ou resultantes dos



momentos de orientação que decorrerão ao longo de todo o percurso, algumas das quais a serem discutidas com o Tutor, individualmente ou em pequeno grupo.

D - Etapa de avaliação

A última etapa do PDC é, como é óbvio, a da avaliação do percurso efectuado. Neste ponto, o estudante fará um balanço retrospectivo do seu percurso e apresentará os meios de prova que previamente definiu, sob a forma de **Portfólio de Competências Profissionais**. Este não é mais um trabalho, mas a extensão do 1º documento apresentado, incluindo todos os meios de prova, analisados e discutidos e contendo uma síntese final do percurso efectuado e das aprendizagens mais relevantes. A avaliação assume um papel mais relevante do que a mera classificação de um trabalho, uma vez que foi acompanhado e avaliado permanentemente todo o processo ao longo do caminho, designadamente nos momentos de tutoria

Tutoria: um caminho acompanhado

Na linha da filosofia que preside ao curso, queremos abandonar a excessiva valorização da aquisição de grandes quantidades de conhecimento para privilegiar a reflexão e a apropriação de saberes que confrontem a teoria e a experiência, que façam emergir um pensamento crítico e incentivem à mudança e ao crescimento pessoal e profissional. Para além disso, nas grandes linhas pedagógicas actuais valoriza-se particularmente o desenvolvimento de novas formas de aprendizagem, a todos os níveis de formação, na qual se destacam os modelos de tutoria.

Entendemos, por tutoria, um programa de orientação e supervisão, no qual o



Tutor é um docente que tem como objectivo constituir-se como um recurso para a construção e concretização do Projecto de Desenvolvimento de Competências dos estudantes que acompanha, sendo uma figura de referência que ajuda na tomada de decisão, que orienta na reflexão e na leitura, que estimula e corrige. Alguém que “ajude a aprender”, mais do que “alguém que ensina”. O Tutor deverá promover a autonomia, a postura ética, o julgamento crítico e a reflexão dos estudantes.

O acompanhamento do Projecto de Desenvolvimento de Competências será assente numa relação de tutoria, estabelecida entre um docente e um grupo de estudantes, passando por reuniões de pequeno grupo ou individuais, agendadas de acordo com a necessidade ou a solicitação quer do docente quer do estudante, ou do grupo de estudantes. Acreditamos que, através deste caminho, estudantes e docentes, em parceria, contribuem para a aprendizagem e crescimento mútuos, numa visão de processo de

aprendizagem em que o estudante é aquele que quer fazer determinado caminho e o professor é aquele que o ajuda a percorrê-lo, ensinando-lhe apenas como utilizar os instrumentos de navegação e ajudando-o a fazer, periodicamente o balanço do ponto em que se encontra para, se necessário, proceder a reajustes no plano de viagem.

O professor desconhece o porto de partida do estudante tal como não pode impor um destino de chegada. Não impõe um ponto de chegada para todos por igual, mas dá liberdade ao estudante para escolher onde quer chegar e de que forma o quer fazer. O Professor/tutor dá pistas e referenciais mínimos, valida etapas, verifica progressos, acompanha. O estudante tem a liberdade de escolher, de decidir e torna-se responsável pelo processo e pelos resultados.

AVALIAÇÃO DO PERCURSO E DOS RESULTADOS

No final de um percurso em que se pretendeu ajudar profissionais de enfermagem a reflectir sobre as competências dos enfermeiros de cuidados gerais e a sua prática (de forma a identificar aquisições experienciais e a construir um contrato de aprendizagem para evidenciar ou desenvolver algumas competências, sob forma de construção de um portfólio de competências), quisemos saber em que medida atingimos os resultados e como vivenciaram os estudantes todo este processo, integrado no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Como refere Formagier (1995), para saber o que as pessoas pensam ou sentem a propósito de determinado evento ou fenómeno, não existe melhor forma senão perguntarmos-lhe. Assim, construiu-se um questionário aberto em

torno de 4 eixos:

- Qual o sentido de todo este caminho?
- Que sentido fizeram as etapas e como foram vivenciadas?
- Que resultados foram obtidos?
- Como foi vivida a tutoria?

Foi ainda deixado um espaço para sugestões concretas de alteração do processo que os estudantes considerassem pertinentes. Foi garantida a confidencialidade das respostas e dada a liberdade de devolver ou não os questionários. A identificação por assinatura era facultativa, não havendo um espaço próprio para o fazer a fim de os estudantes não se sentirem obrigados a assinar. Para maximizar o anonimato não foram recolhidos quaisquer dados de caracterização de variáveis de atributo, uma vez que também não havia qualquer intenção de as analisar.

Os questionários foram entregues para serem preenchidos em casa e devolvidos no dia seguinte. Foram recolhidos 39 questionários (100% de retorno), o que é demonstrativo do envolvimento do grupo e do interesse colocado na avaliação do processo. Os questionários foram numerados de Q1 a Q39, sendo desta forma identificados no texto, entre parêntesis, sempre que forem citados.

Os resultados foram trabalhados utilizando a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (1979), por categorização analógica progressiva em torno dos 4 eixos que constituem as grandes áreas temáticas em estudo e que se passam a apresentar e a discutir.

1. Qual o sentido de todo este caminho?

Para esta área formulámos uma questão fechada – *Este caminho fez sentido?* - e uma questão aberta – *Porquê?* Em resposta à questão fechada, 100% dos respondentes dizem que o percurso fez todo o sentido. A análise das respostas

relativas à questão aberta é apresentada no **Quadro 1**.

Categoria	Sub-categorias	n
Existência de um fio condutor	Os estudantes reconhecem uma sequência lógica em todo o projecto	9
	A compreensão do processo vai aumentando ao longo do percurso	3
	Para elaborar o portfólio final é preciso passar por todas as etapas	3
O processo permite uma tomada de consciência daquilo que somos como enfermeiros	Promove uma reflexão profunda acerca dos nossos percursos profissionais	11
	Promove uma auto-avaliação construtiva das competências profissionais	7
	Permite a identificação de necessidades de formação	7
	Permite a transferência de saberes entre a teoria e a prática	3
O processo é promotor do desenvolvimento de competências	Desenvolve o sentido crítico	7
	Desenvolve a capacidade de auto-avaliação	7
	Desenvolve a responsabilização e a autonomia profissional	4
	Desenvolve conhecimentos sobre competências e sobre a profissão	4
	Desenvolve a capacidade de resolução de problemas	2
	Permite mudança e desenvolvimento	2
	Desenvolve a capacidade de investigar	1
	Desenvolve conhecimentos sobre metodologias de aprendizagem.	1
O estudante é agente do seu próprio desenvolvimento	É um caminho auto-regulado	5
	É um caminho feito com prazer, uma vez que traz valorização pessoal e profissional	2
	A auto-regulação gera motivação para atingir objectivos	1

Quadro 1 – Análise de conteúdo da Questão 1

A unanimidade verificada relativamente à questão colocada sobre se o percurso seguido teve (ou não) sentido é relevante, o que nos permite considerar que se tratou de uma boa aposta, sobretudo se não nos esquecermos de que estamos perante um conjunto de pessoas que, sendo diferentes, terão naturalmente estilos de aprendizagem diversos. No entanto, o aspecto que mais nos interessa explorar não é este, mas o das razões que fizeram com que este caminho fizesse sentido.

Como podemos verificar através da análise do Quadro 1, o sentido do percurso desenhado emerge através de quatro dimensões, que passamos a explorar:

O processo tem um fio condutor que lhe confere sentido

Começamos por verificar que *"fez sentido, porque todas as etapas do Projecto se completavam. Houve um fio condutor, desde o princípio até ao fim"* (Q34). *"Sim, a sua sequência tem*

uma estruturação lógica" (Q6) uma vez que, *"para atingir o portfólio final, faz sentido passar por todas as etapas, porque em primeiro lugar eu tenho que reflectir sobre o meu percurso pessoal e profissional, para reconhecer as competências que já possuo e só depois é que posso saber quais é que preciso, ou quais é que quero desenvolver"* (Q1).

Contudo, este sentido não foi, para todos, imediatamente visível, mas foi-se revelando ao longo do caminho: *"No início, o desconhecido transporta muitos medos e fantasmas, mas aos poucos a caminhada vai diluindo esses fantasmas"* (Q21). Como refere outra enfermeira, *"de início não me fazia sentido, porque não compreendia bem o que tinha que fazer. Depois, comecei a compreender, à medida que tinha orientações. Hoje penso que este caminho fez todo o sentido"* (Q2).

No final do percurso todos descobriram o seu sentido, como diz um dos participantes: *"Depois de concluir todo este percurso, ao olhar para trás, faz-me todo o sentido a forma como está dividido. Porque primeiro reconheci as competências que possuía, depois as estratégias para adquirir as que me faltavam e, por fim, coloquei em prática essas mesmas estratégias"* (Q25).

O processo permite uma tomada de consciência daquilo que somos como enfermeiros

A tomada de consciência das suas competências, a auto-avaliação realizada, foi fruto de uma reflexão crítica profunda acerca do percurso pessoal, numa alternância entre reflexão sobre a prática e a conceptualização abstracta, que foram extremamente proveitosas:

"É um percurso que permite um olhar sobre nós próprios de uma forma crítica e construtiva, é uma forma de nós próprios definirmos o nosso processo

formativo” (Q4) ou, como é referido por outro participante, “Permitiu-me reflectir sobre o meu trabalho como enfermeira de uma outra forma a que não estava habituada” (Q23).

Verificamos, assim, que uma das mais-valias foi a reflexão auto-diagnóstica: “Fez todo o sentido, porque permitiu-me interiorizar o conceito de competências, levando-me a uma reflexão profunda acerca do meu percurso profissional ao mesmo tempo que identificava o caminho que me faltava percorrer” (Q8). “Este percurso fez bastante sentido, pois fez-nos reflectir sobre a nossa prática e como devemos reconhecer e valorizar as nossas competências” (Q27) “e descobrir as nossas lacunas” (Q7).

Assim, “o desenvolvimento do Projecto fez-nos pensar e repensar a nossa profissão” (Q9).

O processo é promotor do



desenvolvimento de competências

Os participantes revelam, aqui, muitas das competências que desenvolveram ao longo do caminho: “Através deste caminho adquiri mais conhecimentos, mais competências que contribuem para uma maior autonomia e profissional que responde aos desafios de

reconhecimento social e de evolução técnica e científica que a enfermagem tem registado nos últimos tempos” (Q3). Mas aquilo que por uns é dito de uma forma mais geral, por outros é explicitado de forma mais concreta: “Ajudou-me a desenvolver o sentido crítico” (Q2, Q12, Q23); “Desenvolvemos o pensamento divergente” (Q29); “Desenvolvemos a capacidade de resolver problemas” (Q7); “Adquirimos conhecimentos necessários à utilização de novas metodologias de aprendizagem” (Q28); “Desenvolveu-me a capacidade de investigar” (Q29); “Ensinou-nos a pensar” (Q36)

O estudante é agente do seu próprio desenvolvimento

Na linha daquilo que pretendíamos, defendendo um processo de autoconstrução e controle, numa metodologia de aprendizagem centrada e conduzida pelo adulto aprendente (Josso, 1999), verificámos que os estudantes reconheceram como uma mais valia de todo este percurso essa centralidade e esse controle. A partir dos conhecimentos de cada estudante, os caminhos desenhados são únicos e liderados pelo próprio e são promotores da autonomia, da aprendizagem e da realização pessoal.

“É um registo da minha trajectória pessoal” (Q21), “um caminho que percorri com muito prazer porque me valorizou pessoal e profissionalmente. Foi um desafio a que me propus e que consegui ultrapassar, com o mínimo de sacrifício e com o máximo de prazer” (Q13). “É uma forma de nós próprios definirmos o nosso processo formativo” (Q4) e assim “este caminho fez sentido porque me permitiu evidenciar as aprendizagens realizadas num sistema em que predomina a auto-regulação” (Q16). “Podemos planear o que queremos, é um método de

aprendizagem criativo, que fomenta a responsabilização e a autonomia do aluno o que resulta em grande aprendizagem” (Q33).

Consideramos, desta forma, que o caminho, embora um pouco enevoado no início, se foi revelando, a cada etapa, numa construção pessoal geradora de aprendizagens, promotora do desenvolvimento de competências gerais e específicas, que fez todo o sentido porque foi liderada pelo estudante.

2. Que sentido fizeram as etapas e como foram vivenciadas?

Para perceber como foram vivenciadas as várias etapas do caminho, a sua lógica e pertinência, perguntámos se alguma etapa estaria em falta ou em excesso, bem como quais os pontos mais fáceis e mais difíceis do caminho e as razões que fundamentavam essa opinião.

O que retirava?

Da análise desta questão observamos que 95% dos estudantes não alteravam nada no processo. É de salientar que esta resposta não se fica por um “sim” ou “não” mas que, tal como solicitado, tem uma fundamentação: *“Nenhuma etapa estava a mais, foram necessárias todas as etapas para haver um fio condutor.” (Q20) “Julgo que tudo foi muito bem pensado e organizado, não consigo imaginar outra forma de o fazer.” (Q21); “Após o percurso percorrido, tudo fez sentido e cada etapa conduziu e clarificou a próxima, revelando ser uma mais-valia neste processo de aprendizagem, assim como uma preparação para as mudanças que vão ser implementadas na nossa profissão.” (Q27) “Não penso que houvesse nenhuma etapa a mais, porque todas foram importantes e necessárias para o nosso ‘amadurecimento’ como pessoas e como profissionais.” (Q32)*



Relativamente ao que poderia ser retirado, um estudante refere que *“algumas aulas de concepções e perspectivas foram monótonas e seriam melhor aproveitadas se fossem substituídas por aulas de ética” (Q3).* Outro estudante refere: *“só retirava mesmo o número elevado de alguns trabalhos não relacionados com o PDC, porque nos impediram de estarmos mais disponíveis para a reflexão e para apreciar o resto das aprendizagens, o que seria perfeito” (Q13).*

Por esta avaliação, podemos considerar que os estudantes compreenderam e reconheceram a importância de cada etapa e o valor da reflexão efectuada. As sugestões que surgem não são relativamente a etapas, mas à organização de algumas aulas ou à carga de trabalho.

O que acrescentava?

Para 92,5% dos participantes não haveria nada a acrescentar neste caminho. Tal como é dito: *“Penso não ser necessário mais nenhuma etapa, estas são as suficientes para que o estudante entenda e elabore o seu projecto” (Q8).* *“O ciclo completou-se: tudo esteve interligado e tudo foi importante” (Q13); “O Projecto faz sentido com as etapas que teve e com a sequência em que ocorreu” (Q36).*

Quando analisamos as respostas relativamente ao que os estudantes pensam que poderia ser acrescentado, verificamos que não se referem a etapas, mas ao desenvolvimento de instrumentos ou recursos:

- "Desenvolvia mais o jornal de aprendizagem" (Q1)
- "Desenvolvia mais as aulas de ética" (Q3)
- "Daria treino de assertividade" (Q19)

Qual foi a etapa mais difícil?

Na resposta a esta questão o grupo é unânime (n=39) em considerar que a etapa mais difícil foi a de diagnóstico. Ao explorarmos as razões desta afirmação encontramos essencialmente quatro ordens de factores: a novidade de alguns conceitos ou metodologias, a adaptação ao trabalho académico, a dificuldade em fazer reflexão sobre a prática quotidiana e a percepção da complexidade do trabalho solicitado (tal como se apresenta no **Quadro 2**).

Tal como se pode verificar, o factor mais apontado como dificultador da etapa de diagnóstico é o desconhecimento de alguns conceitos ou metodologias. Por

Categorias	Sub-categorias
Desconhecimento/novidade de conceitos ou metodologias (n=29)	<ul style="list-style-type: none"> •Conceito/metodologia de reconhecimento de aquisições experienciais (n=15) •Construção de um portfólio (n=13) •Conceito das competências dos enfermeiros de cuidados gerais (n=1)
Adaptação ao trabalho académico (n=20)	<ul style="list-style-type: none"> •Ser o primeiro trabalho do curso (n=9) •Sobreposição de trabalho de outras disciplinas (n=3) •Falta inicial de agilidade de pensamento (n=4) •Dificuldade de fazer fundamentação/aprofundamento teórico (n=4)
Reflexão sobre a prática (n=9)	<ul style="list-style-type: none"> •Dificuldade em valorizar experiências pessoais (n=6) •Dificuldade em fazer análise crítica da prática (n=3)
Complexidade do trabalho que era solicitado (n=9)	<ul style="list-style-type: none"> •Encontrar situações que evidenciem múltiplas competências (n=6) •Extensão e profundidade requerida (n=2) •Sensação de trabalho inacabado (n=1)

Quadro 2 - Análise de conteúdo das respostas à questão "Porque é que a 1ª fase foi a mais difícil do processo?"

outras palavras, podemos dizer que muitos estudantes nunca ouviram falar de reconhecimento de aquisições experienciais e, por isso mesmo, não sabem como se faz.

- "Foi o primeiro impacto com uma série de assuntos que eram completamente

novos para mim e alguns completamente desconhecidos" (Q36);

- "Foi o primeiro contacto com esta metodologia que foi novidade para mim, a forma como fazer esse reconhecimento." (Q5)

- "Realizar o 1º portfólio foi a etapa mais difícil, para conseguir perceber o que era pretendido nesta fase. O facto de ser muito vago, sem regras estritas dificultou a tarefa." (Q14)

- "Nunca tinha ouvido falar de portfólio em enfermagem, não percebia como é que as duas coisas se podiam interligar." (Q25)

O segundo factor mais enunciado é o de os estudantes estarem ainda numa fase de adaptação ao trabalho académico, essencialmente na dificuldade em dar resposta a um trabalho que exige pesquisa e enquadramento teórico, numa fase em que muitos estão a voltar à escola, depois de muitos anos. Conforme é referido "Como foi o primeiro trabalho do curso, talvez fosse o mais difícil" (Q12); "mentalmente ainda estava um pouco enferrujada" (Q1); "ainda faltava agilidade no meu raciocínio" (Q3) e "o meu tutor queria enquadramento teórico de todas as competências" (Q33).

A dificuldade em reflectir sobre a prática e a exigência do trabalho a realizar foram os outros dois factores dificultadores identificados pelos estudantes. "Fazer o reconhecimento de aquisições experienciais foi muito trabalhoso (extenso), porque tive que reflectir sobre inúmeras situações ao longo da minha vida profissional, onde pudesse demonstrar o máximo de competências possíveis." (Q37) "Senti dificuldade de reflectir sobre as minhas experiências de valorizar as minhas acções" (Q2); "É preciso rodar 360º à nossa volta" (Q38); "Parecia uma obra inacabada" (Q6).

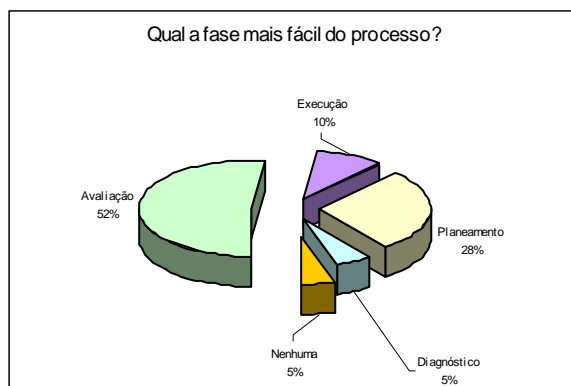


Gráfico 1 - Distribuição das respostas pelas fases consideradas mais fáceis

Qual foi a etapa mais fácil?

Embora alguns estudantes (n=2) tenham considerado que não houve etapas fáceis neste processo, todos os outros identificam alguma das 4 etapas: diagnóstico, planeamento, execução ou avaliação, conforme se pode ver no Gráfico 1. As razões que levam a apontar determinada fase como sendo a mais fácil, são analisadas no **Quadro 3**.

Conforme podemos verificar, há diferentes **factores facilitadores** encontrados nas diferentes fases:

a) Fase de diagnóstico - "Portfólio de reconhecimento de aquisições

Categorias	Sub-categorias
Portfólio de reconhecimento de aquisições experienciais (n=2)	Dá prazer realizar um processo de auto conhecimento (n=2)
Contrato de aprendizagem (n=11)	Depois do diagnóstico estar feito é fácil elaborar estratégias para atingir os objectivos (n=9) Recorre-se a raciocínio dedutivo, mais fácil que o indutivo (n=1) Auto-controle do processo (centrado no estudante) (n=1)
Execução do contrato de aprendizagem (n=4)	Ser apenas a execução do que se planeou (n=3) Motivação relacionada com o auto-controle do processo (n=1)
Portfólio final de competências (n=20)	Ser o culminar de um processo cuja sequência é lógica (n=4) Ser um trabalho de síntese/balanco retrospectivo (n=10) Os estudantes já sabiam o que era esperado (n=3) Os estudantes já possuem competências de reflexão crítica (n=3)

Quadro 3 - Factores de dificuldade do processo

experienciais" - Apenas dois estudantes (5%) referiram a primeira fase como sendo a mais fácil. Pode parecer contraditório haver quem considere esta fase a mais fácil, se anteriormente todos a consideraram mais difícil. No entanto,

aquilo que é referido nos questionários é "Depois de perceber o que é que era para fazer foi fácil, porque foi o facto de eu descobrir que tinha recursos e competências que fez com que eu hoje chegasse ao fim" (Q29); ou então, como é dito noutro questionário: "Depois de compreender o que era esperado, foi fácil, por dar prazer fazer um processo de auto-conhecimento" (Q14). Assim, podemos considerar que, ultrapassada a dificuldade em perceber o que é o reconhecimento de aquisições experienciais, tornou-se fácil, pois tratava-se de fazer um processo de auto-conhecimento, que era gerador de prazer e satisfação porque, através dele, os enfermeiros descobriram competências que possuíam e sentiram alguma valorização pessoal pelo facto de o terem conseguido.

b) fase de planeamento - "Contrato de aprendizagem" - Para 28% dos estudantes a elaboração contrato de aprendizagem foi a fase mais fácil do projecto de desenvolvimento de competências e os factores identificados estão relacionados com a maior objectividade do processo, o recurso a um raciocínio mais dedutivo (e, por conseguinte, mais compatível com alguns estilos de aprendizagem) e o facto de serem os próprios a decidir quais as estratégias que queriam usar para desenvolverem as suas competências pessoais. "Dada a clareza do que se pretendia atingir (que era o alcançar de algumas competências) foi fácil elaborar estratégias para atingir os objectivos" (Q5); "Já tínhamos o ponto de partida, o caminho já estava aberto" (Q28); "Foi mais fácil porque era um raciocínio mais dedutivo" (3). "Estava na minha mão escolher qual o melhor método para atingir as competências não adquiridas" (Q7).

c) fase de execução - para 10% dos estudantes a fase mais fácil foi a de execução do contrato de aprendizagem

uma vez que, como afirmam, *"agora o caminho estava traçado, era só fazê-lo"* (Q25). Esta afirmação pode estar relacionada com o facto de poder ser mais fácil "fazer" do que "pensar", com a objectividade do processo ou estar também relacionada com o segundo factor facilitador, ou seja, com a existência de motivação para esta etapa, relacionada com o facto de o estudante estar a fazer aquilo que escolheu fazer: *"Havia motivação para fazer o caminho que tracei"* (Q37).

d) Fase de avaliação "Portfólio final de competências" – finalmente, para a maioria dos estudantes (52%), a fase mais fácil foi a da elaboração do trabalho final, de compilação, auto-avaliação e reflexão. Uma das razões apontadas prende-se com o facto de os estudantes já possuírem mais competências do que as que tinham no início do curso. Como eles próprios afirmam: *"Ao fim de alguns meses do curso, depois da realização de vários trabalhos e momentos de avaliação, foi mais fácil para mim definir os meus objectivos e concretizá-los. O meu método de trabalho já estava mais definido e as ideias mais amadurecidas"* (Q39); *"A última fase foi a mais fácil. Adquiri a competência de reflectir e de escrever sobre o que penso e reflecto"* (Q9). Neste sentido, o facto de ser uma etapa de "encerramento" – *"pelo facto de ser o concretizar de um percurso que se prolongou por 9 meses e o culminar de todo o trabalho"* (Q4) – num processo que tem um sentido, no qual os estudantes fizeram análise dos seus percursos e se encontraram, torna-se fácil, porque clara e conclusiva. Como é afirmado, *"Eu já me tinha encontrado, e sabia o sentido a dar ao meu percurso. A partir daí tudo fica mais fácil e menos doloroso"* (Q32).

Também o facto de ser o olhar para trás, para fazer uma síntese e reflexão final – *"A avaliação do percurso efectuado, porque consistiu num balanço*

retrospectivo desse meu percurso, com a apresentação dos meios de prova" (Q8); *"Só necessitei de descrever e reflectir sobre o percurso efectuado"* (Q33) –, bem como o facto de os estudantes já saberem o que era esperado, uma vez que já sabiam o que é um portfólio e como é que se podem evidenciar e reflectir sobre as competências, foi também um factor facilitador desta etapa: *"O Portfólio permitiu desenvolver e reflectir competências de uma forma mais harmoniosa porque já sabíamos o que nos esperava"* (Q11).

Em síntese, como muito bem explica um dos estudantes, esta última etapa foi mais fácil porque *"Tudo seguiu uma sequência lógica. Cada passo à frente foi mais fácil, porque existia mais conhecimento, mais entendimento e simplesmente porque fez muito sentido. As etapas... o caminho... o percurso... foi tudo sendo cada vez mais compreendido e acontecia naturalmente"* (Q36).

3 – Resultados da aprendizagem

Para além das vivências do processo, um dos nossos objectivos era, também, avaliar que impacto teve este processo nos resultados da aprendizagem. Por isso, formulámos duas questões perguntando quais foram as suas aprendizagens ao longo do processo e em que medida os estudantes ficaram satisfeitos com os resultados. Passamos seguidamente a analisar cada uma delas.

Categorias	Sub-categorias
Aprendizagens gerais (n=7)	Desenvolvimento pessoal Desenvolvimento profissional
Desenvolvimento de competências específicas (n=32)	Conhecimentos Capacidades Atitudes/comportamentos

Quadro 4 – Quais as aprendizagens efectuadas?

a) As aprendizagens efectuadas

Relativamente a este tópico, encontramos duas categorias de respostas, podendo de certa forma considerá-las como genéricas e específicas, tal como passamos a apresentar no **Quadro 4**.

Por outras palavras, alguns estudantes (18%) referem que aprenderam muito, com profissionais e como pessoas, enquanto que outros (82%) explicitam de forma mais objectiva essas aprendizagens, sob forma de competências ou elementos de competências.

Relativamente às aprendizagens gerais, o que podemos verificar é que os estudantes consideraram o processo como uma mais-valia geral, tanto ao nível pessoal como profissional: *"Posso dizer que aprendi, aprendi imenso. Depois de muitos anos sem me dedicar tão a fundo aos estudos constatei que gostei imenso e que não vou parar, agora é sempre em frente. Cresci como pessoa e como profissional"* (Q21).

No que diz respeito às aprendizagens específicas, pela riqueza do conteúdo considera-se valer a pena apresentar as unidades temáticas identificadas dentro de cada uma das sub-categorias – conhecimentos, capacidades e atitudes/comportamentos – agrupadas desta forma face ao referencial teórico que

Sub-categoria	Unidades temáticas
Capacidades	<p>Relacionada com a auto-análise: Reconhecer vivências e experiências (n=1) Identificar competências (n=7) Reconhecer e utilizar os seus recursos internos (n=2) Auto-avaliação (n=1) Consciência de si (n=1)</p> <p>Relacionada com a análise da prática quotidiana: Reflexão crítica sobre a prática quotidiana (n=23) Planear mudanças no seu desempenho (n=3) De analisar e desenvolver competências (n=3) Superar obstáculos internos e externos (n=2)</p> <p>Relacionadas com a valorização profissional/pessoal Realizar auto-formação ao longo da vida (n=7) Evidenciar o valor do seu trabalho (n=5)</p> <p>Relacionadas com o desempenho profissional/pessoal Pesquisa de informação (n=4) Planeamento (n=4) Investigação (n=2) Transferência de conhecimentos (n=2) Relacionar a teoria com a prática (n=5) De relacionamento com outros (n=1) Escrita (n=1) Gestão de tempo (n=1)</p>

Quadro 6 – Capacidades adquiridas/desenvolvidas

utilizamos (Guy le Boterf, 1990) e que passamos a apresentar nos **Quadros 5, 6 e 7**.

Sub-categoria	Unidades temáticas
Atitudes	Auto-observação/ auto-crítica (n=7) Procura da excelência (n=5) Auto-valorização (n=4) Outro olhar sobre a prática/ sobre a profissão (n=4) Segurança/auto-confiança, (n=2) Serenidade (n=1) Maturidade (n=1) Maior motivação (n=1)

Quadro 7 – Atitudes desenvolvidas

Neste quadro podemos verificar que os conhecimentos mais referenciados são mesmo os conhecimentos sobre o conceito de competência e sobre as competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Muitos destes enfermeiros nunca tinham sequer lido o documento de referência e a maioria não tinha reflectido sobre ele.

Sendo uma ferramenta essencial ao exercício profissional dos enfermeiros, poderemos afirmar que, se mais conhecimentos não tivessem sido adquiridos, pelo menos todo o grupo ficou a conhecer, ou melhor dizendo, interiorizou, o conceito de competências de enfermeiros de cuidados gerais e analisou os documentos que regulam o

Sub-categoria	Unidades temáticas
Conhecimentos	<p>Relacionados com as competências/exercício profissional: Competências dos enfermeiros de cuidados gerais (n=9) Conceito de competência (n=5) Maior conhecimento sobre a profissão (n=4) Código deontológico (n=3) Investigação (n=2) Empowerment (n=1) Ética (n=1) Gestão (n=1) Informática (1)</p> <p>Relacionados com auto-avaliação: Maior conhecimento sobre si mesmo (n=8) Como descobrir os seus recursos internos (n=4) A importância da reflexão (n=2) Descobrir o sentido do seu cuidar (n=1)</p> <p>Relacionados com metodologias de aprendizagem O que é um portefólio (n=7) O que é um contrato de aprendizagem (n=2) O que é narrativa biográfica (n=2)</p>

Quadro 5 – Conhecimentos adquiridos

exercício profissional da enfermagem em Portugal.

Na segunda linha de conhecimentos mais referidos vêm os que dizem respeito ao conhecimento de si, como pessoa e como enfermeiro, e o conhecimento consciente da enfermagem que pratica, o que é evidentemente uma mais valia importante, diremos mesmo indispensável, ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Não é de desprezar também a terceira vertente de conhecimentos adquiridos: as metodologias de ensino/aprendizagem, que constituem ferramentas essenciais para que os estudantes prossigam num percurso de desenvolvimento pessoal.

Da análise que podemos fazer deste quadro, aquilo que mais se evidencia é o desenvolvimento da capacidade de reflectir sobre a prática quotidiana, o que nos parece fazer todo o sentido, não só porque esse era um dos nossos objectivos com o Projecto de Desenvolvimento de Competências, como também porque temos consciência de que essa é uma capacidade essencial, sem a qual não se pode evoluir individualmente nem trabalhar no sentido de melhorar as práticas e os cuidados de enfermagem. Dentro das atitudes desenvolvidas, salientamos o desenvolvimento de um olhar crítico, sobre si e sobre a prática, de uma atitude de auto-observação consciente e de procura da excelência.

b) Satisfação com os resultados - Da análise dos questionários verificamos que 100% dos inquiridos expressam satisfação muito positiva que relacionam com 5 factores (**Quadro 8**).

A satisfação obtida tem assim relação directa com as aprendizagens efectuadas, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal, mas

Categorias	Sub-categorias
Relacionada com as aprendizagens efectuadas	Desenvolvimento pessoal (n=9) Ver uma utilidade real das aprendizagens na prática (n=5) Desenvolver competências que podem contribuir para ajudar outros colegas (n=2) Sentir-se mais competente (n=1) Sentir-se preparada para novos desafios (n=1)
Relacionada com a concretização de objectivos pessoais	Concretização de objectivos pessoais (n=5) Superação das dificuldades (n=2) Concluir o curso (n=1) Obter a licenciatura (n=1)
Relacionada com o auto-controle do processo	Ter definido o próprio caminho (n=2)
Relacionada com a socialização	A interacção com colegas e professores e o renascer de coisas esquecidas que fazem falta para manter a saúde mental (n=1)
Relacionada com a metodologia	Relacionada com a metodologia de portfólio (n=1)

Quadro 8 – Satisfação dos resultados

salientando-se também o facto de os estudantes terem reconhecido uma utilidade prática nas suas aprendizagens, não só para si mesmos como também para os colegas dos serviços em que trabalham.

Outra vertente da satisfação advém do facto de terem tido sucesso num caminho que se propuseram percorrer, superando dificuldades do percurso, verificando-se também que alguns estudantes apontam que a essa satisfação não é alheio o facto de serem eles próprios a liderar o caminho e de terem realizado um portfólio de competências profissionais.

"Fiquei muito satisfeita com os resultados da aprendizagem, porque as aprendizagens foram muitas e muito importantes. Acho importante ressaltar que este processo foi também importante para toda a equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções, porque à medida que o fui realizando fui transmitindo as minhas dificuldades e as minhas conquistas a todos os elementos. Também eles aprenderam com todo o processo" (Q5)

"Os resultados foram excelentes, verifiquei que quando quero posso ir mais longe e ser cada vez melhor, para minha valorização pessoal. Julgo que num futuro próximo vai ser de uma mais valia todo este processo e caminho que percorri, talvez para ajudar também outros." (Q21)

"Primeiro fez-me reconhecer e adquirir recursos que para mim estavam esquecidos, inertes e desvalorizados. Depois porque reflectir neste percurso de aprendizagem fez-me sentir orgulhosa, actualizei conhecimentos e competências, adquirei novos, investi em mim, auto-valorizei-me e consegui terminar este complemento com satisfação e realizada." (Q27)

"Para mim, mais importante do que as notas saídas nas pautas foi o desenvolvimento que consegui como pessoa e como profissional. Consigo ver de uma outra forma a minha prática quotidiana na arte de cuidar do outro. Aquilo que eu vivi e senti ao longo destes meses foi tão intenso e marcante que se tornou uma experiência formadora. Foi igualmente gratificante porque consegui apreender o verdadeiro sentido da 'complexidade humana' ". (Q33)

IV. A tutoria

Neste processo de avaliação do percurso, quisemos avaliar também qual a percepção que os estudantes tiveram da pertinência do modelo de acompanhamento por tutoria e de como se sentiram na relação com o seu tutor.

As avaliações não se reportam a tutores específicos, uma vez que os questionários não eram identificados. No entanto, alguns estudantes mencionaram de forma explícita o nome do tutor ou assinaram o questionário. Contudo, como não é nosso objectivo personalizar a avaliação, esses dados ficam omitidos, para salvaguardar a confidencialidade de todo o processo.

Assim, colocámos três questões abertas, a primeira das quais perguntava se o estudante tinha considerado o acompanhamento por tutoria a forma mais adequada de supervisão do processo e porquê. As outras duas eram, respectivamente, sobre o que mais e o

que menos tinha apreciado no seu tutor.

O modelo de supervisão por tutoria

Conforme foi referido pelos estudantes, a supervisão por tutoria permite um acompanhamento directo, flexível e personalizado dos estudantes, para que cada um possa escolher o seu próprio caminho, contando com apoio para a reflexão e para a tomada de decisão (análise no **Quadro 9**). Como é referido:

Categorias	Sub-categorias	n
Adequação à formação de adultos	É uma forma de orientar sem direccionar	3
	É um modelo muito adequado à formação de adultos	2
Facilitação do desenvolvimento do projecto	Permite desmistificar o processo	7
	Acompanha e dá segurança no decorrer do caminho	5
	Constitui um recurso para o esclarecimento de dúvidas	3
	Ajuda a estabelecer objectivos e a cumprir prazos	2
	Favorece a reflexão	1
	Contribui para a gestão de tempo	1
Personalização	Permite um acompanhamento próximo e personalizado dos estudantes	1 3
	O tutor constitui-se como uma pessoa de referência	3
	A fidelização de um grupo a um tutor ajuda a manter uma orientação constante e a evitar contradições	1
Facilitação da avaliação	Facilita a avaliação	1
	A avaliação torna-se mais justa	1

Quadro 9 – Modelo de supervisão por tutoria

"Considero excelente este acompanhamento que permite que individualmente o estudante adquira os conhecimentos e as suas competências orientado e balizado pelo tutor. Parece-me o mais adequado para adultos" (Q28). De facto, a adequação à formação de adultos foi um dos pressupostos tidos em conta nesta opção formativa, na qual o docente não é o que ensina, mas o que ajuda a construir um caminho: "A tutoria é muito importante. Existe um acompanhamento por um enfermeiro mais experiente, sem se impor, deixando-nos opções para conduzirmos o nosso crescimento pessoal e profissional" (Q15). Tal como refere outro estudante: "É uma forma de supervisionar mas sem o controle absoluto. Orienta e não direcciona" (Q14).

Categoria	Sub-Categorias	Unidades temáticas	n
Conhecimentos (n=1)	Específicos (n=1)	Cuidados de saúde primários	1
Capacidades (n=77)	Cognitivas (n=4)	Sabedoria	1
		Perspicácia	1
		Profundidade de análise	1
		Sentido crítico	1
	Comunicação (n=18)	Clareza	5
		Assertividade	5
		Empatia	5
		Escuta	4
		Objectividade	3
	Supervisão pedagógica (n=37)	Dar reforço positivo	8
		Orientar na tomada de decisão	7
		Apoio efectivo	5
		Desdramatização do processo	5
		Interesse pelo estudante	4
		Esclarecimento de dúvidas	4
		Respeitar os prazos	2
		Simplificar as tarefas difíceis	1
	Relação interpessoal (n=18)	Dar sugestões pertinentes	1
		Ser flexível	6
		Respeito pelo estudante	5
Ser "porto de abrigo"		2	
Reconhecimento do valor do estudante		2	
Permitir liberdade de expressão		1	
Permitir liberdade de escolha		1	
Atitudes e valores (n=38)	Atitudes (n=32)	Ser oportuna na crítica	1
		Disponibilidade	27
		Confiança no estudante	2
		Equidade na orientação	1
		Coerência	1
	Valores (n=6)	Espontaneidade	1
		Sinceridade	2
		Dignidade	1
		Humanidade	1
		Modéstia	1
Características da personalidade (n=20)	Características da personalidade (n=20)	Sentido de justiça	1
		Simpatia/Boa disposição	7
		Calma	5
		Simplicidade	3
		Sensibilidade	2
		Dinamismo	1
		Sensatez	1
Amabilidade	1		

Quadro 9 – Modelo de supervisão por tutoria

Categorias	Sub-categorias	n
Adequação à formação de adultos	É uma forma de orientar sem direccionar	3
	É um modelo muito adequado à formação de adultos	2
Facilitação do desenvolvimento do projecto	Permite desmistificar o processo	7
	Acompanha e dá segurança no decorrer do caminho	5
	Constitui um recurso para o esclarecimento de dúvidas	3
	Ajuda a estabelecer objectivos e a cumprir prazos	2
	Favorece a reflexão	1
	Contribui para a gestão de tempo	1
Personalização	Permite um acompanhamento próximo e personalizado dos estudantes	1 3
	O tutor constitui-se como uma pessoa de referência	3
	A fidelização de um grupo a um tutor ajuda a manter uma orientação constante e a evitar contradições	1
Facilitação da avaliação	Facilita a avaliação	1
	A avaliação torna-se mais justa	1

Quadro 10 – O que mais apreciou no seu tutor

Categoria	Sub-Categorias	Unidades temáticas	n
Capacidades	Comunicação	Falta de clareza	2
Atitudes e valores	Atitudes	Pouco disponível	6
		Pouco pontual	1
		Tentativa de influenciar as escolhas do estudante	1

Quadro 11 – O que menos apreciou no seu tutor

Para além de ser uma metodologia adequada à formação de adultos, para os estudantes este modelo de acompanhamento constitui-se como um factor indispensável para todo o desenvolvimento do processo, o que para alguns deles é muito claro: *"Considero que este tipo de trabalho necessita sempre de um acompanhamento por tutoria, o estudante precisa sempre de alguém que o oriente. Este é um trabalho difícil e que imprescindivelmente terá que ter alguém que o conduza"* (Q8); *"Não imagino outra forma de fazer o processo"* (Q7).

Outro factor reconhecido pelos estudantes foi o da possibilidade de cada um ser considerado como pessoa e profissional único e, por isso, com necessidades de desenvolvimento diferentes, pelo que o regime de tutoria permite que cada estudante siga um caminho diferente. Como é referido: *"Permite adaptar as nossas necessidades*

de aprendizagem, personalizar..." (Q18); *"tendo uma pessoa de referência é mais fácil para o aluno expor dúvidas, dificuldades, pedir ajuda; é uma supervisão adequada e personalizada"* (Q39).

"A tutoria é imprescindível, porque este tipo de trabalho envolve um percurso individual que necessita de um acompanhamento especial. O Tutor ajuda a aprender, está connosco a cada passo, esclarece dúvidas, ajuda a reflectir, auxilia nas escolhas que fazemos e apoia cada fase com conhecimento, disponibilidade e competência." (Q36)

Um dos estudantes usa uma forma particular de se referir à tutoria: *"Considero que é esta a forma adequada de supervisão. De uma forma metafórica comparo o tutor àquele agricultor que antes de semear e fazer a colheita se dedica com carinho à preparação da terra, quando lava. E quando lança as sementes é de uma forma cuidada,*

respeitando-as já por serem a fase inicial dos frutos que irão colher meses mais tarde.” (Q32)

Finalmente, é referido também pelos estudantes que a avaliação se torna mais fácil e mais justa. *“Como o tutor pode constatar todo o caminho desenvolvido pelo aluno, torna a avaliação mais justa.” (Q22)*

Apreciação do tutor

Para compreender quais os aspectos mais valorizados no exercício da tutoria, perguntámos aos estudantes o que mais apreciaram e o que menos apreciaram no respectivo tutor. Nos **Quadros 10 e 11** apresentamos a análise das respostas. De uma forma geral, poderemos dizer que a forma como os estudantes viram os seus tutores e aquilo que neles valorizaram está de acordo com o modelo do professor que não ensina mas ajuda a aprender, uma vez que os conhecimentos ou capacidades cognitivas são aquilo que menos é referido. Em vez disso, sobressaem as capacidades relacionais e de supervisão pedagógica, bem como comportamentos e atitudes reportados a valores de conduta.

Da análise deste quadro, podemos

verificar que aquilo que os estudantes menos apreciaram foi a falta de disponibilidade de alguns tutores, relacionada com a pouca receptividade ao contacto com o estudante ou, simplesmente, pela dificuldade em conciliar agendas, ou ainda porque os estudantes gostariam de ter tido ainda mais reuniões de tutoria do que aquelas que tiveram. Tal como diz um dos estudantes, *“Por vezes a falta de disponibilidade e pouco esclarecimento em relação a alguns pontos em diferentes fases do projecto. Senti que nem sempre a orientação era muito esclarecedora.” (Q23)*

V - Sugestões Gerais:

Deixámos, no final do questionário, um espaço para que o estudante pudesse dar sugestões de forma a melhorar o processo e os resultados. Da análise das respostas, destacamos sugestões quanto à organização do curso, à organização do projecto e à orientação em tutoria (**Quadro 12**).

No que diz respeito à articulação do projecto no âmbito do curso, os estudantes sugerem apenas um equilíbrio na calendarização que permita maior disponibilidade no 1º semestre,

Categorias	Sub-categorias	n
Gestão do curso	Aliviar a carga horária e de outros trabalhos no 1º semestre, para poder aprofundar a reflexão em PDC	6
	Alargar o acompanhamento por tutoria a outras disciplinas	1
Gestão do PDC	O primeiro portfólio não deveria ser tão exaustivo	1
	O período entre o fim das aulas de competências e a entrega do 1º portfólio deveria ser maior, para dar mais tempo para a reflexão	2
	Fazer partilha de experiências para o próximo grupo	1
	Implicar também os enfermeiros-chefes dos serviços neste processo	1
Tutoria	Maior uniformidade na orientação entre vários tutores, sobretudo na fase inicial	7
	Mais tutoria individual, com agendamento programado	3
	O acompanhamento exclusivamente por e-mail é insuficiente	1
	Tutoria mais “intensiva”, na fase inicial	1

Quadro 12 – Sugestões de melhoria

que é a fase por eles considerada mais difícil, como já foi constatado atrás. É também sugerido que o acompanhamento por tutoria seja alargado a outras disciplinas do curso.

Relativamente ao desenvolvimento do Projecto de Desenvolvimento de Competências, as sugestões vão também no sentido de tentar equilibrar o trabalho no 1º semestre, tornando um pouco menos exaustivo o 1º portfólio e dilatando o período de tempo para a reflexão.

Quanto à tutoria, podemos verificar que os estudantes sentiram que deveria haver mais uniformidade na orientação entre tutores, sobretudo na fase inicial, e que poderia haver mais tempo para tutoria, nomeadamente individual.

Como diz um dos estudantes, deveria *"haver maior concordância de ideias entre todos os tutores. Percebo que foi a 1ª experiência em termos deste percurso e em termos de portfólio de competências neste curso e nesta escola e que vários caminhos são possíveis para chegar à mesma meta mas pude perceber por alguns casos ocorridos que alguns tutores valorizavam mais uns objectivos e outros, outros objectivos. Isso trouxe algumas confusões e dúvidas durante este percurso"* (Q30). Mas para a maioria dos estudantes o processo correu da melhor forma:

"Considero que a tutoria é a forma mais adequada para a supervisão deste tipo de trabalho porque nos reportamos a uma só pessoa, não existindo formas diferentes de desenvolver o projecto e, por isso, não existindo orientações contraditórias. Não tenho sugestões para melhorar o processo, porque tanto o projecto como o seu desenrolar, como o seu acompanhamento não deveriam, quanto a mim, sofrer qualquer alteração. Fez-me todo o sentido e acho que a sua realização é uma mais valia para qualquer enfermeiro. Bem sei que não

trago qualquer novidade, mas acho que essencialmente neste ponto, a coordenação do curso está de parabéns. Obrigada!" (Q5)



Conclusão

Ao percorrer a análise da vivência dos estudantes algumas linhas de força emergem e que vale a pena reter:

- O percurso tem mais valias consideráveis, tanto do ponto de vista da reflexão individual como colectiva, tanto na descoberta como apropriação de práticas e conceitos.
- O mais difícil é começar! No início o caminho parece envolto nalguma neblina: é um caminho pouco previsível, mais dependente do controle do estudante, mas, por isso mesmo ao mesmo tempo que gera alguma insegurança é também promotor da autonomia individual uma vez que cada um chega onde quiser chegar. Por isso, também é promotor da satisfação pessoal e profissional.
- A frase "o caminho faz-se a caminhar" é adequada para descrever este processo: à medida que se vai percorrendo o caminho vai fazendo mais

sentido, a neblina vai-se dissipando e o horizonte fica mais claro;

- O processo permite uma consciência de si enquanto enfermeiro e enquanto pessoa;

- A tutoria é uma forma adequada de acompanhar todo o processo, na medida em que ajuda o estudante a ser agente do seu próprio desenvolvimento. O que mais é valorizado no tutor é a relação e supervisão pedagógica acompanhando o estudante na sua evolução e na sua reflexão, deixando-o livre para fazer as suas escolhas.

- O processo é, em si mesmo, promotor da aquisição e desenvolvimento de competências.

Parece por isso que este caminho foi uma aposta adequada dentro do trabalho que nos propusemos desenvolver, considerando que o mesmo deve ser aprofundado, melhorado, podendo constituir uma opção consciente no contexto da formação ao longo da vida na procura da excelência no ensino e no desenvolvimento profissional.

Referências:

- Bardin, Laurence (1995) Análise de conteúdo. Lisboa : Edições 70, 1995 , 225 p.
- Benner, Patricia (2001) De iniciado a perito : excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2001 , 294 p.
- Chalifour, Jacques (1993). Enseigner la relation d'aide. Gaëtan Morin éditeur. 193p.
- Formarier, M (1991) Analyser oui, mais comment? Recherche en Soins Infirmiers. - nº. 26 (Sept. 1991), p.5-8
- Josso, M-C. (1992). Demande de Formation, projet professionnel. Paris : L'Harmattan.
- Le Boterf, G (1995) De la compétence: essaie sur un attracteur étrange Paris: Les Éditions d'Organisation, 1995 , 175 p.
- Le Boterf, G (1999) Compétence et

navigation professionnelle. Paris: Éditions d'Organisation, 1999 , 324 p.

- Le Boterf, G (2004) Construire les compétences individuelles et collectives : la compétence n'est plus ce qu'elle était. Paris: Éditions d'Organisation, 2004 , 244 p.

- Landry, F. (1989) Apprendre par l'expérience. Education Permanente. 100/101 p.123

- Landry, F. (1989) La formation expérientielle : origines, définitions et tendances. Education Permanente. 100/101 p.123

- Knowles, M. (1990) L'Apprenant Adulte. Vers un nouvel art de la formation. Paris : Les Éditions d'Organisation.

- Löfmark, A. & Wikblad, K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice. Journal of Advanced Nursing. 34 (1), 43-50.

- Paré, André (1987). Le journal: instrument d'intégrité personnelle et professionnelle. Québec: Centre d'intégration de la personne, 81 p.

- Pineau, G. (1991) La reconnaissance des acquis comme passage-frontière entre le monde des individus et celui des organismes. In Pineau, G., Liétard, B., Chaput, M. Reconnaître les Acquis. Maurecourt : Editions Universitaires. 211-217.

- Scandlan, JM, Chernomas, WM (1997). Developing the reflective teacher. Journal of Advanced Nursing. 25: 1138-1143.

- Vermersh, P. (1989) Expliciter l'expérience. Education Permanente. 100/101 p.123

- Williams, R., Sundelin, G., Foster-Seargeant, E., Norman, G.R. (2000). Assessing the reliability of grading reflective journal writing. Journal of Physical Therapy Education. 14: 23-26

- Williams, R., Wessel, J., Gemus, M., Foster-Seargeant, E. (2002). Journal Writing to promote reflection by physical therapy students during clinical placements. Physiotherapy theory and Practice. 18: 5-15.



Dulce Cabete

Mestre em Psicologia da Saúde
Enfermeira Especialista em
Saúde do Idoso e Geriátrica
Professora Adjunta da ESS-IPS

Email: dcabete@ess.ips.pt

AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO SOBRE A QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Paulo Cruchinho

Resumo

A informação sobre a qualidade do exercício profissional através dos sistemas de informação constitui um assunto pouco abordado pela comunidade académica e científica de enfermagem. Com o objectivo de conhecer a informação contida nos sistemas de informação em enfermagem, face a aspectos da exercício profissional e de prever a qualidade do exercício profissional de enfermagem a partir dessa informação, foi avaliada a presença de informação relacionada com a qualidade do exercício profissional, descrita pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente em relação à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e auto-cuidado e à readaptação funcional. A amostra incluiu 211 diagnósticos de enfermagem de quatro sistemas de informação em enfermagem, em uso em instituições de saúde portuguesas. Para essa avaliação foi utilizado um instrumento de avaliação, construído com base nos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros para a qualidade do exercício e com base na *International Classification of Nursing Practice*. Este estudo permitiu verificar que os sistemas de informação analisados apresentavam baixos índices de informação em termos de satisfação do cliente, de promoção de saúde e de prevenção de complicações e níveis mais elevados de bem-estar e auto-cuidado e de readaptação funcional. Por outro lado, foram identificadas algumas áreas de aperfeiçoamento no futuro, dos sistemas de informação em enfermagem, nomeadamente a 1) documentação dos desejos e preferências do cliente; 2) das actividades nas quais os conviventes significativos poderão ser envolvidos durante o internamento; 3) dos hábitos pessoais que possam ficar alterados; 4) dos estilos de vida do cliente; 5) da promoção dos processos de adaptação; 6) da aprendizagem cognitiva do cliente relativamente a assuntos de promoção de saúde; 7) da utilização de escalas de avaliação; 8) documentação das actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais e 9) informação sobre os recursos na comunidade existentes para dar continuidade aos cuidados prestados.

Palavras-chave: sistemas de informação em enfermagem, satisfação do cliente, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional.

O crescente aumento da utilização dos sistemas de informação na saúde, tem levado os profissionais de enfermagem a uma mudança para um formato de documentação baseado em diagnósticos de enfermagem, em intervenções implementadas e em resultados clínicos atingidos, sustentada pela utilização de uma linguagem classificativa comum, no caso português da ICNP® – *International Classification of Nursing Practice*, e que tem colocado

questão, o impacto da utilização de sistemas de informação na prática clínica de enfermagem.

A revisão da literatura permitiu encontrar poucos estudos que associem a utilização de sistemas de informação e a qualidade da prática profissional de enfermagem. Alguma literatura revela que nem sempre a informação extraída dos sistemas de informação, constitui informação relevante para os clientes dos cuidados de enfermagem, traduzindo por isso a

qualidade dos cuidados de enfermagem. Num estudo desenvolvido por ALLEN (1998), verificou-se que os enfermeiros se sentem pressionados a incluir problemas no planeamento de cuidados do cliente, devido aos objectivos relacionados com a gestão e com a prevenção de litígios. Contrariamente outros apontam para um efeito negativo dos sistemas de informação no planeamento dos cuidados de enfermagem. CURRELL e URQUART (2003) citando uma pesquisa de SPRANZO (2003) que comparou o planeamento manual de cuidados de enfermagem com o mesmo planeamento feito através de sistemas de informação, verificou que o planeamento computadorizado, possuía um efeito negativo na documentação manual do processo de planeamento dos cuidados de enfermagem. Neste estudo não foram encontrados efeitos significativos nos resultados clínicos atingidos, mas foi encontrada uma associação inversa, não significativa, entre a utilização de sistemas de informação e a satisfação do cliente. Num estudo realizado em contexto de cuidados domiciliários, é salientada a influência da utilização de registos mais estruturados na qualidade dos cuidados. Nesse estudo constatou-se que a utilização de protocolos de avaliação para identificar problemas de enfermagem potenciais, permitiu que fossem encontradas algumas diferenças no planeamento dos cuidados, entre os itens identificados através dos sistemas de informação e os itens documentados manualmente. Outras das diferenças encontradas, foi em relação ao aumento da documentação face às intervenções implementadas, sobretudo as decorrentes da prescrição médica (HANSEBO, G., KIHILGREN, M. & LJUNGGREN, G., 1999). Por outro lado, num estudo realizado

para conhecer as alterações na prática de enfermagem e as atitudes dos enfermeiros após a implementação de um sistema de informação, evidenciaram-se como benéficos, uma abordagem mais estruturada da prática de enfermagem e uma maior ênfase das competências profissionais de enfermagem (BJÖRVELL C, WREDLING R, & THORELL-EKSTRAND, 2003). Outros estudos notaram a existência de problemas com a utilização dos sistemas de informação computadorizados, quando o planeamento de cuidados não é propriamente individualizado, sugerindo uma ausência de atenção sobre os aspectos pessoais do cliente (LEE, T., YEH, C. & HO, H., 2002). Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros definiu 6 categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que explicitam a natureza dos diferentes aspectos da profissão de enfermagem em relação à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao auto-cuidado dos clientes, à readaptação funcional e à Organização dos serviços de enfermagem. Este estudo foi desenhado para conhecer em que medida a informação dos sistemas de informação em enfermagem permitem avaliar a qualidade da prática profissional de enfermagem. Definimos como objectivos do nosso estudo: 1) descrever a informação contida nos sistemas de informação face à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado e readaptação funcional; 2) prever a relação entre a informação clínica contida nos sistemas de informação em enfermagem e a qualidade do exercício profissional de enfermagem face à satisfação do cliente, promoção da

saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado e readaptação funcional. Dessa forma, operacionalizamos a qualidade do exercício pelas variáveis de satisfação dos clientes, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e auto-cuidado dos clientes e da readaptação profissional.

O conhecimento da relação entre a informação disponível pelos sistemas de informação em enfermagem e a qualidade do exercício desempenhado pelos enfermeiros, pode dar contributos para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem, que permitam monitorizar a qualidade da prática de enfermagem implementada pelos profissionais junto das populações.

Por último, estabelecemos como hipótese do nosso estudo que os sistemas de informação em enfermagem permitem obter baixos níveis de informação sobre a qualidade da prática de enfermagem.

Método

Amostra

A amostra foi constituída pela informação, presente em sistemas de informação seleccionados através de método de amostragem não probabilística, de conveniência, a partir dos 4 serviços de internamento hospitalar de instituições hospitalares portuguesas, aos quais foi inicialmente solicitado consentimento institucional, garantido anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Foram considerados como critérios de inclusão na amostra: 1) ser um sistema de informação em enfermagem que utilize como linguagem a ICNP® na versão $\beta 2$; 2) ser um sistema de informação constituído por diagnósticos e intervenções de enfermagem. Por outro lado, foram definidos como

critérios de exclusão: 1) diagnósticos de enfermagem que alojassem dentro de si outros diagnósticos mais precisos.

Medidas

Este estudo foi realizado a partir de um *checklist* de verificação que incluía uma única parte para avaliar os conteúdos dos sistemas de informação em enfermagem, em relação a 5 das 6 categorias de enunciados de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem vê responsabilidade profissional de quem toma a decisão, de quem pratica o acto e de quem delega a actividade. Os seus resultados podem variar entre 6 e 12 para um baixo nível de informação, entre 13 e 18 para um moderado nível de informação e entre 19 e 24, para elevado nível de informação.

A avaliação da informação sobre o *bem-estar e o auto-cuidado* teve em conta 6 itens: 1- informação que permite identificar no cliente um problema de enfermagem real; 2 - informação sobre intervenções de enfermagem prescritas dirigidas ao problema identificado; 3 - informação relacionada com a utilização de uma escala de avaliação para ajudar a refinar o diagnóstico, 4 - informação que apenas serve para referenciar o problema para outros profissionais de saúde; 5 - informação sobre as actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais e 6 - informação que identifica a responsabilidade profissional de quem toma a decisão, de quem pratica o acto e de quem delega a actividade. Para esta variável, os resultados variam entre 6 e 12 para um baixo nível de informação, entre 13 e 18 para um moderado nível de informação e entre 19 e 24, para um elevado nível de informação. Como se pode desprender, os 5 últimos itens das variáveis

prevenção de complicações e bem-estar e o auto-cuidado são iguais.

Por último, para avaliar a informação sobre a readaptação funcional, foram incluídos 5 itens de verificação: 1 – informação sobre os recursos da comunidade existentes para assegurar a continuidade do processo de prestação de cuidados na comunidade; 2 – informação sobre a aprendizagem cognitiva dos conviventes significativos em termos de readaptação profissional; 3 – informação sobre a aprendizagem de capacidades dos conviventes significativos em termos de readaptação funcional; 4 – informação sobre a aprendizagem cognitiva do cliente em termos de readaptação funcional e 5 – informação sobre a aprendizagem de capacidades em termos de readaptação funcional. Os resultados variam entre 5 e 10 para a presença de um baixo nível de informação, entre 11 e 15 para a presença de um moderada nível de informação e entre 16 e 20, para a presença de um elevado nível de informação.

Procedimento

Tratou-se de um estudo de investigação com um desenho do tipo quantitativo, observacional-descritivo e transversal.

O estudo foi realizado a partir da identificação de todos os diagnósticos de enfermagem contidos nos 4 sistemas de informação e de todos os respectivos dados complementares ao diagnóstico, que os sistemas permitiam introduzir, assim como de toda a informação que poderia decorrer de cada diagnóstico, designadamente as intervenções de enfermagem.

Cada diagnóstico foi analisado a partir da *checklist* de verificação construído a partir dos cinco enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem face a dois critérios: 1)

presença no diagnóstico em análise, de informação de cada um dos itens da *checklist*; 2) importância da informação de cada um dos itens da *checklist*, na resolução do problema diagnosticado. O *checklist* inicialmente construído possuía 24 itens a pós submissão a uma avaliação de *focus group*, foram excluídos dois itens que caracterizavam a *promoção da saúde* devido à redundância com os outros itens ("*informação que identifica a situação de saúde da população*" e "*informação sobre os recursos do cliente*").

Resultados

Os dados foram introduzidos numa base de dados de Microsoft Excel, tendo os procedimentos estatísticos sido efectuados através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 15.0 para Windows.

Distribuição da informação sobre a qualidade do exercício profissional face à presença e à ausência de informação muito importante

Para obter a distribuição da informação sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem face à presença e à ausência de informação importante, procedeu-se à recodificação dos itens de verificação da *checklist*, em dois passos: primeiro convertendo os itens de verificação "*informação ausente e pouco importante*", "*informação presente e pouco importante*" e "*informação presente e muito importante*" em *missing values*, para isolar todos os itens de "*informação ausente e muito importante*". Depois repetiu-se o procedimento para os itens "*informação ausente e pouco importante*", "*informação ausente e muito importante*", e "*informação presente e pouco importante*", obtendo o isolamento de todos os itens de "*informação presente e muito importante*". Com base nisto,

destacam-se alguns resultados: nenhum diagnóstico evidenciou presença de informação sobre as actividades supervisionadas, delegadas noutros profissionais, apenas 1,8% possuíam informação sobre a promoção da adaptação, 14,2% informação sobre problemas de enfermagem reais, 26,0% de informação sobre a aprendizagem cognitiva dos conviventes significativos em termos de readaptação profissional, 27,9% sobre as capacidades do cliente a respeitar, 37,4% informação que apenas serve para referenciar o problema a outros profissionais de saúde, 67,2% de informação que permite identificar precocemente problemas de enfermagem potenciais, 83,8% de informação sobre intervenções de enfermagem dirigidas ao problema e 99% dos diagnósticos de enfermagem apresentaram informação que identifica a responsabilidade profissional de quem toma a decisão, de quem pratica o acto e de quem delega a actividade. Por outro lado, 10,4% dos diagnósticos revelaram ausência de informação sobre a aprendizagem de capacidades do cliente em termos de promoção de saúde, 14,2% ausência sobre os estilos de vida do cliente, 21,3% informação sobre a aprendizagem cognitiva do cliente em termos de promoção de saúde, 35,0% informação sobre os desejos e preferências do cliente a ter em conta no planeamento da resolução do problema, 42,1% ausência de informação sobre as atitudes e emoções do cliente face ao problema, 45,9% informação sobre a aprendizagem cognitiva do cliente em termos de readaptação funcional e 54,0% sobre a aprendizagem de capacidades do cliente, 58,2% informação sobre os hábitos pessoais do cliente que podem ficar alterados com o internamento, 59,2% informação sobre a aprendizagem de capacidades dos

conviventes significativos em termos de readaptação funcional, 65,8% de informação sobre o envolvimento dos conviventes significativos no planeamento da resolução do problema e 69,1% de informação sobre os recursos da comunidade existentes para assegurar a continuidade do processo de prestação de cuidados na comunidade **(Ver tabela 1)**.

Estatística descritiva das variáveis satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado e readaptação funcional para a amostra total

Foi verificado que os diagnósticos de enfermagem da amostra total apresentaram baixos níveis de informação para a satisfação do cliente (M=9,73; DP=2,80), baixos níveis de informação sobre a promoção de saúde (M=4,74; DP=1,16), baixos níveis de informação sobre a prevenção de complicações (M=12,2; DP=2,50) e níveis moderados de informação sobre o bem-estar e auto-cuidado do cliente (M=16,6; DP=2,02) e sobre a readaptação funcional do cliente (M=9,91; DP=3,43) **(Ver tabela 2)**.

Preditores da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e o auto-cuidado e da readaptação funcional

Com o objectivo de estudar as variáveis predictoras da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e o auto-cuidado e da readaptação funcional foram efectuadas análises de regressão múltipla a cada uma das variáveis pelo método Enter. A análise de regressão linear múltipla para a satisfação do cliente, fez emergir um modelo significativo [F(6,204)= 90,19; p<0,000], que explicou 72% da variância e identificou como itens preditores com mais peso a "informação sobre as capacidades do cliente a respeitar na resolução do

	<i>Ausência de informação importante</i>		<i>Presença de informação importante</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Item_01 - Informação sobre as capacidades do cliente a respeitar na resolução do problema	055	26,0%	059	27,9%
Item_02 - Informação sobre crenças do cliente a respeitar na resolução do problema	048	22,7%	000	0,00%
Item_03 - Informação sobre as atitudes e emoções do cliente em relação ao problema	089	42,1%	006	2,80%
Item_04 - Informação sobre desejos e preferências do cliente a ter em conta no planeamento da resolução do problema	074	35,0%	005	2,30%
Item_05 - Informação sobre o envolvimento dos conviventes significativos no processo de resolução do problema	139	65,8%	001	0,40%
Item_06 - Informação sobre os hábitos pessoais do cliente que possam ficar alterados com o internamento	123	58,2%	016	7,50%
Item_07 - Informação sobre estilos de vida do cliente	030	14,2%	003	1,40%
Item_08 - Informação sobre a promoção da adaptação a processos de vida, crescimento e desenvolvimento	030	14,20%	004	1,80%
Item_09 - Informação sobre a aprendizagem cognitiva do cliente sobre promoção de saúde	045	21,3%	002	0,90%
Item_10 - Informação sobre de aprendizagem de capacidades do cliente em termos de promoção de saúde	022	10,4%	001	0,40%
Item_11 - Informação que permite identificar no cliente um problema de enfermagem real	000	0,00%	030	14,2%
Item_12 - Informação que permite identificar precocemente no cliente um problema de enfermagem potencial	001	0,40%	142	67,2%
Item_13 - Informação sobre as intervenções de enfermagem prescritas dirigidas ao problema identificado	006	02,8%	177	83,8%
Item_14 - Informação relacionada com a utilização de escalas de avaliação para ajudar a refinar o diagnóstico	196	92,8%	0,00	00,0%
Item_15 - Informação que apenas serve para referenciar o problema para outros profissionais de saúde	034	16,1%	079	37,4%
Item_16 - Informação sobre as actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais	086	40,7%	0,00	00,0%
Item_17 - Informação que identifica a responsabilidade profissional de quem toma a decisão, de quem pratica o acto ou delega	000	0%	209	99,0%
Item_18 - Informação sobre os recursos da comunidade existentes para assegurar a continuidade do processo de prestação de cuidados na comunidade	146	69,1%	16	7,58%
Item_19 - Informação sobre a aprendizagem cognitiva dos conviventes significativos em termos de readaptação funcional	107	50,7%	55	26,0%
Item_20 - Informação sobre a aprendizagem de capacidades dos conviventes significativos em termos de readaptação funcional	125	59,2%	30	14,2%
Item_21 - Informação sobre a aprendizagem cognitiva do cliente em termos de readaptação funcional	97	45,9%	35	16,5%
Item_22 - Informação sobre a aprendizagem de capacidades do cliente em termos de readaptação funcional	114	54,0%	13	6,16%

Tabela 1 - Distribuição da informação sobre a qualidade do exercício face à presença e ausência de informação muito importante para a amostra total

	N	M	DP	Assimetria	Curtose	Amplitude.
Satisfação do cliente	211	9,73	2,80	0,488	-2,84	6-24
Promoção de saúde	211	4,74	1,16	1,630	2,26	4-16
Prevenção de complicações	211	12,2	2,50	0,427	-0,03	6-24
Bem-estar e auto-cuidado	211	16,6	2,02	-0,76	1,80	6-24
Readaptação funcional	211	9,91	3,43	0,58	0,09	5-20

Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis satisfação do cliente, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado e readaptação funcional para a amostra total

problema" ($b=0,517$; $t=10,99$; $p=0,000$), a "informação sobre crenças do cliente a respeitar na resolução do problema" ($b=20,06$; $t=4,59$; $p=.0003$) e a "informação sobre as atitudes e emoções do cliente em relação ao problema" ($b=0,284$; $t=6,04$; $p=.0003$) (Ver Tabela 3).

Para a promoção da saúde, a análise de regressão linear múltipla para a, fez emergir um modelo significativo [$F(6,204)=24,02$; $p<0,000$], que explicou 30% da variância e identificou como item preditor a "informação sobre a aprendizagem de capacidades do cliente em termos de promoção de saúde" ($b=0,465$; $t=6,158$; $p=0,000$) (Ver Tabela 4). Por outro lado, a análise de regressão linear múltipla para a prevenção de complicações, fez emergir um modelo significativo [$F(6,204)=76,87$; $p<0,000$], que explicou 68% da variância e identificou

como itens preditores com mais peso a "informação que permite identificar precocemente no cliente um problema de enfermagem potencial" ($b=0,345$; $t=8,769$; $p=0,000$), "informação sobre intervenções de enfermagem prescritas dirigidas ao problema identificado" ($b=0,208$; $t=3,164$; $p=0,002$), "informação que apenas serve para referenciar o problema para outros profissionais de saúde" ($b=0,547$; $t=12,94$; $p=0,000$), "informação sobre as actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais" ($b=0,281$; $t=6,702$; $p=0,000$) (Ver Tabela 5).

A análise de regressão linear múltipla para o *bem-estar e auto-cuidado*, fez emergir um modelo significativo [$F(6,204)=69,89$; $p<0,000$], que explicou 66% da variância e identificou como itens preditores com mais peso a

V. Dependente	V. Independentes	β	t		p
Satisfação do cliente	Item_01	0,51	10,99	***	0,000
	Item_02	0,20	4,59	***	0,000
	Item_03	0,28	6,04	***	0,000
	Item_04	0,07	1,80		0,073
	Item_05	0,01	0,28		0,774
	Item_06	0,04	0,99		0,323
Variância explicada					72%

Tabela 3 - Análise de regressão linear múltipla utilizando o método Enter, para a predição da satisfação do cliente

V. Dependente	V.Independentes	β	t	p
Promoção da saúde	Item_01	-0,10	-1,675	0,106
	Item_02	-0,08	-1,506	0,134
	Item_03	0,15	1,861	0,064
	Item_04	0,46	6,158	***
Variância explicada				30%

Tabela 4 - Análise de regressão linear múltipla utilizando o método Enter, para a predição da promoção de saúde

"informação que permite identificar no cliente um problema de enfermagem real" ($b=0,351$; $t=8,444$; $p=0,003$), "informação sobre intervenções de enfermagem prescritas dirigidas ao problema identificado" ($b=0,537$; $t=7,912$; $p=0,000$), "informação sobre actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais" ($b=0,068$; $t=1,534$; $p=0,000$) e "informação que identifica a responsabilidade profissional de quem toma a decisão, de quem pratica o acto e de quem delega a actividade" ($b=0,091$; $t=2,107$; $p=0,036$) (Ver tabela 6).

Para a análise de regressão linear múltipla para a *readaptação funcional*, fez emergir um modelo significativo [$F(6,204)=69,89$; $p<0,000$], que explicou 80% da variância e identificou como itens preditores com mais peso a "informação sobre os recursos da comunidade existentes para assegurar a continuidade do processo de prestação de cuidados na comunidade" ($b=-0,175$; $t=-3,594$; $p=0,000$), "informação sobre a aprendizagem de capacidades dos

conviventes significativos em termos de *readaptação funcional*" ($b=0,675$; $t=7,25$; $p=0,000$), "informação sobre a aprendizagem cognitiva do cliente em termos de *readaptação funcional*" ($b=0,534$; $t=5,487$; $p=0,000$) e "informação sobre a aprendizagem de capacidades em termos de *readaptação funcional*" ($b=-0,207$; $t=-2,546$; $p=0,012$) (Ver Tabela 7).

Discussão

O presente estudo teve dois objectivos: descrever a informação contida nos sistemas de informação face à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado e *readaptação funcional* e de prever a relação entre a informação clínica contida nos sistemas de informação em enfermagem e a qualidade do exercício profissional, de modo a compreender se a informação clínica contida dos sistemas de informação em enfermagem, permite representar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O facto de não terem sido identificados diagnósticos de enfermagem correspondentes às dimensões espiritual e cultural, poucos na dimensão psicológica e maioritariamente na dimensão bio-fisiológica, permite concluir que a informação dos sistemas de

V. Dependente	V.Independentes	β	t	p
Promoção da saúde	Item_01	-0,10	-1,675	0,106
	Item_02	-0,08	-1,506	0,134
	Item_03	0,15	1,861	0,064
	Item_04	0,46	6,158	***
Variância explicada				30%

Tabela 5 - Análise de regressão linear múltipla utilizando o método Enter, para a predição da prevenção de complicações

V. Dependente	V. Independentes	β	t		p
Promoção da saúde	Item_1	0,351	8,44	***	0,000
	Item_2	0,537	7,91	***	0,000
	Item_3	-0,098	-1,54		0,124
	Item_4	0,068	15,4	***	0,000
	Item_5	0,066	1,53		0,127
	Item_6	0,091	2,10	**	0,036
Variância explicada					66%

Tabela 6 - Análise de regressão linear múltipla utilizando o método Enter, para a predição do bem-estar e auto-cuidado

informação, não permite demonstrar a prestação de cuidados holísticos à população.

No que diz respeito às necessidades humanas, é de destacar uma quantidade razoável de informação encontrada em relação à necessidade de evitar perigos e em relação à aprendizagem, encontrando-se de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros, que estipula que os cuidados de enfermagem tomam como foco de atenção a prevenção da doença e os processos de readaptação após a doença (Ordem dos enfermeiros, 2003).

A verificação de baixos índices de informação sobre a *satisfação do cliente*, a *promoção de saúde*, a *prevenção de complicações* e de níveis moderados sobre o *bem-estar e auto-cuidado* e de *readaptação funcional*, permitiu confirmar a hipótese do nosso estudo. Os baixos índices de informação em termos de *satisfação do cliente*, poderá estar relacionada com o seu surgimento no decurso da implementação dos cuidados. Contudo, para se retirar essa informação dos sistemas é necessário, que surja por *default* integrando o conjunto de informação que deve estar presente dentro de cada área de diagnósticos de enfermagem. É exemplo disso, a explicitação das capacidades do cliente face às situações de saúde, a avaliação de eventuais crenças e mitos, que podem estar na base dos problemas, a indicação das preferências e desejos face aos diversos problemas, as

V. Dependente	V. Independentes	β	t		p
Promoção da saúde	Item_1	0,175	-3,594	***	0,000
	Item_2	0,194	1,977		0,049
	Item_3	0,675	7,250	***	0,000
	Item_4	0,534	5,487	***	0,000
	Item_5	-0,207	-2,546	**	0,012
Variância explicada					80%

Tabela 7 - Análise de regressão linear múltipla utilizando o método Enter, para a predição da readaptação funcional

atitudes e reacções dos indivíduos aos problemas, a informação sobre hábitos e a possibilidade de participação dos conviventes significativos no planeamento de cuidados. A pouca informação na área da *promoção da saúde*, pode estar relacionada com a vertente maioritariamente curativa, dos quatro contextos hospitalares. No entanto, o período de internamento constitui um momento propício para o desenvolvimento de um trabalho de adesão a estilos de vida saudável, quer no âmbito cognitivo, quer no âmbito da aprendizagem de capacidades. São exemplos de áreas de trabalho o sedentarismo, o tabagismo, e os hábitos alimentares desequilibrados. Por outro lado, os baixos níveis de informação sobre a *prevenção de complicações*, poderá estar relacionada com os níveis de informação que serve apenas para referenciar os problemas a outros profissionais, assim como com a ausência de utilização de escalas que permitem refinar o diagnóstico.

As previsões das várias variáveis forneceram-nos informação importante sobre as áreas de informação, sobre as quais se torna necessário no futuro para aperfeiçoar na arquitectura dos sistemas de informação. Dessa forma, em relação à informação sobre a *satisfação dos clientes*, é necessário uma maior atenção em relação à possibilidade de documentação dos desejos e preferências do cliente, das actividades nas quais os convivente significativos poderão ser envolvidos e dos hábitos pessoais que possam ficar alterados com o internamento. Face á

promoção de saúde é necessário melhorar a informação sobre os estilos de vida do cliente, sobre a promoção dos processos de adaptação e que se relaciona com a aprendizagem cognitiva do cliente nessa área. Para as variáveis *prevenção de complicações* e bem-estar e auto-cuidado, existem apenas duas melhorias a fazer: uma em relação à utilização de escalas de avaliação e outra em relação à documentação sobre as actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais. Por seu lado, em relação à readaptação funcional, é necessário aperfeiçoar a informação sobre os recursos na comunidade existentes para dar continuidade aos cuidados prestados.

A informação sobre a qualidade do exercício profissional através dos sistemas de informação constitui um assunto pouco abordado pela comunidade académica e científica de enfermagem. Nessa perspectiva as descobertas realizadas no âmbito deste estudo, podem contribuir para o desenvolvimento de sistemas de informação que permitam a extracção de dados relacionados com os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Os resultados da presente investigação são limitados pela amostragem de conveniência dos sistemas de informação e pela inexistência de estudos que integrem as questões dos referidos enunciados descritivos. Por esses motivos, os resultados devem ser generalizados com prudência para além deste estudo. No futuro, são necessário estudos que explorem a relação entre os diversos itens dos enunciados descritivos, o processo de raciocínio diagnóstico e a expressão de resultados nos sistemas de informação em enfermagem.

Em conclusão, os resultados deste estudo permitiram conhecer que a informação presente nos sistemas de informação em enfermagem é reduzida para se avaliarem os cuidados de enfermagem prestados.

Referências

- ALLEN D. (1998). Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. *Journal of Advanced, Nursing* . Vol. 27; 1223-30.
- BJÖRVELL C, WREDLING R, THORELL-EKSTRAND I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 43 (4), p. 402-10.
- CURRELL, R. & URQUART, C. (2005). Reviewing the evidence on nursing practice. *Health Informatics Journal*, Vol. 11(1), p. 33-44.
- HANSEBO, G., KIHLLGREN, M. & LJUNGGREN, G. (1999). Review of nursing documentation in nursing home wards: changes after intervention for individualized care. *Journal of Advanced Nursing*; Vol. 29 (6), p. 1462-73.
- LEE T T, YEH C H, HO L H. (2002). Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*; Vol. 39 (1), p. 61-7.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ed. do autor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003. *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ed. do autor.



Paulo Cruchinho

Licenciado em Enfermagem
Assistente Equiparado da ESS-
IPS
Coordenador do Grupo CIPE /
ESS
E-mail: pcruchinho@ess.ips.pt

Investigação

"Contributos para um roteiro de fontes em Enfermagem perioperatória (2000-2006)"

Palavras Chave: Cuidados de Enfermagem no Pré-operatório; Análise Temática; Humanização e Qualidade.

Resumo

Este trabalho diz respeito a um estudo exploratório-descritivo, que tem como objectivos principais, verificar a existência e a pertinência dos apoios e ajuda desenvolvidos pelos enfermeiros no período pré-operatório junto da pessoa que vai ser submetida a intervenção cirúrgica; identificar as acções de enfermagem que são levadas a cabo e que informações são fornecidas à pessoa durante a visita pré-operatória; identificar as vantagens desta visita e da abordagem pré-operatória e analisar o contributo da AESOP na definição de boas práticas no período Perioperatório à pessoa. Foram analisadas 21 revistas AESOP (2000-2006) e os dados resultantes foram tratados segundo análise temática.

Os resultados do estudo revelam que as revistas da AESOP abordam temas que vão ao encontro daquilo que são consideradas as boas práticas de cuidados de enfermagem, dando grande ênfase à preparação pré-operatória da pessoa e sua família, constituindo em número 37 artigos (43,02%), num total de 87 artigos. Obtivemos também como resultado da leitura dos artigos os assuntos de preocupação major dos enfermeiros da AESOP, que na sua

generalidade giram em torno de temáticas como Humanização, Cuidados de Enfermagem e Qualidade.

Autoras:

Adriana Caldeira

Márcia Salvador

Orientador: Prof. Lino Ramos

"Estratégias de Coping na Gestão de Stresse em Estudantes de Enfermagem"

Palavras Chave: Stresse Percebido; Estratégias Coping; Estudantes de Enfermagem; Ensino Clínico.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, misto, predominantemente quantitativo, e transversal que teve como objectivos principais, conhecer os níveis de stresse percebido e as estratégias de coping mais frequentemente utilizadas pelos estudantes finalistas de um Curso de Licenciatura em Enfermagem durante a realização do último Ensino Clínico, bem como relacionar ambos.

O instrumento de colheita de dados é constituído por quatro partes, a primeira e segunda partes, correspondem à escala de stresse "Escala de Stresse Percebido" validada para a população portuguesa por Moreira em 2002 e à escala de coping "Brief Cope", validada por Pais-Ribeiro e Rodrigues, em 2004. A terceira parte inclui quatro questões abertas com a finalidade de explorar alguns factores relacionados com a problemática em

estudo e por último questionam-se os dados sócio-demográficos.

A amostra é constituída por 36 estudantes finalistas de um Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Saúde a Sul do Tejo. Os dados foram tratados estatisticamente e através de análise de conteúdo temática de Bardin.

Os principais resultados deste estudo, revelam que os estudantes apresentam um nível médio-baixo de Stresse percebido.

Os principais factores indutores de stresse são os inerentes ao contexto de ensino clínico e à realização de trabalhos académicos.

As estratégias de coping mais utilizadas são o coping activo, o coping planear e o coping suporte social emocional.

Verificou-se também que os níveis de stresse podem aumentar ou diminuir consoante alguns dos tipos de coping utilizado.

Autoras:

Ana Patrícia Velez

Cátia Saraiva

Orientador: Prof. Alice Ruivo

“A dor no Neonato”

Palavras-Chave: dor, sofrimento, neonatologia

Resumo

Este trabalho é referente a um estudo qualitativo de carácter documental, transversal e retrospectivo (referente aos últimos 10 anos), que teve como tema a Dor no Neonato.

Com este estudo pretendo explicitar a capacidade sensorial, neurológica e de percepção do neonato ao nascer e nos primeiros dias de vida, a evolução nos cuidados à dor no neonato, a forma como

esta tem interferido no seu processo de recuperação e o que até então tem sido realizado de forma a minimizá-la.

Os dados obtidos foram retirados de trabalhos académicos elaborados por Enfermeiros e analisados utilizando a análise de discurso o que permitiu chegar às seguintes conclusões: nos últimos 10 anos os cuidados neonatais sofreram uma evolução muito positiva.

Cada vez mais é feita investigação neste contexto e os estudos elaborados promovem o evoluir de novos conhecimentos, cimentando-os e promovendo a prestação de cuidados de qualidade. Está cientificamente provado que a partir das 20 semanas de gestação, o neonato tem a capacidade de sentir dor, o que lhe irá trazer muitas consequências nefastas no seu desenvolvimento futuro, nomeadamente a nível hepático, vascular e respiratório.

Verifica-se também que as formas de o neonato manifestar a dor são várias, de entre alterações comportamentais a alterações fisiológicas. As técnicas para alívio da dor realizadas podem ser farmacológicas ou não farmacológicas, complementando-se as duas.

Autora:

Ana Rita Santos

Orientador: Professora Doutora Lucilia Nunes

“A Integração da Família nos Cuidados à Criança Hospitalizada”

Palavras-Chave: Enfermagem, Pediatria, Integração, Família, Criança Hospitalizada, Estratégia.

Resumo

A permanência dos pais em período integral no contexto hospitalar, a sua participação nos cuidados, e a natureza das relações entre a criança, pais e equipa de enfermagem tem vindo, cada

vez mais, a desencadear alterações na organização dos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. O Enfermeiro deve orientar a prestação de cuidados no sentido da sua humanização, perspectivando a criança/família na sua vertente holística. Portanto, torna-se crucial identificar a forma como as equipas de enfermagem lidam com a problemática da participação da família nos cuidados e que estratégias utilizar. O problema de investigação reside no facto da integração da família poder, nem sempre, ser eficaz.

Este estudo é de carácter descritivo simples, transversal, de abordagem mista, recorrendo a uma metodologia qualitativa e quantitativa. Tem como objectivo geral Identificar as Estratégias que as Equipas de Enfermagem dos Serviços de Pediatria utilizam para Integrar a Família nos Cuidados à Criança Hospitalizada.

A amostra foi constituída por vinte e um enfermeiros de dois Serviços de Pediatria de dois Hospitais do distrito de Setúbal. Foi aplicado um questionário em que os dados obtidos foram tratados de acordo com o programa informático Excel e a análise de conteúdo.

Os resultados deste estudo revelam que não existe um programa de integração da família da criança implementado nos Serviços de Pediatria. As estratégias identificadas estão relacionadas com processo de acolhimento, respeito pelas rotinas da criança/família, comunicação adequada e eficaz, incluir os pais na tomada de decisão, relação de ajuda, ensino, e encaminhamento para a equipa multidisciplinar.

Autoras:

Cláudia Araújo

Mónica Delgado

Orientador: Prof. Francisco Vaz

“Enfermeiro de família – Implicações deste modelo na prática da Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários”

Palavras Chave: Enfermeiro de Família, Unidades Saúde Familiar; Pesquisa Qualitativa.

Resumo

O tema em estudo neste trabalho é “O enfermeiro de família”. A problemática está relacionada com a actual reforma dos Cuidados de Saúde Primários e com a criação das Unidades de Saúde Familiar. O objectivo do estudo consiste em identificar quais as implicações do trabalho como enfermeiro de família na prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários. A questão principal de investigação é: Trabalhar como enfermeiro de família, que implicações na prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários?

Trata-se de um estudo exploratório – descritivo, que segue uma metodologia qualitativa. A informação foi colhida através de entrevista semidirigida junto de enfermeiros que trabalham segundo o referido modelo, em USF da Sub-região de Saúde de Setúbal. Para análise dos dados utilizámos a análise de conteúdo.

Os resultados permitem identificar como vantagens do trabalho como enfermeiro de família a relação com a pessoa e com os restantes profissionais, ganhos na realização dos cuidados de enfermagem, aspectos positivos na continuidade dos cuidados e optimismo apesar de dificuldades em relação ao que esperam do futuro.

Foram referidas essencialmente implicações positivas do modelo de trabalho como enfermeiro de família, tendo surgido como aspectos menos positivos as exigências sentidas e as falhas externas ao sistema.

As implicações deste estudo são

essencialmente ao nível da investigação, sendo um estudo que poderá ser aprofundado ou constituir ponto de partida para outros, é também um contributo para um melhor conhecimento do trabalho dos enfermeiros de família.

Autores:

Ana Pereira

Daniel Marques

Maria Clara Lima

Orientadora: Prof. Ana Paula Gato

“A integração do Enfermeiro Recém-Licenciado num Serviço de Urgência Pediátrica”

Palavras Chave: Integração dos Enfermeiros Recém Licenciados; Urgência Pediátrica; Entrevista semi-estruturada;

Resumo

Este trabalho aborda o problema de investigação dos Factores que influenciam a integração dos Enfermeiros Recém-Licenciados no Serviço de Urgência Pediátrica. Para responder ao problema surge como objectivo geral: Identificar a perspectiva dos Enfermeiros Recém-licenciados sobre a sua integração no Serviço de Urgência Pediátrica, rompendo em três objectivos específicos: Descrever os aspectos facilitadores; dificultadores sentidos na integração do Recém-Licenciado no Serviço de Urgência Pediátrica, assim como as estratégias adoptadas para ultrapassar essas dificuldades. Para responder aos objectivos, recorreremos ao estudo exploratório-descritivo de nível I, com abordagem qualitativa, através de uma entrevista semi-dirigida.

Os resultados obtidos foram, Aspectos Facilitadores: Atitude da Equipa; Características do Processo de Integração; Características do Serviço; Motivação; Formação Hospitalar; Conhecimento Prévio de um SUP.

Aspectos Dificultadores: Processo de transição para a Vida Profissional; Necessidade de aquisição de conhecimentos sobre situações clínicas; Expectativas da Equipa; Características do Serviço; Necessidade de aquisição de conhecimentos acerca das características do serviço; Atitudes da Equipa; Características do processo de Integração; Dificuldades de gestão de conflitos pessoais. Estratégias Adoptadas: Atitude da Pessoa; Comportamento da Pessoa; Gestão de Conflitos; Mecanismos de Gestão do stresse; Validação de conhecimentos.

Dada a especificidade dos objectivos pretendidos, concluímos que não foram atingidos os objectivos, pois os dados obtidos são extensíveis a todos os serviços, não existindo dados que evidenciem a especificidade do Serviço de Urgência Pediátrica. Deste modo, este estudo é uma mais valia para Enfermeiros Recém-Licenciados a ingressar na Vida Profissional.

Autoras:

Carla Vaz

Carmen Cortes

Marisa Aleixo

Orientador: Prof. Fátima Bicho

“Fontes de Stresse Ocupacional Percebidas pelos Enfermeiros de CAT”

Palavras Chave: Stresse Ocupacional; Enfermeiros de CAT's; Fontes Stresse.

Resumo

Este trabalho é referente a um estudo exploratório-descritivo, qualitativo, de nível I, que teve como principal objectivo conhecer a percepção das fontes de stresse ocupacional dos Enfermeiros que prestam cuidados em contexto de CAT. Realizaram-se 10 entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros de alguns CAT's de Lisboa e Vale do Tejo que

exerciam funções a tempo inteiro, e cujo exercício da profissão era desempenhado no contacto directo com o utente toxicodependente. O método de tratamento de dados baseou-se na análise de conteúdo categorial, segundo Bardin. Os resultados do estudo revelaram a existência de quatro fontes de stresse ocupacional, sendo elas: os utentes, a equipa multidisciplinar, factores ambientais e dificuldades/limitações. Os utentes e a equipa multidisciplinar surgem como principais fontes de stresse ocupacional percebidas pelos enfermeiros. Considerando a fonte de stresse ocupacional utentes, os comportamentos agressivos por parte destes face aos enfermeiros, foi o que mais se destacou. Relativamente à fonte de stresse equipa multidisciplinar, a ambiguidade de papéis foi o aspecto mais destacado. Concluiu-se ainda que as fontes de stresse ocupacional percebidas pelos enfermeiros, com menor representatividade foram os factores ambientais e as dificuldades/limitações.

Autoras:

Ana Margarida Almeida

Maria do Carmo Franco

Orientador: Prof. Joaquim Lopes

“Factores que influenciam o aprender - O caso de Ensino Clínico de Enfermagem IV”

Palavras Chave: opinião estudantes em ensino clínico, factores que influenciam aprendizagem.

Resumo

Este estudo é referente à opinião dos estudantes do 4º e 5º Curso de Licenciatura em Enfermagem, relativamente ao comportamento Docente, durante o Ensino Clínico de Enfermagem IV – Médico Cirúrgica. Como estudantes finalistas, pareceu-nos

importante, estudar/compreender qual a opinião dos estudantes relativamente aos factores que facilitam e dificultam a sua aprendizagem em contexto de Ensino Clínico, tendo como ponto de partida o comportamento de quem os orienta durante esta etapa.

É um estudo quantiqualitativo, de natureza exploratório-descritivo.

Para a realização do mesmo, foram realizados 63 questionários, com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram tratados segundo o Statistical Package for Social Science (SPSS) e Análise de Conteúdo – Análise temática categorial, para as questões abertas.

Os resultados do estudo revelam que os estudantes dão mais importância à esfera do ser, do que propriamente à esfera do saber e do saber fazer, referindo na maioria das respostas traços da personalidade e traços da forma pedagógica de agir do docente que os orientou no EC de Enfermagem IV.

Os resultados obtidos estão de acordo com outros estudos consultados. No entanto, este estudo dá-nos a possibilidade de verificar a opinião dos estudantes, visão esta que não é muito procurada/adoptada pelos estudos já publicados.

Autoras:

Ana Carvalho

Lara Carmona

Orientador: Professora Doutora Lucilia Nunes

“Identificação das Dificuldades e das Estratégias dos Estudantes de uma Escola Superior de Saúde no Lidar com a Morte em Ensino Clínico”

Palavras Chave: Estudantes de Enfermagem; Morte em Ensino Clínico/Estágio; Dificuldades; Estratégias.

Resumo

“A morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida. A vida e a morte não

se confundem, tornando-se evidente que nenhum de nós duvida que está vivo e que todos nós reconhecemos alguns sinais de morte, sinais de presença de morte num corpo então feito cadáver” (NEVES citado por FRIAS, Cidália; 2003)

Este trabalho relata um estudo exploratório-descritivo nível I, que teve como principal objectivo a Identificação das Dificuldades e Estratégias dos Estudantes da Escola Superior de Saúde X, no lidar com a morte em Ensino Clínico. Foram realizados questionários a 47 estudantes da referida escola, que frequentassem o 2º, 3º e 4º ano e que tivessem acompanhado a morte de uma pessoa em EC. Os dados foram tratados segundo a análise de conteúdo temática tendo como base Bardin. Os resultados do estudo revelam que os estudantes sentiram dificuldades em lidar com a morte, na interacção com a família e nas emoções por eles sentidas.

Pelo presente estudo, é possível identificar que as estratégias utilizadas pelos mesmos para ultrapassar essas dificuldades foram o apoio dos colegas e orientadores, realizar reflexão sobre a temática, cuidar da pessoa/cliente com dignidade e respeito antes e após a sua morte e abstraírem-se do momento da morte.

Com o presente estudo, pretendemos identificar as dificuldades e estratégias que o estudante de enfermagem tem em lidar com a morte. Portanto, uma maneira que pensamos ser atenuante desse facto, seria o falar o debater, o partilhar, com quem já viveu experiências semelhantes, com quem já possui uma vasta experiência. Pelo que deixamos a sugestão de se realizarem aulas para esse fim.

Autoras:

Ana Custódio

Liliana de Jesus

Orientador: Prof. Lurdes Martins

Orientadora: Lurdes Martins

“Teorias e Modelos Teóricos da Enfermagem na imprensa periódica portuguesa de Enfermagem”

Palavras Chave: Teorias de Enfermagem, Imprensa Periódica Portuguesa, Análise Discurso,

Resumo

Este trabalho, cujo tema é “Teorias e Modelos Teóricos da Enfermagem na imprensa periódica portuguesa de Enfermagem”, refere-se a um estudo qualitativo de carácter documental, transversal e retrospectivo, tendo sido utilizado como processo de análise, a análise de discurso. Teve como principal objectivo, aplicar o estudo das Teorias e Modelos Teóricos da Enfermagem ao estudo dos artigos publicados nas revistas portuguesas de enfermagem. Para tal, foram incluídas no estudo duas revistas de Enfermagem, Nursing e Pensar Enfermagem, referentes ao período de Janeiro de 2002 a Dezembro de 2006, e cujos artigos foram analisados à luz de uma Grelha de Análise construída.

Os resultados do estudo revelam que muitos dos artigos analisados referenciam as teóricas ou modelos teóricos, tendo sido a teoria/modelo de Jean Watson, a mais evidente, de entre as nove teóricas consideradas no estudo. Parece-nos, pois, que a trajectória do discurso dos enfermeiros portugueses assume a enfermagem centrada no “Cuidar”. Sendo que, as restantes teóricas incluídas no estudo, exercem também, a sua influência no modo como os enfermeiros portugueses conceptualizam a enfermagem, visto terem sido identificadas nos artigos analisados.

Nesta perspectiva, a reflexão acerca dos modelos teóricos de enfermagem torna-se relevante, visto que estes unem a teoria e a prática, dando consistência aos cuidados prestados, melhoram a

autonomia e envolvimento dos enfermeiros nos cuidados, servindo de guia à prática, formação e investigação.

Autores:

Nélia Alves

Antero Ribeiro

Margarida Cerveira

Orientador: Professora Doutora Lucilia Nunes

“Motivações dos Enfermeiros para se manterem a trabalhar num Serviço de Oncologia Pediátrica”

Palavras Chave: Motivações
Enfermeiros; Oncologia Pediátrica;
Análise Conteúdo

Resumo

Este trabalho é referente a um estudo descritivo-exploratório, de nível de conhecimento I, tendo como problema as motivações dos enfermeiros para se manterem a trabalhar num serviço de oncologia pediátrica. Como objectivos principais tivemos a compreensão e identificação dessas motivações e dos aspectos positivos ligados ao trabalho nesta mesma área. Foram elaborados e entregues questionários de resposta aberta a 10 enfermeiros do Serviço de Pediatria de um Hospital em Lisboa. Os dados recolhidos foram tratados através da análise de conteúdo, segundo Bardin. Como resultados obtivemos que os aspectos positivos ligados ao trabalho nesta área foram as relações com as crianças e famílias e as motivações para continuar a trabalhar na mesma foram as relações gratificantes com as crianças e famílias e a aprendizagem. Conclui-se que tanto os aspectos positivos como as motivações do trabalho na área assentam essencialmente ao nível das relações estabelecidas com as crianças e seus familiares. Com este estudo tentámos reforçar o lado positivo da prestação de cuidados nesta área, que

não é muito abordada em termos de trabalhos de investigação.

Autoras:

Cátia Gaio

Cátia Joaquim

Vanda Borges

Orientador: Prof. Ana Paula Gato

“Vivências de Reprovação em Ensino Clínico, dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem”

Palavras Chave: experiência vivida;
estudantes enfermagem; Reprovação em
Ensino Clínico

Resumo

Neste trabalho, no Enquadramento Teórico sintetiza-se em duas vertentes: a Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, dando-se especial enfoque ao ensino, sob a perspectiva do estudante de enfermagem; e a Fenomenologia, corrente filosófica naturalista, que intencionalmente procura a consciência do conhecimento dos fenómenos, por intermédio de uma atitude existencialista e natural. Realiza-se ainda, nesta parte teórica, uma articulação entre a Enfermagem e a Fenomenologia, evidenciando-se alguns dos eixos comuns: a ética, a ciência, a metafísica, e a arte.

Quanto à Fase Metodológica, conjectura-se um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo perseguindo-se a finalidade de aceder, compreender e explicitar os significados imanentes das «vivências de reprovação», só possível através de uma visão fenomenológica, livre de reducionismos. Para isso, elaborou-se uma questão de investigação principal: “Quais as vivências dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Setúbal,

aquando da reprovação em Ensino Clínico ou/e em Estágio?”. Como método de colheita de dados utilizou-se uma entrevista não estruturada, sendo a população alvo constituída por 3 participantes (co-investigadores), actualmente licenciados em enfermagem e outrora estudantes, do CLE, da ESS/IPS.

Na Fase Empírica aplica-se a Análise Fenomenológica segundo o Método Fenomenológico de Van Kaam na busca pela identificação estrutural do fenómeno da «vivência de reprovação». Posteriormente interpretam-se e discutem-se os resultados à luz das preconcepções dos autores; especulam-se sobre os limites do estudo e transferem-se ainda implicações para a prática educativa e do cuidar da disciplina de Enfermagem.

Quanto às Considerações Finais, ao invés de conclusões, resume-se o processo de construção deste trabalho científico, e reflecte-se sobre as escolhas efectuadas, em particular quanto à metodologia do estudo.

Autores:

Carla Trindade

Verónica Lopes

Orientador: Prof. Joaquim Lopes

“As dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa/cliente com patologia do foro oncológico”

Palavras - Chave: cuidar em oncologia, dificuldades, estratégias

Resumo

Este estudo procura perceber se os enfermeiros sentem dificuldades no cuidar da pessoa/ cliente com patologia do foro oncológico e identificar as suas estratégias. Realizou-se um estudo de investigação qualitativa de abordagem

fenomenológica descritiva. Sendo este o problema de investigação, a possível existência de dificuldades sentidas pelo enfermeiro pela vivência de situações penosas, definimos como questão de investigação a seguinte: *Será que os enfermeiros sentem dificuldades no cuidar da pessoa/ cliente com patologia do foro oncológico?*. O ICD utilizado para estudar os fenómenos foi a entrevista semi-estruturada gravada em MP3. Foram entrevistados dois participantes a exercer funções numa unidade de oncologia num hospital do sul do país. A análise e discussão seguiram as etapas metodológicas de STREUBERT (1991). Verificámos que os enfermeiros vivenciam dificuldades relacionados com transmissão de má notícia, cuidar de pessoas jovens do mesmo género, falar sobre experiências vivenciadas e lidar com o sofrimento e a morte. Os principais sentimentos que emergem do discurso dos participantes são predominantemente negativos, nomeadamente *tristeza, injustiça, impotência, frustração, revolta*. As principais estratégias são a partilha de experiências em equipa, realização de técnicas de relaxamento e a fuga ao assunto. Parece existir uma relação entre o desinvestimento na auto-formação e as dificuldades sentidas no cuidar da pessoa, assim como desconhecimento na utilização das intervenções autónomas de enfermagem. Pensamos que a divulgação dos resultados do estudo poderá fomentar a reflexão sobre a prática do exercício do profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e desenvolvimento da profissão e disciplina de enfermagem.

Autoras:

Geraldina Hoi

Sílvia Almeida

Orientador: Prof. Paula Leal

“A Ansiedade nos Estudantes de Enfermagem em Contexto de Ensino Clínico de Enfermagem III”

Palavras-chave: Ansiedade, Factores desencadeantes (da ansiedade), Ensino Clínico

Resumo

Este estudo de investigação intitula-se A Ansiedade nos Estudantes de Enfermagem em Contexto de Ensino Clínico de Enfermagem III, e tem como objectivos determinar a frequência de ansiedade identificada pelos estudantes durante o Ensino Clínico de Enfermagem III, e relacionar a frequência de ansiedade com os factores desencadeantes identificados por Valadas.

Trata-se de um estudo quantitativo, de nível III do tipo descritivo-correlacional e transversal; cuja população alvo foram os estudantes do 2º e 3º ano do CLE da ESS do IPS. O nosso instrumento de colheita de dados tratou-se de um questionário que contempla duas partes distintas, em que a primeira parte é constituída por quatro questões fechadas que dizem respeito à caracterização da amostra; e a segunda parte é constituída por uma Escala de tipo Likert elaborada por Valadas na sua Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

O tratamento dos dados foi efectuado a partir do procedimento estatístico, através do programa informático SPSS. A análise e discussão dos resultados foi efectuada tendo por base a técnica do focus group, realizada com sete professores que tivessem orientado recentemente o Ensino Clínico de Enfermagem III.

Após a análise e discussão dos resultados foi possível verificar que 59,38% dos estudantes do 2º ano e 46,67% dos estudantes do 3ºano têm

ansiedade no Ensino Clínico de Enfermagem III.

Considerando a avaliação, a organização do tempo e do trabalho, a situação clínica dos doentes, a interacção professor/aluno, os serviços, a 1ªvez e desconhecido, e os colegas como factores desencadeantes de ansiedade, constatámos que o factor avaliação é o que gera mais ansiedade nos estudantes do 2º e 3ºano.

Aceitaram-se as seguintes hipóteses, para ambas as turmas:

- existe correlação entre a ansiedade provocada pelas reuniões de Ensino Clínico, em que os professores questionam os estudantes, e o estudante cometer erros nos cuidados à pessoa/cliente e pensar que vai ser avaliado por isso;
- existe correlação entre a percepção de falta de conhecimentos para responder às necessidades das pessoas /clientes e a ansiedade provocada pelo agravamento da situação clínica da pessoa/cliente;
- existe correlação entre o agravamento da situação clínica da pessoa/cliente e a ansiedade provocada por ter uma pessoa/cliente com a qual “todo o cuidado é pouco” e pedirem para estar vigilante;
- existe correlação entre a ansiedade provocada pela interacção professor/estudante e a ansiedade provocada pelo desconhecido/primeira vez;
- existe correlação entre a ansiedade provocada pela situação clínica da pessoa/cliente e a ansiedade provocada pelo desconhecido/primeira vez.

Autoras:

Ana Januário

Vanessa Ermitão

Orientador: Professora Doutora Lucilia Nunes

“Vivências da primeira integração profissional de enfermeiros”

Palavras-Chave: enfermeiros, fenomenologia, primeira integração profissional, vivências

Resumo

Na vida de um ser humano existem etapas que se revestem de simbolismo pelas mais diversas razões, e a entrada no mundo do trabalho é sem dúvida uma delas. Quando um indivíduo termina o seu percurso enquanto estudante e inicia a sua carreira como enfermeiro assume um desafio que acontece de forma repentina e acarreta novas responsabilidades. Assim, tornou-se pertinente conhecer este fenómeno e estudá-lo sendo a perspectiva fenomenológica a adoptada por ser uma filosofia, uma abordagem e um método e se caracterizar pelo esforço da descrição da experiência humana o mais aproximadamente da realidade.

O presente estudo qualitativo fenomenológico, exploratório e transversal foi realizado a enfermeiros da rede social das investigadoras. Como problema do estudo foi definido: “Não conhecimento das vivências da primeira integração profissional de enfermeiros” com o consequente objectivo de investigação: “Descrever a forma como os Enfermeiros viveram a sua primeira integração profissional”.

Foi utilizada a metodologia fenomenológica bem como a análise fenomenológica de Van Kam (1969) que após a sua aplicação conduziu aos resultados estudo: os participantes desta investigação viveram a sua primeira integração profissional com dificuldades, aspectos facilitadores que resultaram em sentimentos positivos e negativos e que foram adoptadas estratégias para gerir as dificuldades. Verificou-se também que a primeira

integração profissional influenciou a prestação de cuidados e a vida pessoal dos participantes.

Como implicações deste estudo salientamos o distanciamento dum vertente positivista, a visualização de cada fenómeno e indivíduo como se fosse único e merecedor de toda a atenção estando aberto à sua complexidade intrínseca.

Autoras:

Cátia Carvalho

Eunice Baptista

Orientador - Prof. Joaquim Lopes

“Construção e validação de uma escala que caracteriza as dimensões autentizóticas, valorizadas pelos enfermeiros”.

Palavras Chave: Estudo metodológico, Dimensões Autentizóticas, Enfermeiros

Resumo

O presente trabalho é um estudo metodológico do tipo descritivo e exploratório que tem como objectivo construir e pré-validar uma escala de avaliação das dimensões autentizóticas valorizadas por uma amostra de enfermeiros, utilizando por base as características autentizóticas definidas por REGO *et al* (2003). A teoria autentizótica, da autoria de Kets de Vrie, tem produzido resultados muito positivos, assentando no pressuposto que, o trabalhador é um indivíduo saudável e que a organização pode aumentar a sua produtividade inculcando os valores de “propósito”, “auto-determinação”, “impacto”, “competência”, “pertença”, “alegria” e “significado”.

Estes dois últimos sentidos são essenciais para caracterizar uma organização como autentizótica, que será merecedora de confiança e

fornecerá um sentido adicional para a vida do trabalhador.

Este estudo surgiu em resposta à necessidade de encontrar novas formas de gestão em saúde, devido às recentes alterações em direcção à gestão hospitalar empresarial.

Para a realização da escala referida, constituída por 26 Itens, do tipo Likert, foi utilizada uma amostra populacional de 40 enfermeiros de um serviço de urgência do distrito de Setúbal de um Hospital EPE. Em termos de resultados este instrumento demonstrou um bom coeficiente de fidedignidade e validade, pela análise estatística, com α -Cronbach total de 0,8, e valores de correlação positivos. As análises descritivas apontaram que as variáveis pesquisadas são valorizadas pela amostra (média 4,402 numa escala de 1 a 5). Estes factos levam a crer que o pré-estudo é válido e poderá acarretar um investimento em termos de estudos futuros na área.

Autores:

Bruno Davide

Ricardo Veiga

Orientador: Prof. Cândida Ferrito

“Acidentes de trabalho dos Enfermeiros em contexto de Serviço de Urgência”

Palavras-chave: Acidente de Trabalho; Enfermeiros; Serviço de Urgência

Resumo

O tema deste trabalho de investigação é “Acidentes de trabalho dos Enfermeiros em contexto de Serviço de Urgência”. Trata-se de um estudo não experimental, descritivo simples. No qual utilizamos uma abordagem quantitativa e qualitativa. A pergunta de investigação é, Qual a prevalência e as características dos acidentes de trabalho ocorridos no Serviço de Urgência com os Enfermeiros?; e o objectivo geral do nosso estudo é: Caracterizar os

Acidentes de Trabalho Ocorridos com os Enfermeiros em Contexto de Urgência Geral. A nossa amostra é constituída por 24 Enfermeiros que notificaram um acidente de trabalho entre os anos de 2005 e 2006, que se encontravam a exercer funções numa das duas Instituições, do nosso estudo, localizadas da Margem Sul do País. A colheita de dados foi efectuada através da consulta das notificações dos acidentes de trabalho das instituições em estudo através da aplicação de um instrumento de colheita de dados por nós elaborado.

Dos resultados obtidos, destacamos: a predominância dos acidentes de trabalho no turno da manhã (54,16%) 3 a 5 horas após o início da actividade profissional; o tipo de lesão mais frequente foi a picada com 45,8%; as mãos o local mais afectado (54,16%); e 29,17% dos acidentes provocaram um tipo de incapacidade.

Autores:

Gonçalo Jorge

Paulo Martins

Wilson Camões.

Orientador: Prof. Mariana Pereira

Estudo de Caso

- O Horário da Administração de Terapêutica¹

Caso Hipotético

Imagine que, em contexto hospitalar, se depara com a seguinte situação: Diariamente no turno da manhã, o horário que estava estabelecido para a administração de terapêutica era às 9, 12 e 15 horas. Não obstante da existência deste horário específico para a administração da medicação, a maior parte dos enfermeiros que trabalhavam no serviço, administrava a terapêutica de horários distintos, toda à mesma hora - todos os dias a medicação das 12 e das 15 horas era administrada às 13 horas, para que os enfermeiros do serviço, por diversas razões, saíssem do serviço mais cedo, ou realizassem outras actividades, que tivessem anteriormente planeadas, e que ainda não tivessem sido realizadas. Além deste facto, toda a medicação do turno da manhã era preparada às 9 horas, havendo terapêutica, como por exemplo antibacterianos, que ficava preparada desde essa altura.

Justifique a pertinência do assunto e estude a situação, à luz da interpretação, análise e problematização do Código Deontológico do Enfermeiro.

1 - Pertinência para Análise

A administração de terapêutica é uma das actividades desempenhadas pela equipa de enfermagem, sendo para esta prática necessária a aplicação de vários princípios científicos associados à existência de um sistema de medicação seguro.

O enfermeiro deve sempre respeitar os «cinco certos», ou seja, validar se estamos perante a pessoa, fármaco, via, hora e dosagem correcta de administração. O facto destes cinco factores serem respeitados é fundamental para o sucesso da continuidade do tratamento, especialmente quando falamos da administração de antibioterapia, onde o respeito do horário é decisivo no tratamento (PHIPPS, 2003). No que diz respeito aos restantes fármacos, e apesar do horário não ter de ser obrigatória e minuciosamente

respeitado, este deve ser o mais perto possível do horário presente na prescrição médica.

Segundo um estudo de 2006, cujo principal objectivo era identificar os erros terapêuticos, de forma e melhorar e prevenir esta prática, os principais erros terapêuticos eram devidos à não administração dos fármacos, à sua administração em tempo incorrecto, à administração de terapêutica e/ou dose incorrecta, assim como erros provenientes da transcrição, que conduz ao erro. No que diz respeito à administração da terapêutica fora de horário, a maioria dos enfermeiros do estudo refere não dar a medicação, ou

¹ Trabalho de índole académica, realizado pelos estudantes Ana Macedo, Célia Monteiro, Filipa Queiroz, Inês Arcadinho e Pedro Luzio, no âmbito da Unidade Curricular de Deontologia Profissional I, 4º semestre do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Revisto e adaptado pela responsável da unidade curricular, Professora Lucília Nunes.

não o fazer na hora correcta, devido à escassez de recursos materiais e humanos nos serviços; no entanto, grande parte afirma sentir-se responsável por tal acontecer (CASSIANI *et al.*, 2006).



O papel do enfermeiro é fundamental na preparação e administração da terapêutica, sendo necessário planear todas as actividades de enfermagem, seja através da disponibilização de recursos, quer materiais, quer humanos, garantindo meios adequados e seguros para realizar esta mesma função, através da promoção de condições de ambiente seguras, de forma a garantir a segurança da pessoa/cliente. É imprescindível, portanto, que a enfermagem tenha uma visão ampliada do sistema de medicação para garantir a segurança e qualidade ao processo que está sob a sua responsabilidade.

2 – Análise do caso à luz do Código Deontológico do Enfermeiro

O Código Deontológico do Enfermeiro é composto por quinze artigos, no

intervalo compreendido entre o artigo 78º e o artigo 92º, em que são expressos os deveres dos profissionais de enfermagem, cruzados e decorrentes dos direitos da pessoa. Tendo em conta que se trata da análise de um caso, procurámos analisar apenas os artigos e alíneas do Código Deontológico que pudessem estabelecer relação com o caso seleccionado, não fazendo por isso referência a todos os artigos do Código.

Artigo 78º – Princípios gerais

1 - As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Segundo o caso apresentado, o artigo 78º foi escolhido para análise por se tornar um artigo de princípios, que devem ser respeitados e que, segundo o caso, nem sempre o são.

No primeiro ponto, acima transcrito, é referida a dignidade que o enfermeiro deve ter presente pela pessoa à qual presta cuidados de saúde, o que não acontece ao longo da preparação dos fármacos e na administração dos mesmos, pois podem ter um efeito prejudicial na pessoa, não respeitando os princípios da preservação da sua saúde e não dignificando a mesma (NUNES *et al.*, 2005).

Os enfermeiros daquele serviço escolheram tomar uma acção incorrecta para se realizar a qualquer pessoa que seja, passando esta de um Homem com direitos, a um mero objecto, pois coloca em risco a sua segurança e saúde, não se dignificando a si e à sua profissão, não prestando bons cuidados à pessoa interferindo no seu desenvolvimento e capacidade de autonomia, ou seja, a liberdade de realizar determinadas acções sem depender de ninguém e

fazer escolhas relativamente ao que pudera afectar a sua vida (NUNES *et al.*, 2005).

2 - São valores universais a observar na relação profissional:

- a) A igualdade;*
- b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;*
- c) A verdade e a justiça;*
- d) O altruísmo e a solidariedade;*
- e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.*

No segundo tópico do artigo 78º os enfermeiros ao tomar a conduta referida como válida, no caso apresentado, vão contra aos valores que regem a profissão, desvalorizando o que nos mesmos está preconizado, ou seja, as atitudes certas a seguir enquanto se tem a profissão de enfermeiro (NUNES *et al.*, 2005).

Na **alínea a)** o valor é respeitado pois todos os enfermeiros do serviço, adoptavam a mesma atitude, perante todas as pessoas internadas, não diferenciando nenhum caso em especial, mantendo a igualdade entre os cuidados, embora não fossem cuidados seguros e de qualidade (NUNES *et al.*, 2005).

Segundo a **alínea b)** um valor essencial à prática de enfermagem é a liberdade responsável na tomada de decisões e acções, atendendo o bem comum, ou seja o bem da comunidade, o que não se verifica no caso apresentado pelo grupo. Ter-se liberdade responsável, traduz-se quando se adopta uma atitude responsável por todas as decisões, acções e as consequências das mesmas, que se assume, conscientemente, tendo sempre em vista o bem comum, ou seja, no nosso caso, todas as pessoas

internadas que estão ao cuidado dos enfermeiros, onde estes assumem a responsabilidade da troca de horários na administração de terapêutica, assim como um horário rotineiro na preparação da mesma, muito antes do horário preconizado de administração (NUNES *et al.*, 2005).

Portanto, o bem comum proposto no valor indicado no ponto 2 alínea b) é ignorado, visto que os enfermeiros sobrepõem os seus interesses pessoais (poder terminar mais cedo o seu turno, ou ter mais tempo para realizar outras actividades de enfermagem), em vez de prepararem e administrarem a terapêutica prescrita de acordo com o horário preconizado no cárdex (NUNES *et al.*, 2005).

Na **alínea c)** os valores referidos são o valor da verdade e da justiça. Perante o caso apresentado, não sabemos se o valor referente à verdade é respeitado, pois seria necessária a informação relativa a se os enfermeiros negam, omitem ou dizem a verdade, caso as pessoas internadas no serviço coloquem dúvidas.

No que se refere à justiça, trata-se de uma virtude, que se caracteriza como sendo boa por absoluto, e que tem como objectivo realizar qualquer acção, tendo em vista tudo o que uma determinada pessoa tem como direito receber, dentro da conformidade legal e com igualdade, ou seja, dar a cada pessoa o que as suas necessidades o exigem, e não dar a todas as pessoas o mesmo, de uma forma uniforme, o que não acontece no caso referido, visto que os enfermeiros tem a mesma atitude perante todas as pessoas, as mais e as menos independentes, e mais e menos necessitadas de cuidados, preparando e administrando a terapêutica de uma forma generalizada, sem ter em atenção as características individuais de administração consoante as diferentes



situações clínicas. Resumindo os enfermeiros devem ser justos em relação à distribuição de recursos, tendo em conta a individualidade de cada pessoa ao seu cuidado (NUNES *et al.*, 2005).

Em relação à **alínea d)** os valores representados são os do altruísmo e a solidariedade. A acção de enfermagem representada no caso vai contra estes dois valores profissionais, pois refere-se a uma acção tendo em vista o benefício próprio e não em função do interesse dos outros, indo contra a definição de altruísmo. A acção descrita também vai ser o oposto ao ser-se solidário pois os enfermeiros do serviço ao assumirem a responsabilidade por aquela determinada acção, desrespeitam as pessoas ao seu cuidado, pois todas elas depositam a confiança e a certeza que serão bem cuidados enquanto estiverem internadas e ao cuidado daquela equipa de enfermagem, o que realmente não se verifica, não se realizando bons cuidados de enfermagem, nem uma tendência para uma boa evolução nos estados de saúde das pessoas ao seu cuidado (NUNES *et al.*, 2005).

Por último na **alínea e)**, os valores que estão representados são os da competência e o aperfeiçoamento profissional. Ambos os valores identificados não são respeitados no caso apresentado, uma vez que a acção adoptada por todos os enfermeiros do serviço, não se caracteriza como sendo uma atitude sensata, não se identificando nela qualquer razão lógica

e munida de conhecimentos científicos e coerentes para se realizar, em vez da indicada, ou seja, na preparação e administração de terapêutica em horário indicado e preconizado. Com esta atitude não se dá um aperfeiçoamento da profissão de enfermagem, uma vez que os conhecimentos em vez de serem melhorados são alterados em função de acções rotineiras que se estabelecem nos serviços de saúde, não se garantindo o zelo e o bem comum da comunidade, sendo este o objectivo maior da profissão (NUNES *et al.*, 2005).

3 - São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

- a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;*
- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;*
- c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.*

O primeiro princípio descrito na **alínea a)** do ponto 3 do artigo 78º, é o princípio referente à responsabilidade. Este princípio refere-se ao comprometimento por parte dos enfermeiros a prestar bons cuidados de enfermagem, com a obrigação de responder pelos seus actos e as consequências que dos mesmos podem advir. A responsabilidade é ainda a capacidade que os enfermeiros devem ter, quando assumem ou não um compromisso, perante uma determinada tarefa, como por exemplo a preparação e administração de fármacos, que é da responsabilidade dos enfermeiros, e que tem como obrigação ser bem executada tendo de ser respeitados os horários das mesmas. Quando esta mesma actividade não é cumprida revela irresponsabilidade por parte de todos os enfermeiros que optaram por não a realizar da forma

mais correcta, optando pela prática rotineira implementada no serviço. Esta mesma decisão que lhes foi delegada por alguém ou que têm obrigação de executar, tendo em vista uma boa prestação de cuidados às pessoas que tem ao seu cuidado, deve ser tomada com responsabilidade, e caso seja escolhido não a realizar deve-se ter em conta essa mesma acção para não se tomar alguma acção negligente, pois os enfermeiros são inteiramente responsáveis pelos seus actos, e pelas pessoas ao seu cuidado, tendo sempre de ter em conta os direitos das mesmas (NUNES *et al.*, 2005).

Na **alínea b)** o princípio enunciado é o respeito pelos direitos das pessoas, que não é valorizado no caso apresentado, pois vai contra a dignidade, autonomia e individualidade de todas as pessoas internadas, ao cuidado dos enfermeiros do serviço (NUNES *et al.*, 2005).

Dentro dos direitos humanos descritos na Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito à integridade pessoal é infringido uma vez que a administração de terapêutica, preparada com demasiado tempo de antecedência, pode ter efeitos adversos nas pessoas, tal como a sua administração num horário impróprio, pois já não vai ter o mesmo efeito nas necessidades específicas apresentadas por essa mesma pessoa, podendo afectar a integridade física da mesma. Outros direitos que também não são respeitados são o direito à liberdade e à segurança da pessoa que se tem ao nosso cuidado (NUNES *et al.*, 2005).

Por último neste ponto e também no artigo 78º, na **alínea c)**, o princípio enunciado refere-se à excelência do exercício da profissão de enfermagem, perante colegas de profissão e outros profissionais de saúde. Este princípio não é respeitado visto que os cuidados apresentados no caso, são cuidados de

enfermagem que não reflectem boas práticas, pelo que, não sendo uma prática excelente de cuidados, desrespeita as pessoas ao seu cuidado, assim como a profissão que se está a exercer (NUNES *et al.*, 2005).

Artigo 82º – Dos direitos à vida e à qualidade de vida

O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;*
- b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;*
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;*
- d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.*

Na **alínea a)** refere-se ao facto dos enfermeiros não discriminarem nenhuma pessoa que tenham ao seu cuidado, o que realmente também não se verifica no caso apresentado. Contudo os mesmos enfermeiros ao tomarem como certa a atitude descrita, não protegem nem defendem a vida humana, pois põem em causa a integridade física dessas mesmas pessoas, devido a possíveis interacções medicamentosas e efeitos adversos que se poderiam evitar (NUNES *et al.*, 2005).

Na **alínea b)** o dever do enfermeiro que está referido não é cumprido, visto que a dignidade humana não é preservada, com a escolha efectuada por todos os enfermeiros do serviço, referido no caso. Em relação à **alínea c)**, a atitude

presente no caso não valoriza a qualidade de vida das pessoas em questão, que recebem cuidados dos enfermeiros a trabalhar naquele serviço de saúde, pois os cuidados prestados não são cuidados de qualidade, pelas razões descritas anteriormente.

Artigo 83º – Do direito ao cuidado

O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de:

- a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;*
- b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência;*
- c) Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde;*
- d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;*
- e) Manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade dos cuidados.*

O artigo 83º trata do direito ao cuidado que a pessoa/cliente tem na saúde e na doença, ou seja, reporta-nos para uma das áreas dos deveres do Enfermeiro como profissional.

O cuidado é das actividades mais importantes e definidoras do trabalho de um Enfermeiro, sendo exercido segundo conhecimentos de várias áreas como a ciência, pensamento racional, criativo, estético e intuitivo (NUNES *et al.*, 2005).

Não obstante de ser um artigo com cinco alíneas, todas elas igualmente



importantes para o desenvolvimento da prática de Enfermagem, só poderemos interpretar e analisar à luz do caso as **alíneas a) e e)**.

A **alínea a)** refere a importância da co-responsabilidade e da acção em tempo útil do Enfermeiro. Ou seja, quando o Enfermeiro desenvolve as suas actividades deve garantir o atendimento em tempo útil, isto consoante a actividade e o contexto em que se desenrola o trabalho, mas assegurando sempre o tratamento adequado. (NUNES *et al.*, 2005).

No caso específico da administração de terapêutica, no contexto do caso, existia um protocolo de serviço que estipulava que a terapêutica do turno da manhã teria de ser administrada às 9 horas, 12 horas e 15 horas. Se o caso ocorresse como descrito, hipoteticamente, os enfermeiros administravam a terapêutica das 12 horas e 15 horas ao mesmo tempo, às 13 horas - ou seja, a terapêutica das 12 horas era administrada com algum tempo de atraso e a das 15 horas adiantada.

Assim, o atendimento em tempo útil assegurando o tratamento adequado não seria respeitado, pois o ignorar deste protocolo não se prendia com uma questão de gestão do tempo, mas sim com escolhas que os profissionais de saúde resolviam fazer, pondo em causa o direito ao cuidado da pessoa/cliente, pois, atendendo à hora prevista, poderia existir terapêutica que tinha especificidades de administração (que



acabam por não ser cumpridas) como: “administrar 30 minutos antes das refeições” ou “administrar de 8 em 8 horas”.

Assim, chegamos à **alínea e)** na qual vem expresso que o Enfermeiro deve assegurar a sua presença no local de trabalho, em situações que a sua ausência interfira com a continuidade dos cuidados, garantindo o direito ao cuidado da pessoa/cliente, bem como a sua segurança, vigilância contínua e disponibilidade para agir (NUNES *et al.*, 2005).

Como está descrito no caso, “os enfermeiros do serviço, por diversas razões, saíssem do serviço mais cedo”, tal não pode significar que abandonavam o seu local de trabalho antes do final do turno, sem serem substituídos. Pois implicaria não estar assegurado o cuidado e a vigilância das pessoas que tem ao seu cuidado. Este tipo de acção contrariaria as duas alíneas que já interpretámos e analisámos, mas principalmente o enunciado do artigo “Direito ao cuidado”, pois não só se cometeram erros terapêuticos (dos quais podem advir consequências graves e irreversíveis para o estado de saúde da pessoa/cliente), mas também um claro desrespeito ao código deontológico e aos

direitos da pessoa/cliente, pois o abandono do local de trabalho, sem substituição, põe em causa a actividade dos outros profissionais do serviço, mas principalmente a garantia dos cuidados e da sua continuidade ao longo dos turnos (NUNES *et al.*, 2005).

Artigo 88º – Da excelência do exercício

O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;*
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;*
- c) Manter a actualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;*
- d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a*

qualidade de cuidados;

e) *Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;*

f) *Abster-se de exercer funções sob influencia de substância susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.*

O artigo 88º diz respeito à excelência do exercício do Enfermeiro. A excelência do exercício deve ser contínua ao longo do desenvolvimento profissional e a sua procura está ligada à concretização da autonomia, imprescindibilidade e qualidade dos cuidados prestados (NUNES *et al.*, 2005). Portanto, a procura pela excelência do exercício deve ser feita em todas as actividades profissionais desenvolvidas e não só ocasionalmente (NUNES *et al.*, 2005).

Mais uma vez, este é um artigo que se inclui na área dos deveres do profissional de Enfermagem

Relativamente a este artigo só poderemos interpretar, analisar e confrontar a **alínea a)** com o nosso caso.

A alínea a) afirma que o Enfermeiro deve "analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude". Esta análise do trabalho feito pelo Enfermeiro deve ser regular e servir como catalisador para a mudança de atitude profissional (caso seja necessário).

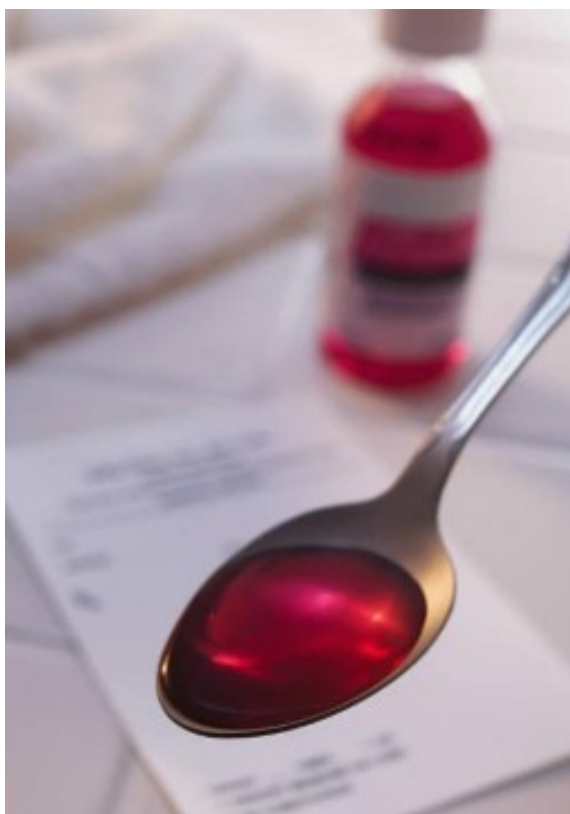
Uma vez que a análise do trabalho prende-se com o planeamento e reflexão (que está directamente ligada à "busca da excelência do exercício"), há que utilizar o pensamento crítico, para pensar sobre as actividades desenvolvidas, analisá-las, avalia-las, modificá-las e não só tentar melhorá-las, como mantê-las em rotina (NUNES *et al.*, 2005).

A prática do enfermeiro inclui componentes científicas, técnicas e relacionais, assim, reflectindo sobre estas três componentes, há que avaliar o desempenho (como já foi referido) com o principal objectivo de prestar cuidados com a melhor qualidade possível (NUNES *et al.*, 2005).

Na prática diária dos enfermeiros do caso apresentada, havia uma rotina pré-estabelecida, e que não era avaliada nem analisada. Não existia, claramente, uma reflexão, mesmo quando acontecia alguma intercorrência negativa, consequência do erro terapêutico ou do abandono do local de trabalho.

Assim, podemos afirmar que existe uma necessidade de alertar os profissionais de Enfermagem, para avaliarem e reflectirem sobre o exercício da sua profissão, e que o menos importante é os anos que têm de profissão.

A procura da excelência do exercício tem que ser uma constante na prática de todos os dias, pois assim é possível prestar cuidados de qualidade e desmascarar os estigmas e crenças que ainda possam existir sobre a



Enfermagem, mostrando que os profissionais são competentes, críticos em relação à sua actividade e procuram melhorar a sua actividade profissional todos os dias, valorizando o papel do Enfermeiro (NUNES *et al.*, 2005).

Artigo 89º – Da Humanização dos Cuidados

O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, 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.*

Relacionando o artigo 89º da Humanização dos Cuidados com o caso analisado percebemos que, apesar de não ser estabelecida uma relação directa entre eles podemos encontrar um ponto de ligação no que se refere ao comentário "Cuido como a pessoa gosta ou quer ser cuidada" (cit. por NUNES *et al.*, 2005)

Partindo do principio que a maioria das pessoa internadas têm o objectivo de tratamento e melhoria do seu estado de saúde, então poderemos dizer que a equipa de enfermagem referida no caso está a agir contra o projecto de saúde que a pessoa tenta seguir, pelo facto de a administração de terapêutica, que poderá já ter sofrido alterações físico-químicas, por estar a ser administrada em horários incorrectos, poderá vir a reflectir-se negativamente no estado de saúde da pessoa.

Nesta circunstância, a questão prende-se com o **artigo 76º – Deveres em Geral, alínea a)** que revela como dever do enfermeiro "*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".

Artigo 90º – Dos Deveres para com a Profissão

Consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão;*
- b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;*
- c) Proceder com correcção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais;*
- d) Abster-se de receber benefícios ou gratificações além das remunerações a que tenha direito;*
- e) Recusar a participação em actividades publicitárias de produtos farmacêuticos e equipamentos técnico-sanitários.*

Referente ao artigo 90º dos Deveres para com a Profissão, na **alínea a)** é destacado que a acção de cada enfermeiro reflecte toda a profissão de enfermagem, onde se percebe que o enfermeiro deverá agir de modo que a pessoa possa depositar em si confiança, relativamente aos cuidados prestados correctamente. Esta confiança na equipa possibilitará uma melhor aceitação dos cuidados e colaboração nestes. Esta alínea prende-se ao dever do enfermeiro enunciado no **artigo 76º – Deveres em Geral alínea f)**: *Contribuir para a*

dignificação da profissão.

Segundo o caso analisado, a equipa de enfermagem não age de forma a possibilitar esta confiança por parte da pessoa pois está a expor a pessoa a uma situação de risco para a sua saúde.

Porém surgem-nos duas questões.

Será que as pessoas quando em internamento conseguem aperceber-se de que a terapêutica não é administrada sempre à mesma hora? Mesmo tendo essa noção, será que percebem que essa acção poderá afectar directamente a sua saúde? Pensamos que não. As pessoas para além de, na maioria das vezes, não se aperceberem, mesmo que tal aconteça confiam que esta prática fará parte do seu processo de tratamento. Assim, terão uma confiança na equipa de enfermagem que está a ser "posta em causa" por parte da equipa.

O enfermeiro deverá "prestar ajuda utilizando as competências profissionais que lhe são próprias" (cit. NUNES *et al.*, 2005), como é o caso da administração terapêutica que, apesar de ser uma intervenção interdependente por se seguir a uma prescrição médica, no que toca a preparação e administração é total responsabilidade do enfermeiro. Por este motivo compete à equipa de enfermagem ter cuidado especial em cumprir com as normas de preparação terapêutica tendo em atenção as suas propriedades físico-químicas bem como cumprir os horários estabelecidos pelo médico para a sua administração.

Breve Reflexão Final

Após analisar o caso colocado, no global considerámos que desrespeita os direitos humanos, os deveres do Enfermeiros e os princípios científicos que regem a administração da terapêutica. Assim, a administrar e preparar a terapêutica, o Enfermeiro

deve ter em conta o horário específico, bem como as suas especificidades (por exemplo, relativamente ao tempo de administração após preparação ou período de tempo entre as refeições e toma de terapêutica, bem como as interacções medicamentosas entre farmacos), para que possa desenvolver esta actividade com a maior das seguranças. É ainda de referir, que os enfermeiros devem permanecer no seu local de trabalho até serem substituídos, assegurando o número previsto de enfermeiros presentes no serviço e a continuidade dos cuidados.

O facto do enfermeiro ter em conta estes princípios, além de promover a evolução favorável do estado de saúde das pessoas de quem cuidam, leva a que estas olhem para a profissão como tendo um bom nível de rigor científico e responsabilidade, o que é desejável.

Cabe ao enfermeiro procurar desempenhar um papel activo, baseado na prestação de cuidados com qualidade e competência, respeitando assim o Ser Humano em todas as suas dimensões e contribuindo activamente para a excelência do exercício.

Referências Bibliográficas

- PHIPPS *et al.*, - *Enfermagem Médico – Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. volume II. Lusociência, Loures, 2003. ISBN: 972 – 8383 – 65 – 7.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - *Código Deontológico do enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.