



UNIVERSIDADE ABERTA

V MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS CONTRIBUTOS
DO CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM
ENFERMAGEM PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Cidália Maria Cruz Silva Patacas de Castro

Lisboa
Setembro/2007

UNIVERSIDADE ABERTA

V MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS CONTRIBUTOS DO
CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada para
obtenção do Grau de Mestre em
Comunicação em saúde, sob a
orientação da Professora Doutora
Marta Lima Basto

Cidália Maria Cruz Silva Patacas de Castro

Lisboa
Setembro/2007

“Olhar é uma coisa
Ver o que se olha é outra coisa
Compreender o que se vê é uma terceira coisa
Aprender do que se compreende é algo diferente
Porém, agir de acordo com o que se aprende
É o que realmente interessa”

BENJAMIN PUCKET

AGRADECIMENTOS

A Deus que tem vindo a iluminar a minha existência.

Á Professora Doutora Marta Lima Basto, nenhuma palavra poderá expressar a gratidão pelos saberes que partilhou, pela superior orientação, pelo incentivo constante no desenvolvimento das nossas potencialidades e disponibilidade respeitando sempre o ritmo que nos era possível.

Á minha mãe, que sei que olha por mim em cada instante da minha vida, onde quer que esteja, que sempre me fez ver que é preciso buscar forças em algum lugar e lutar, obrigado pelo ensinamentos.

Ao Castro, companheiro de todas as horas, pela compreensão, carinho e apoio.

Á Inês e ao António, os meus filhos, pelo colorido que trouxeram à minha vida, pelo tempo roubado e por serem meus!

Aos colegas da Unidade de Cuidados Intensivos, pela disponibilidade e colaboração, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

RESUMO

A formação como instrumento de reflexão e mudança, proporcionando a crítica e a renovação, elementos fundamentais na aquisição de competências, é um dos pilares para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Com a passagem do Curso de Enfermagem a Licenciatura, os enfermeiros detentores do grau de bacharel terão de desenvolver um processo de complemento de formação, a fim de adquirirem o grau de licenciados.

Realizamos este estudo com a finalidade de dar resposta à seguinte questão: Na perspectiva dos enfermeiros que frequentaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que implicações teve esse curso na qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam?

Optámos pelo paradigma construtivista, sendo o interaccionismo simbólico a perspectiva orientadora e a “Grounded Theory” a abordagem metodológica. A nossa população foi constituída por dez enfermeiros que exercem a sua actividade profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Na colheita de dados utilizámos três técnicas: a entrevista, a observação e a consulta documental. Os dados foram colhidos e analisados em simultâneo, encontradas unidades de significação, que foram categorizadas e posteriormente integradas em dimensões, conforme preconizado por Strauss & Corbin de acordo com a metodologia da “Grounded Theory”.

Os resultados indicam que os participantes identificaram contributos a dois níveis: na Interação Enfermeiro/Utente; nomeadamente a nível: da comunicação terapêutica; estar disponível; enriquecimento; de conhecimentos teóricos, espírito reflexivo e crítico, assim como um crescimento pessoal e profissional. A nível de execução dos cuidados instrumentais referem não ter adquirido contributos em termos de prática, mas sim na forma como vêm essa prática. Na Interação Enfermeiro/Família salientam o explicar, estar disponível e fazer com a família em termos de participação da família nos cuidados, sendo este último ainda muito esporádico, embora exista sensibilização dos participantes neste sentido.

Apontam como factores facilitadores desta mudança a enfermeira chefe, os colegas, a escola, a enfermeira responsável pela formação e os projectos desenvolvidos na escola.

É fulcral para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem que se continue a investigar os cuidados de enfermagem no seu contexto natural, partindo assim para uma conceptualização dos mesmos.

Palavras-chaves: Formação contínua, formação em serviço, garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

ABSTRACT

The basic formation as an instrument of reflection and change, providing critic and renewal, which are elements in acquisition of abilities, is one of pillars for excellence in nurse caring.

With transition of Nursing Course to Licence level, nurses detaining bachelor's degree will have to develop a process of formation complement, in order to acquire licentiate's degree.

We perform this study, aiming to answer the following question: Under the perspective of nurses who attended the Nursing Complement Course of Formation, which where the Course implications on their nursing care performance quality?

We opted for the constructivist paradigm, being symbolic interactionism the orienting perspective and "Grounded Theory" the methodological approach. Study population consisted in ten nurses exerting professional activity in a general intensive care unit. For data collection, three techniques were used: interview, comment, and documentary consultation. Data were simultaneously collected and analysed. Units of signification were found, categorized and integrated in dimensions, as recommended by Strauss & Corbin, in accordance with "Grounded Theory" methodology.

Results indicate that participants identified contributions at two levels: Nurse/User Interaction, namely at therapeutic communication level, to be available, theoretical knowledge enrichment, reflective and critical spirit; as well as a personal and professional growth. At the level of instrumental care execution, participants refer to have acquired contributions, not in terms of practice, but in the way they see their practice. In Nurse/Family Interaction, pointed out explaining, to be available, and to make with the family, in terms of its participation in care, being this last activity very sporadically accomplished, even though sensitization exists, from the participants, in that direction.

Head nurse, colleagues, school, nurse responsible for formation and projects developed in school, are pointed out as factors that made this change easier.

It is essential for development of nursing discipline, to continue investigating nursing care in its natural context, thus starting for its conceptualization.

Keywords: Continuous formation, in service formation, nursing care guarantee of quality, Nursing Complement Course of Formation.

INDÍCE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	12
I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1 – FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO.....	20
2 – QUALIDADE EM ENFERMAGEM.....	26
3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	34
II PARTE – PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	
4 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	45
5 – CONTEXTO E SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	48
5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	51
6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	53
6.1 – ENTREVISTA.....	53
6.2 – OBSERVAÇÃO.....	55
6.3 – CONSULTA DOCUMENTAL.....	59
7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	62
8 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	68
III PARTE – INTERACÇÃO ENFERMEIRO/UTENTE/FAMILIA, FACTORES FACILITADORES DA MUDANÇA	
9 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	70
CONCLUSÃO.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	137
ANEXOS.....	146
ANEXO I: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	147
ANEXO II: EXEMPLO DE UMA ENTREVISTA.....	149

INDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	51
QUADRO 2 – CATEGORIAS INERENTES À DIMENSÃO INTERACÇÃO ENFERMEIRO/UTENTE.....	73
QUADRO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA.....	74
QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA ESTAR PRESENTE.....	87
QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA ENRIQUECIMENTO.....	94
QUADRO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA EXECUTAR.....	101
QUADRO 7 - CATEGORIAS INERENTES À DIMENSÃO INTERACÇÃO ENFERMEIRO/FAMILIA.....	104
QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA ESTAR PRESENTE.....	104
QUADRO 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA EXPLICAR.....	111
QUADRO 10 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA FAZER COM.....	114
QUADRO 11 - CATEGORIAS INERENTES À DIMENSÃO FACTORES FACILITADORES DA MUDANÇA.....	116
QUADRO 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA COLEGAS.....	116
QUADRO 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA ENFERMEIRA CHEFE.....	118
QUADRO 14 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA PROJECTOS DESENVOLVIDOS.....	120

QUADRO 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA ESCOLA.....	123
QUADRO 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS PELA CATEGORIA ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO.....	125

INTRODUÇÃO

Ao reflectirmos sobre a profissão de enfermagem enquanto disciplina podemos constatar que esta tem vindo a sofrer mudanças significativas ao longo dos tempos.

A necessidade premente de definir as suas práticas tem suscitado o desenvolvimento e o crescimento em enfermagem. Foram surgindo correntes do pensamento e formas de compreender os fenómenos (que tomaram a designação de paradigmas), que marcaram a evolução dos conhecimentos. As concepções da enfermagem, independentemente da perspectiva ou paradigma explicativo, têm em comum os conceitos - Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem -que constituem o metaparadigma da Enfermagem. Estes constituem um conjunto de valores, crenças e princípios que orientam a disciplina. Tal como refere Basto (1998:81) "... qualquer que seja a perspectiva ou paradigma que explique o que é a enfermagem, inclui sempre quatro conceitos essenciais". A forma particular como os enfermeiros relacionam estes conceitos, circunscreve o seu campo de acção.

Sabemos que as teorias e os modelos de enfermagem servem para conduzir as nossas práticas, baseadas em objectivos bem definidos e formas de agir fundamentadas. Desta forma um modelo teórico apresenta-se como um guia, uma base lógica que nos orienta no exercício da profissão. Embora diferentes e baseando-se em teorias distintas, os modelos de enfermagem apresentam todas características comuns, sendo uma das mais importantes a visão holística e humanista da pessoa, sugerindo a humanização dos cuidados prestados independentemente da filosofia e do respectivo quadro conceptual. É assim que a pessoa é encarada, como ser único que reage sempre como um todo, sendo este diferente e mais do que a soma das partes.

Ao longo do nosso percurso profissional deparamo-nos por vezes com situações perturbadoras sendo primordial ter sempre presente os valores que orientam os cuidados de enfermagem, assim como esses valores se reflectem ao nível das tomadas de decisão.

As decisões tomadas por uma pessoa reflectem o seu nível de desenvolvimento moral. Como nos diz Kohlberg, a consciência moral não está completamente formada quando uma pessoa nasce, pelo contrário, vai evoluindo através de várias fases do desenvolvimento. No caso dos enfermeiros este aspecto é de extrema importância, pois as opções que fazemos devem conduzir a actuações que salvaguardem os interesses do utente e respeitem a sua integridade física, psicológica, social e espiritual. É a sensibilidade que nos faz estar atentos aos comportamentos dos utentes/família.

A formação permanente, é uma força geradora de atitudes e comportamentos, bem como de formas de estar e de agir perante diferentes problemáticas, desempenhando um papel fundamental em relação à evolução dos cuidados de enfermagem.

A orientação social da enfermagem exige que a mobilização de saberes, atitudes e habilidades seja concretizada simultaneamente quer a nível hospitalar, quer a nível da comunidade. Assim sendo, cada enfermeiro deverá aplicar os conhecimentos obtidos na sua formação, rentabilizando-os ao nível das suas potencialidades e competências, reforçando a sua identidade profissional, tendo em linha de conta o seu “eu”, a sua formação e o local de trabalho onde desenvolve a actividade laboral.

Aprender ao longo da vida, é cada vez mais uma necessidade imperiosa dos enfermeiros, tendo em conta a constante evolução científica, tecnológica e social, em todos os domínios.

A formação é um processo de socialização, que coincide com o percurso profissional de cada indivíduo, dando-lhes a possibilidade de adquirirem ou aperfeiçoarem os conhecimentos, as capacidades e os comportamentos para exercerem as suas funções com competência, e estarem preparados para os futuros desafios profissionais, sendo eles próprios um factor essencial de desenvolvimento das organizações, pois esta formação permite-lhes uma adequação constante ao meio envolvente e valoriza a produção. “A formação em Enfermagem teve desde sempre uma ligação ao contexto de trabalho, dado

o carácter essencialmente prático desta profissão (...) confrontando-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num meio em permanente mudança” (Frederico e Leitão, 1999:136).

A formação em enfermagem é constituída pela formação de base e pela formação permanente. A formação de base desenvolve competências pessoais, científicas, técnicas, éticas e culturais, com o objectivo de contribuir para a garantia da melhoria dos cuidados prestados. Como refere Basto (1998:163) “Espera-se que a formação em enfermagem influencie a socialização profissional, preparando assim enfermeiras para actuar de acordo com valores profissionais. (...), mas os valores profissionais têm que ser mais próximos dos da prática, senão perdem o sentido.”

As alterações ocorridas no ensino da enfermagem, levaram ao fim dos Cursos Superiores Especializados em Enfermagem (CESEE), que eram uma via para a aquisição de uma formação especializada e ao mesmo tempo contribuían para a obtenção do grau de licenciado.

A alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 115/97 de 19 de Setembro), contribuiu para a obtenção do grau de licenciado em enfermagem, a partir do momento em que a formação inicial termina, e a especialização é considerada uma pós-graduação. Perante esta situação houve necessidade de promover uma forma que possibilitasse aos enfermeiros com o grau de bacharel a aquisição do grau de licenciatura.

Surge o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE) que contempla, um plano de estudos cuja finalidade é aprofundar a Formação em Enfermagem, garantindo uma formação humana, científica, técnica e cultural, que permita adquirir e desenvolver competências, uma maior autonomia e a prestação de cuidados de enfermagem de excelência à Pessoa, ao longo do seu ciclo vital, à Família, Grupos e Comunidade, aos diferentes níveis de intervenção (Portaria nº799 – E/99).

Tal como nos diz Canário (1994:27) “(...) é necessário fazer do exercício de trabalho, objecto de reflexão...”. A reflexão não é um fim em si, mas um meio, que permite visualizar novas formas de intervir. Segundo John Dewey citado por Alarcão (1996:175) a reflexão é “...uma forma especializada de pensar. Implica uma perscrutação activa, voluntária, persistente e rigorosa daquilo em que se julga acreditar ou daquilo que habitualmente se pratica, evidencia os motivos que justificam as nossas acções ou convicções e ilumina as consequências a que elas conduzem”.

A frequência do Complemento de Formação para os enfermeiros bacharéis é uma oportunidade excelente “...para aprofundar conhecimentos de modo articulado com uma reflexão sobre a prática que cada um tem desenvolvido” (Ribeiro, 1998:16). Concordamos com Amendoeira (1999:20) ao afirmar que “A relação formação trabalho, enquanto relação dialéctica contribui para a compreensão do fenómeno - o cuidado de enfermagem - através da análise das práticas”.

A formação em enfermagem é fulcral permitindo ao enfermeiro a aquisição de competências para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Pensamos assim ser pertinente e actual a realização de um estudo que dê a conhecer os contributos do curso de complemento de formação para uma prática reflectida e conseqüente melhoria de cuidados à pessoa, foco da nossa actuação como enfermeiros. Concomitantemente esperamos poder contribuir para uma reflexão crítica dos enfermeiros sobre a sua prática diária num serviço tão específico como é a Unidade de Cuidados Intensivos.

Com este estudo pretendemos dar resposta à seguinte questão: Na perspectiva dos enfermeiros que frequentaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que implicações teve esse curso na qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam?

Este trabalho encontra-se dividido três partes fundamentais. Numa primeira parte encontramos o enquadramento conceptual, em que faremos uma breve

abordagem à Formação / Educação em Enfermagem, Qualidade em Enfermagem e Cuidados de Enfermagem.

Numa segunda parte apresentamos os procedimentos metodológicos, que tal como o nome indica, diz respeito ao percurso metodológico desenvolvido, através da caracterização do estudo, procedimentos relativos à recolha e análise dos dados e limitações do estudo. Segue-se uma terceira parte onde apresentamos os dados, análise e discussão destes de acordo com as dimensões e categorias encontradas.

Finalizamos com a conclusão.

Pretendemos com este relatório dar a conhecer o caminho percorrido na realização deste trabalho, assim como as nossas reflexões e conclusões sobre a temática.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta parte inicial temos como objectivo, elaborar uma abordagem sucinta sobre as referências conceptuais pertinentes no âmbito da temática em estudo, descobrindo assim um pouco do que se conhece e discute sobre esta e a orientação que guia o nosso estudo.

É constituído por três capítulos que nos parecem ser essenciais para a compreensão da problemática em estudo e questão de investigação. Inicialmente abordaremos a importância da Formação / Educação em Enfermagem. Seguidamente, procurar-se-á encontrar o significado de Qualidade em Enfermagem. Por último, de forma sucinta recorrendo um pouco à evolução da enfermagem ao longo dos tempos abordaremos algumas vertentes sobre Cuidados de Enfermagem, de acordo com alguns teóricos nomeadamente Swanson e Afai Meleis, visto nos identificarmos com as referidas autoras.

1 – FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO

A história da Educação e da Formação está intimamente ligada com o desenvolvimento das instituições e da própria sociedade.

A educação está inerente a um processo evolutivo que acompanha o indivíduo por toda a vida e o adapta às exigências do meio social. Sem educação não seria possível a aquisição e a transmissão do conhecimento. É através da educação que a cultura sobrevive. A educação, assenta em quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer (adquirir instrumentos de compreensão), aprender a fazer (para agir no meio), aprender a viver com (para participar e cooperar) e aprender a ser. É importante o reconhecimento do Indivíduo como ser autónomo, único, com estratégias e finalidades próprias de aprendizagem.

Entende-se hoje, que a Educação Permanente “é um processo contínuo e global de formação que engloba a aprendizagem inicial e a que se desenrola lado a lado com o trabalho, estendendo-se durante toda a existência e considerando-se parte integrante da vida. A formação dos profissionais assume-se como um continuum que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua. A tónica da formação de adultos é colocada mais no seu carácter activo que na recepção de informação, por se tratar de formação na acção e sobre a acção, as actividades assumem importância central” (Nunes, 2003:347).

A formação não é um bem que se adquire, do mesmo modo que a cultura, não pertence ao domínio do “ter”, mas sim ao domínio do “ser”.

A formação é um processo de socialização, que coincide com o percurso profissional de cada indivíduo, dando a possibilidade de adquirir ou aperfeiçoar os conhecimentos, as capacidades e os comportamentos para exercer as suas funções com competência, e estar preparado para os futuros desafios profissionais, sendo ele próprio um factor essencial de desenvolvimento das

organizações, pois esta formação permite-lhe uma adequação constante ao meio envolvente e valoriza a produção.

Mão – de – Ferro (1999:16) define formação como “um conjunto de actividades, que são organizadas e desenvolvidas com o objectivo de habilitar as pessoas no desempenho de determinadas profissões, ou seja, proporcionar aos indivíduos, em situação de formação, oportunidades e meios para que adquiram: conhecimentos – o “*saber - saber*”, capacidades práticas – o “*saber – fazer*”, as atitudes e comportamentos – o “*saber – ser*”, conhecimentos capacidades e atitudes que permitam - o “*saber – evoluir*”.

A formação de base, é uma força geradora de comportamentos e atitudes, bem como de formas de estar e de agir perante diferentes problemáticas, desempenhando um papel fundamental em relação à evolução dos cuidados de enfermagem. É importante que exista uma certa harmonia entre a formação recebida pelo aluno e o desempenho que irá ter, fomentando-se contacto com modelos profissionais de modo a que possuam uma imagem adequada da profissão. É no início da formação de base que deve ser inculcida uma motivação para a formação permanente.

A orientação social da enfermagem exige que a mobilização de saberes, atitudes e habilidades seja concretizada simultaneamente quer a nível hospitalar, quer a nível da comunidade. Assim sendo, cada enfermeiro deverá aplicar os conhecimentos obtidos na sua formação, rentabilizando-os ao nível das suas potencialidades/competências, com vista à criação de uma identidade profissional, que tenha em linha de conta o seu “eu” pessoal, a sua formação e o local de trabalho onde desenvolve a actividade laboral. Segundo Dias (2004:35) “As necessidades de formação na classe de enfermagem diferem de indivíduo para indivíduo porque cada um é um ser único, no entanto, existe uma cultura de enfermagem”. Com Florence Nightingale no século XIX, iniciou-se a formação aos enfermeiros “deve-se a Florence Nightingale os primeiros passos para a formação de enfermeiras” (Nogueira, 1990:128).

“A formação em Enfermagem teve desde sempre uma ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter essencialmente prático desta profissão (...) confrontando-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num meio em permanente mudança” (Frederico e Leitão, 1999:136).

Os desafios do presente e futuro exigem cada vez mais uma gestão de recursos humanos direccionada para a formação. Aprender ao longo da vida, é cada vez mais uma necessidade imperiosa dos enfermeiros, tendo em conta a constante evolução científica, tecnológica e social, em todos os domínios, leva a que o que se aprende hoje se torne obsoleto amanhã.

A formação é um dos pilares fundamentais de qualquer sistema de gestão de recursos humanos, porque através desta, se colmatam necessidades, assim como suscita o aparecimento de novas necessidades.

A Formação em Serviço, ocorre em contexto de trabalho, de forma formal ou informal, articulada com a acção, permitirá o desenvolvimento integrado de competências dos Enfermeiros nos serviços, levando naturalmente á inovação e a melhoria dos cuidados de enfermagem. Segundo Shön citado por Alarcão (1991:12) a formação em serviço só é válida se “foi realizada em ambientes de formação profissional prática que integram acção e reflexão na acção, considerando esta como fonte de conhecimentos que se geram na própria acção” (Dias, 2004:45). Ainda segundo o mesmo autor citando Carneiro (1994), quanto mais constantes forem as oportunidades de reflexão, mais frequentes serão os avanços na homogeneidade da equipa e, conseqüentemente, da qualidade da prestação de cuidados.

“Os enfermeiros ao começarem progressivamente a consciencializar-se da qualificação que possuem e dos saberes que mobilizam nos contextos diários de trabalho procuram: (1) conciliar as melhores formas de transferir o «conhecimento científico» para o aplicar no quotidiano e (2) compreender como o trabalho técnico - intelectual promove ou não essa transferência.” (Amendoeira, 2006:22).

No entanto, segundo Le Boterf (1994), citado por Dias (2004:60), é necessário não confundir a noção de competência com os conhecimentos adquiridos através da formação. Os conhecimentos adquiridos através da formação estão evidentes no maior grau de conhecimentos e nas capacidades desenvolvidas após a formação profissional. As competências desenvolvem-se, surgem pela aplicação adequada e congruente às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos. Para se ser competente não basta ser detentor de conhecimentos e capacidades. Le Boterf (1994: 41), define competência como: um “saber mobilizar”, um “saber integrar” e um “saber transferir”, os conhecimentos e as capacidades.

Benner (2001), no seu livro de Iniciado a Perito, identifica cinco níveis de competências na prática clínica da enfermagem. Ela defende que independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, as competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional no contexto do trabalho. Esses níveis são: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Existe uma evolução gradual e temporal. Tal como nos refere Dias (2004:64) “leva-nos a acreditar que este desenvolvimento das competências, mais ou menos rápido, se deve à capacidade de reflexão e interiorização, ligado às características individuais do indivíduo e aos contextos do trabalho. A formação em serviço terá que desenvolver uma flexibilidade crítica dos formandos perante situações de trabalho.”

É importante que a organização tenha presente que o seu desenvolvimento está directamente relacionado com o desenvolvimento dos recursos humanos, investindo na formação dos profissionais de saúde nas diversas unidades hospitalares, de modo a poder concretizar os objectivos definidos, promovendo o desenvolvimento sócio - profissional de todos os profissionais.

Os documentos que suportam o exercício da prática – carreira, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e os estatutos da ordem – advogam um cada vez maior empenhamento dos enfermeiros na actualização e

aperfeiçoamento dos seus conhecimentos e desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da Enfermagem.

Nos últimos cem anos, na Enfermagem passou-se de uma formação incipiente e com pouco recolhimento social para uma profissão socialmente e cientificamente mais significativa. As mudanças foram marcantes. Assim de acordo com Nunes (2003):

- Nos anos setenta a maioria dos prestadores de cuidados de enfermagem eram auxiliares de enfermagem
- Os anos setenta foram marcados pelo nível único em enfermagem, terminando os auxiliares de enfermagem
- Os anos oitenta foram marcados pelas especialidades
- No Diário da República de 22 de Fevereiro de 1985, lia-se que “A educação em enfermagem é de nível superior e deverá garantir o equilíbrio entre a competência académica e científica e a competência técnica e profissional.”, Mostrando-se uma “aspiração” ao ensino superior.
- Em 1988, a integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do ensino superior politécnico, trouxe uma serie de elementos como: Obrigatoriedade em ser detentor do 12º ano para se candidatar ao curso, estarem previstas as equiparações a bacharéis em Enfermagem e a Estudos Superiores Especializados
- Em Setembro de 1996 foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Em 1998 foi criada a Ordem dos Enfermeiros, surge o Código Deontológico
- Em 1999 o Curso de Enfermagem passou a ser Licenciatura, os enfermeiros detentores do grau de bacharel terão de desenvolver um processo de complemento de formação.

Surge o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que contempla, um plano de estudos cuja finalidade é aprofundar a Formação em Enfermagem, garantindo uma formação humana, científica, técnica e cultural,

que permita adquirir e desenvolver competências, uma maior autonomia e a prestação de cuidados de Enfermagem de Excelência à Pessoa, ao longo do seu ciclo vital, à Família, Grupos e Comunidade, aos diferentes níveis de intervenção. Neste sentido pretende-se que o curso promova um espaço de reflexão, rentabilizando os saberes antes adquiridos e desenvolva novas competências que permitam ao formando a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem de excelência.

Concordamos com Nunes (2003:347) ao afirmar que “É da formação que decorre um corpo de profissionais qualificados para o exercício – por si só, não confere imagem de marca, com o estatuto de curso superior. Esta credibilidade, estamos convictos, virá da prática dos cuidados, sendo a formação um dos instrumentos de reflexão e mudança, um terreno propício à crítica e à renovação.” Há que revalorizar a formação, promovê-la e percepcioná-la como uma das chaves do desenvolvimento de competências.

2 – QUALIDADE EM ENFERMAGEM

A qualidade é actualmente um tema fulcral, presente nas organizações e com carácter influente no desenvolvimento das sociedades. Cada vez mais a procura da qualidade é uma constante a ter em conta na prestação de cuidados de saúde.

Definir qualidade é difícil, significando diferentes coisas para diferentes pessoas, estando as perspectivas em relação à qualidade muito dependentes de experiências prévias ou expectativas anteriores.

Para Deming, citado por Pires (1993), qualquer empresa com a visão da garantia da qualidade, colocará o cliente no centro e organizar-se-á em torno dele, isto é, colocar-se ao seu serviço e não servir-se do cliente. É aqui que para o cliente dum serviço começa a excelência.

Na área da saúde segundo Donabedian (1996); Seco (1989), citados por Ussene Can (1998:30) “a qualidade é uma característica que os cuidados de saúde podem ter em vários graus. Assim, na avaliação da qualidade ajuíza-se, se um determinado aspecto dos cuidados tem ou não esta característica e em caso afirmativo, em que medida”. Para Donabedian (1989) segundo a mesma autora, “as várias interpretações possíveis de cuidados de saúde conduzem a diferentes formulações do conceito de qualidade”. Sendo no entanto a estrutura conceptual comum, independentemente das interpretações. Pode-se dizer que qualquer prestador de cuidados de saúde actua em dois domínios; o técnico e o interpessoal. “O primeiro traduz a aplicação da ciência e da tecnologia à gestão de um determinado problema de saúde de modo a maximizar os benefícios sem no entanto aumentar os riscos. O segundo traduz a relação interpessoal, tarefa mais delicada pela relação terapêutica no “cuidar” do ser humano” (Ussene Can, 1998:30).

Sendo o hospital uma entidade prestadora de serviços, não tem como objectivo final a produção de objectos materiais, mas sim o serviço prestado directamente ao utente. A gestão da qualidade é então o melhor meio de satisfazer todas as necessidades de saúde e bem – estar dos utentes, através da garantia da qualidade dos cuidados que lhe são prestados, tendo em conta a satisfação ao menor custo.

Deve haver uma preocupação por parte dos profissionais de saúde no sentido de otimizar os cuidados, de acordo com os recursos disponíveis, o que envolve um compromisso entre qualidade, quantidade e custos.

De acordo com Donabedian (1970), o sistema de saúde é composto por três componentes: a estrutura, o processo e os resultados. A serem avaliadas independentemente, conforme os dados que se pretendem recolher, mas que reunidas formam um todo. Se aplicarmos este modelo aos cuidados de enfermagem, podemos referir que estes (os cuidados de enfermagem), são um conjunto de acções desempenhadas pelo enfermeiro (processo), num determinado meio (estrutura), tendo em vista a satisfação das necessidades dos utentes (resultado).

A garantia da qualidade é um sistema através do qual garantimos, a nós próprios e aos outros, a qualidade do trabalho sob a nossa responsabilidade. Tal como refere Silva (1985:7) citando Donabedian, “deverão ser os próprios profissionais de saúde a adoptar e assumir a responsabilidade dos processos de avaliação e correcção da qualidade dos cuidados que prestam, se não outros profissionais sem a mesma sensibilidade o farão”.

Para Kemp (1995), a garantia da qualidade em enfermagem passa por garantir aos utentes a qualidade dos cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

A qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, no entanto o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

O enfermeiro na sua área de actuação deverá dar ênfase à qualidade dos cuidados que presta. A garantia da qualidade pode ser percebida pelos profissionais como um meio de determinar as suas lacunas e por consequência, completar a sua formação.

Se retrocedermos um pouco na história da evolução da enfermagem, verificamos que já Florence Nightingale, no século XIX, se preocupava com a qualidade, segundo esta os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados, mediante a melhoria das condições higiénicas.

Jacquerye (1983:19) refere-nos que a nível específico da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma das primeiras tentativas foi efectuada nos Estados Unidos da América, em 1950, por Reiter e Kakosh, que a partir da análise de várias situações clínicas, do ponto de vista da enfermagem, elaboraram o “Código de Boa prática”, que constitui uma revisão de critérios de qualidade. Menciona Deken, que na década de sessenta, insiste na necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, e estabelece normas, aconselhando a criação de uma equipa de peritos. A Liga Nacional de Enfermeiros dos Estados Unidos da América propõe nessa altura um guia de avaliação dos cuidados de enfermagem, com seiscentas questões que podem corresponder a critérios de qualidade.

Segundo Sousa (1996:29), na década de setenta, vários métodos foram estudados como os de Dunn e Cash (1970), estes baseados na observação directa da actuação dos enfermeiros e/ou utentes, assim como na análise de registos, que focavam em geral o processo de enfermagem, mas a nível de cuidados básicos (higiene e terapêutica). Ainda segundo a mesma autora, Horn e Swain (1977), publicam um projecto de método de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base os conceitos de Orem sobre as necessidades individuais do homem.

No Canadá os primeiros registos datam de 1969, com a criação pelo Conselho de Administração da Associação das Enfermeiras Canadianas de um comité

responsável pelo estudo de instrumentos passíveis de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo posteriormente publicadas por esta associação as directivas para a elaboração de normas de cuidados de enfermagem.

A nível da Europa surgem registos sobre esta temática a partir dos anos setenta, sendo no entanto essencialmente baseados em estudos americanos e não europeus.

Segundo Sousa (1996:30), em Portugal há várias tentativas de trabalhar o tema, sendo de salientar o trabalho de Romeu do Carmo (1983) sobre uma proposta de metodologia de avaliação de qualidade, tendo a temática sido já em 1982, objecto de estudo do 2º Congresso de Enfermagem.

Leininger (1978) e Watson (1985) defendem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam às pessoas se estiverem atentos às dimensões humanas como a cultura e a espiritualidade, integrando-as nos cuidados.

Segundo Pires (1993) a qualidade está normalmente ligada à ideia de excelência. No entanto a excelência não é mensurável. Assim, a definição de um conceito operacional é indispensável para que a qualidade possa de facto ser medida, o que implica a utilização de critérios e padrões pré-definidos. Os critérios são vias predefinidas, relativamente às quais podem ser comparados aspectos de qualidade, enquanto os padrões são valores de critérios, expressam a medida, o grau adequado ou o intervalo de variação aceitável entre o que é e o que deveria ser.

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem é sem dúvida uma forma de garantir a sua qualidade, permitindo corrigir desvios encontrados. A evolução pressupõe avaliação, sendo a avaliação não mais do que o emitir um juízo de valor. No entanto é importante ter presente que avaliar os cuidados consiste em estabelecer o nível de qualidade num dado momento, enquanto garantir a qualidade é “um sistema planeado de actividades que, quando

executadas correctamente, deverão fornecer um produto ou serviço, que satisfaça padrões previamente acordados, enquadrados nos recursos e prazos estipulados. Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem deve ter um objectivo bem definido, permitindo a introdução de acções tendentes a corrigir deficiências detectadas, por forma a prestar à população os serviços a que tem direito” (Sousa, 1996:54).

Segundo a mesma autora (1996:54) em todo o processo de avaliação deve-se ter presente dar respostas às seguintes questões: o que é avaliar, porque se avalia, o que se avalia, como se avalia, quem avalia, quem avalia os resultados, quais as vantagens e quais as dificuldades. *O que é avaliar* diz respeito a comparar os cuidados que se prestam com os que se deveriam prestar, tendo em atenção a pertinência, a adequação, a eficácia, a eficiência, o impacto e a actualização dos mesmos. *Porque se avalia*, tem como objectivo determinar os desvios entre o que é e o que deveria ser, introduzindo as acções necessárias à sua correcção. *O que se avalia*, é a componente a medir, que pode ser a estrutura, o processo ou os resultados (conforme já referimos anteriormente). *Como se avalia*, as etapas do planeamento de qualquer processo de avaliação e respectiva ordem são idênticas. *Quem avalia*, deve ser criada uma comissão de avaliação do hospital, a nível de cada unidade deve ser o enfermeiro chefe. *Quem avalia os resultados*, estes devem ser transmitidos pelos enfermeiros chefes à direcção de enfermagem. *Quais as vantagens*, são várias e a diversos níveis, assim temos; para o utente, a garantia da qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem, tomando este parte nas decisões tomadas, tornando-se proactivo no seu projecto de saúde. Para o enfermeiro, favorece a competência e responsabilidade profissional, fomentando o estabelecimento de parceria com o utente. Para a profissão, contribui para a definição e estabelecimento de áreas de competência e autonomia. Para a direcção de enfermagem, contribui para a gestão dos recursos, constituindo a base para o planeamento de acções de formação, a fim de corrigir as alterações detectadas. *Quais as dificuldades*, tem a ver com uma série de factores, nomeadamente, dificuldade na adesão à mudança, motivação dos profissionais por acharem a sua competência posta em causa, entre outros.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho de Enfermagem, em 2001 atingiu um dos seus desafios importantes: definir Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que visam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. Segundo Patterson (1988) padrões de cuidados são as finalidades de enfermagem. O padrão é a meta – objectivo a atingir, em termos de prestação de cuidados.

Cabe às comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Compete às instituições de saúde adequar os recursos e criar estruturas que permitam o exercício profissional de qualidade. Estas devem ainda criar um ambiente favorável à implementação e consolidação dos projectos de saúde, em prol da qualidade.

“A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:5).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que emergiram de um quadro conceptual que assenta em definições de conceitos, como: a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem (conceitos que constituem o metaparadigma da enfermagem), visam explicitar a natureza e os diferentes aspectos do mandato social da enfermagem. Existem seis categorias de enunciados descritivos. Assim, o enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional:

- Persegue os mais elevados níveis de satisfação dos utentes;
- Ajuda os utentes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
- Previne complicações para a saúde do utente;
- Maximiza o bem-estar dos utentes e suplementa / complementa as actividades nas quais o utente é dependente;
- Conjuntamente com o utente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde

- Contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Estes enunciados descritivos são para os utentes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum, e a orientação para a prática profissional, (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em 2003 a Ordem dos Enfermeiros divulga as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, que ocorreram de um quadro conceptual que assenta na definição dos cuidados de enfermagem, com o objectivo de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem aos utentes, família e comunidade. Estas competências assentam em três domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

- O domínio da prática profissional, ética e legal inclui:

- ✓ Responsabilidade, prática segundo a ética (de acordo com o código deontológico)
- ✓ Prática legal (de acordo com a legislação).

- O domínio da prestação e gestão de cuidados inclui:

- ✓ Conhecimentos teórico-práticos, mobilizados de forma eficiente, assentes num espírito crítico e de iniciativa.

- O domínio do desenvolvimento profissional assenta:

- ✓ Na valorização profissional, promovendo e mantendo a imagem profissional da enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da prática e valorizando a investigação como contributo desse desenvolvimento;
- ✓ Melhoria da qualidade, utilizando indicadores na avaliação da qualidade da prática de enfermagem e participando em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da mesma
- ✓ Formação contínua, promovendo uma revisão regular das práticas, assumindo responsabilidade pela formação contínua de acordo com as suas necessidades e manutenção das competências, contribuindo para a formação e desenvolvimento dos colegas e estudantes.

Em Março de 2005, no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros deu início ao projecto de intervenção cuja finalidade é: “contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, através da apropriação, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2007:21). A este projecto aderiram várias instituições desde Hospitais, Centros de Saúde e Escolas Superiores de Enfermagem. Foram criados os enfermeiros dinamizadores para a qualidade, após formação dada neste sentido, responsáveis pela divulgação e implementação dos padrões de qualidade nas suas instituições.

Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem é hoje em dia, responsabilidade de todos os enfermeiros.

3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem, tal como outras disciplinas com orientação prática, tem evoluído consideravelmente ao longo dos tempos, influenciada pelas grandes correntes do pensamento ou maneiras de ver e compreender o mundo, (designados de paradigmas). Surgiram assim três paradigmas. Cada um deles é cronologicamente localizado. Esta localização tem a ver com a predominância das ideias e dos valores inerentes a esse paradigma numa determinada época.

O paradigma da Categorização perspectiva os fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto em que os fenómenos são dotados de propriedades definíveis e mensuráveis, inspirou duas orientações diferentes em Enfermagem, para a saúde pública e para a doença. O conceito de Cuidados de Enfermagem era essencialmente o acto médico delegado, o acto técnico, as enfermeiras passam cada vez mais a “fazer por”.

Segue-se o paradigma da Integração que perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, em que são valorizados tanto os dados objectivos como os subjectivos. Influenciou a orientação da Enfermagem para a Pessoa. O objectivo dos Cuidados de Enfermagem é a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões, surgindo o conceito de Holismo. Intervir significa “agir com” a pessoa. Surgiram os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação. As enfermeiras começaram a desenvolver uma visão teórica da enfermagem, Iniciando-se a investigação em enfermagem.

Por fim surge o paradigma da Transformação, caracterizado pela abertura ao mundo. Nesta perspectiva os fenómenos são vistos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia, cada fenómeno pode definir-se por uma

estrutura e um padrão únicos. Emerge uma nova perspectiva, em que os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar da pessoa tal como ela o define, sendo o enfermeiro e o cliente parceiros nos cuidados individualizados. O enfermeiro coloca ao dispor de cada utente os seus conhecimentos e acompanha-o nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e caminho que escolheu. Intervir significa “ser com” a pessoa. Esta perspectiva de abertura para o mundo determina modificações na forma de intervir dos enfermeiros, apelando a uma total compreensão do processo de cuidado.

Esta apresentação dos paradigmas em que se situam os cuidados de enfermagem, segundo K rouac et al (1994), leva-nos a pensar, tal como refere Basto e Portilheiro (2003:50) “que se espera na actualidade que o pensamento dominante dos enfermeiros se situa no paradigma da transforma o”. No entanto, segundo um estudo realizado pelas mesmas autoras, sobre “concep es de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros”, verificou-se na análise do conceito de cuidados de enfermagem de 34 enfermeiros que exercem a sua actividade profissional em centros de saúde da Sub-região de Saúde de Lisboa, que 23 enfermeiros (mais de 50%), se situavam no paradigma da integra o. Dados que estão de acordo com os resultados obtidos nos estudos de Lopes (1995) e Ribeiro (1995b), segundo as autoras.

A necessidade de clarificar a contribui o dos enfermeiros nos cuidados de saúde conduziu   concep o de vários modelos conceptuais de várias teóricas de enfermagem. Tal como nos refere K rouac et al (1994:22) “os modelos conceptuais servem de guia   prática,   forma o,   investiga o e   gestão dos cuidados de enfermagem”. Modelos esses que foram agrupados segundo a mesma autora em seis escolas do pensamento em enfermagem: das necessidades, da interac o, dos efeitos desejados, da promo o da saúde, do ser humano unitário e do “caring” (caracterizada por uma abertura para o mundo).

A escola do “caring” centra-se no *como* da disciplina, onde o cuidado não é um acto mecânico, mas sim humanístico, e procura responder à questão: Como é que as enfermeiras fazem o que fazem? Esta escola tem os seus expoentes máximos em Madeleine Leninger (1981), sendo esta uma das primeiras autoras a propor o conceito de *Cuidar* como tema central para a disciplina de enfermagem, e Jean Watson (1985) que refere que a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidar, identificando dez factores de cuidar, que formam um quadro conceptual para compreender o cuidado de enfermagem.

Leninger (1984) citada por Magão (1992:19) apresenta uma visão transcultural do cuidar em que o cuidar humano surge como um “fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas...Cuidar tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que podem ser estudadas e praticadas para prestar cuidados holísticos às pessoas”.

Watson (2002) citado por Vieira (2004:23), “defende que o cuidado de enfermagem é um processo intersubjectivo e conhecimento epistémico, onde o cuidado começa quando a enfermeira entra no campo fenomenológico da pessoa, e está em condições para detectar, sentir e responder às necessidades da pessoa de tal forma, que esta ultima é capaz de transmitir sentimentos e pensamentos subjectivos, sendo a finalidade da enfermagem, ajudar a pessoa a atingir um alto nível de harmonia entre a alma, o seu corpo e o seu espírito.” Para estas teóricas “as enfermeiras podem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam às pessoas, se se abrirem a dimensões como a espiritualidade e a cultura, e se integrarem os conhecimentos ligados a estas dimensões na prestação de cuidados. Os cuidados de enfermagem, (...), são simultaneamente uma arte e uma ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal que visam a promoção da harmonia entre corpo-alma-espírito”, (Lopes, 1999:59).

Os cuidados de enfermagem de qualidade, exigem um respeito pelo ser humano como único, cujo significado e finalidade de vida é a prioridade máxima, respeitando-se a liberdade do indivíduo, os seus pontos de vista e os seus comportamentos, ou seja definir a sua vida. Concordamos com Collière

(1989:235) ao afirmar que “Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Parafrazeando Honoré (2001:17) “Cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos”.

Os enfermeiros dispõem de oportunidades únicas para exercerem a arte de cuidar. Durante o internamento têm a possibilidade de, ao longo do dia, estar mais próximos dos utentes. Os cuidados de enfermagem são segundo Hesbeen (2000:47) “Compostos por múltiplas acções, que são sobretudo uma imensidão de pequenas coisas”. Estas pequenas coisas, é aquilo que dá sentido à vida e são importantes para uma determinada pessoa. São estas pequenas coisas que fazem parte do nosso dia-a-dia e que por vezes nos passam despercebidas, ou não lhes damos o devido valor.

Cuidar envolve muito mais do que simplesmente tratar pessoas. Cuidar envolve um processo de relação com o outro. Requer determinadas capacidades, indispensáveis ao bom desempenho profissional, sobretudo quando se quer imprimir uma visão humanista à prática da enfermagem. Não existem dúvidas de que Cuidar é a essência da enfermagem. O cuidar profissional exige ao enfermeiro, para além do Saber e do Saber Fazer, o saber Ser, tanto com ele como com o utente.

Pensou-se que o processo profissional de cuidar era um processo lógico, no entanto a partir dos estudos de Benner verificou-se que nem todos os enfermeiros seguem esse processo mental racional, decidem de forma mais rápida por intuição. Benner (1984), no seu estudo “De iniciado a perito”, concluiu que o desenvolvimento na sabedoria do desempenho é baseado quer na experiência quer na educação do indivíduo. Referiu ainda que de acordo com o “modelo de competências de Dreyfus”, um individuo “passa por cinco

níveis sucessivos de proficiência: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito”. (Benner, 2001:43).

A enfermeira perita “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001:58).

Ao falar do Cuidar não poderíamos deixar de referenciar a “Teoria do Cuidar de Médio Alcance” de Swanson (1991). Esta teoria foi construída indutivamente com base em estudos fenomenológicos realizadas em três contextos diferentes, procurando o conhecimento na prática dos cuidados, a fim de clarificar o significado do cuidar em enfermagem. Define cuidar como (1991:13) “uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis”, e apresenta cinco categorias ou processos de cuidar, que são: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Conhecer é compreender o significado que um acontecimento tem na vida do outro, estar com é estar emocionalmente com o outro partilhando sentimentos, fazer por significa fazer pela pessoa aquilo que ela faria se conseguisse fazê-lo por si só, possibilitar é proporcionar o crescimento do outro e manter a crença é ajudar a pessoa a ultrapassar determinado acontecimento ou transição. Esta teoria tem um contributo valioso para a clarificação das orientações seguidas na prática pelos enfermeiros.

Cuidar conduz ao desenvolvimento quer de quem cuida quer de quem é cuidado, sendo este desenvolvimento conseguido através do estabelecimento de uma relação entre ambos.

É importante cada vez mais que o objectivo da prestação dos cuidados de enfermagem deixe de ser a doença propriamente dita, passando a ser a resposta do indivíduo aos processos de saúde e de vida, tal como as transições vivenciadas pelo indivíduo, família e grupos ao longo do ciclo vital.

Durante os últimos vinte anos Afaf Meleis e os seus colegas participaram activamente na investigação e construção de uma teoria sobre o fenómeno das

transições no âmbito da disciplina de enfermagem. Foram objecto de estudo alguns factos da vida quotidiana, na perspectiva das transições, que vão desde a gravidez à menopausa, a transição de adolescente a jovem adulto dentro de doentes com patologia cardíaca, a perda de entes queridos, a emigração entre outros.

Segundo Schumacher, Jones e Meleis, citado por Gladys *et al* (2007), uma transição é a passagem entre dois períodos de tempo estáveis, neste percurso a pessoa movimenta-se de uma fase, situação ou estado de vida, para outra. As transições são processos que ocorrem no tempo e têm um significado de fluxo e movimento. Durante a transição a pessoa experimenta mudanças profundas no seu mundo externo e na forma como as percebe; estas mudanças têm repercussões importantes na vida e na saúde da pessoa, dos seus pares e famílias.

Para Meleis *et al* (2000:13) citado por Messias (2004) as transições são o resultado de algo e têm como resultado mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente.

Segundo Chick e Meleis citado por Messias (2004), as transições entram no domínio da enfermagem quando interfere com a saúde ou a doença, ou quando a resposta à transição se manifesta em comportamentos relacionados com a saúde. As pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afectam a saúde.

Essas transições, segundo Meleis (1997) exigem que a pessoa possua novos conhecimentos para mudar comportamentos e mudar a definição do “*self*” num determinado contexto. É o enfermeiro que deve facilitar esse processo de aprendizagem de novas capacidades, tendo em conta as mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença na vida diária.

O conhecimento das transições permitirá manter, apoiar e aumentar o bem-estar físico-psíquico-social, o auto-cuidado e a qualidade de vida das pessoas que vivenciam as transições.

Segundo Messias (2004), existem vários tipos de transições, referenciando quatro: Saúde/Doença; Desenvolvimento e Tempo de Vida; Situacionais e Organizacionais. A natureza de cada um destes tipos de transições está influenciada pelo contexto social e cultural de cada situação.

As transições são fenómenos complexos e multidimensionais. Messias (2004) no seu estudo sobre a saúde das mulheres emigrantes identificou quatro propriedades essenciais das transições: Consciencialização, Compromisso, Mudança e Diferença, Tempo de Vida e Acontecimentos críticos.

Consciencialização, é inerente ao facto de que na maioria das vezes o individuo tem consciência da transição que o envolve.

Compromisso, este define-se como o grau que a pessoa mostra estar envolvida com os processos inerentes à transição. Os níveis de compromisso podem variar em função do nível de consciencialização da pessoa ou família, do estado físico, dos recursos disponíveis e apoio social.

Mudança e Diferença, uma diferença importante é que apesar de todas as transições implicarem mudanças, nem todas as mudanças estão relacionadas com as transições, (Messias, 2004) citando Bridges (1991) e Meleis & Trangenstein (1994). As transições são resultado de mudanças e criam mudanças, são processos a longo prazo.

O Tempo de Vida diz respeito ao fluxo e movimento através do tempo, Messias (2004) diz-nos que Bridges conceptualizou a transição como um tempo de vida composto por períodos identificáveis: O período inicial; caracterizado por sinais de antecipação, percepção ou demonstração da mudança, O período intermédio; caracterizado por sinais de instabilidade, confusão e aflição e o período final; é caracterizado pela estabilidade.

Acontecimentos críticos, segundo Silverman (1982), citado por Messias (2004) as transições associam-se com um acontecimento ou série de acontecimentos desequilibrantes. Os acontecimentos críticos podem associar-se ao início da transição, podendo no entanto ocorrer também noutros pontos da transição.

Saber como identificar, facilitar, promover e apoiar os pacientes nestes momentos críticos, é a chave para a prática de uma enfermagem baseada no marco das transições, (Messias, 2004).

A mestria é determinada pela aquisição de novas habilidades e comportamentos que se vivenciam durante as transições.

As transições são universais, no entanto as experiencias individuais de transições são únicas.

Os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos que podem caracterizar-se como transições, prevendo acções de enfermagem dentro deste processo de transições.

Não existem cuidados de enfermagem sem relação com a pessoa ou família.

Collière (1989:152) refere que a relação interpessoal enfermeiro – utente “é fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação”.

Os cuidados de enfermagem personalizados e em contextos definidos a partir das dimensões técnico/relacional/científico e cultural, contribuem para despontar a diversidade e qualidade da fonte dos saberes em enfermagem.

Segundo Lopes (2000:37), “O enfermeiro só conseguirá chegar à perícia na prestação de cuidados, reunindo dois critérios obrigatórios: prestando cuidados e reflectindo criticamente sobre os cuidados que presta.” Ou seja, só com uma prática reflectida o enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados.

“A enfermeira interage (interacção), com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem) o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interacção enfermeiro - cliente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenções holísticas) e os enfermeiros usam

algumas acções (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar.” (Meleis, 1991) citada por Lopes (2000:40).

É importante que o enfermeiro na procura da excelência dos cuidados identifique o tipo e os padrões de transição, no qual o utente/família se encontra, a fim de definir intervenções que permitam ultrapassar a transição de forma saudável.

Os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos que podem caracterizar-se como transições, prevendo acções de enfermagem dentro deste processo de transições, contribuindo preponderantemente para a aquisição dessas competências a reflexão sobre e na acção. A formação dos profissionais assume-se como um continuum que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua. Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem é hoje em dia, responsabilidade de todos os enfermeiros. A garantia da qualidade é um sistema através do qual asseguramos a nós próprios e aos outros, a qualidade do trabalho sob a nossa responsabilidade. Na perspectiva dos enfermeiros que frequentaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que implicações teve esse curso na qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam?

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo consiste na descrição sistematizada dos procedimentos e estratégias utilizadas para a elaboração de um trabalho de investigação. É a delineação do percurso que está directamente relacionada com o problema a ser estudado, permitindo-nos dar resposta às questões de investigação, concretizando os objectivos propostos e assim produzir conhecimento. Tal como refere Basto (1998:23) “Faz-se investigação para melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno”.

Após definido o fenómeno que se pretende estudar, no caso presente conhecer na perspectiva dos enfermeiros que frequentaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que implicações teve esse curso na qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam, é necessário em primeiro lugar tomar decisões metodológicas, definir o paradigma em que o investigador se coloca e qual o método a utilizar mais adequado à problemática em estudo. Seguem-se as técnicas e procedimentos para a recolha de dados não descurando nunca os critérios éticos que determinam a validade do estudo, de acordo com Fortin (1996:369) a ética constitui um “conjunto de regras que regem o carácter moral do processo de investigação”.

4 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Em investigação existem duas abordagens metodológicas distintas, a quantitativa e a qualitativa, que permitem conhecer a realidade e produzir conhecimentos. A primeira visa testar teorias e variáveis específicas, estabelecer relações entre as variáveis e estudar relações de causa efeito. A segunda, tende a compreender a essência da experiência humana, visa o holismo e pretende encontrar dimensões e gerar teorias. “A utilização dos métodos qualitativos para produzir conhecimento é muito mais comum actualmente do que há dez anos. A tradição de utilizar métodos qualitativos para estudar fenómenos humanos está submersa nas ciências sociais.” (Streubert e Carpenter, 2002:1).

A escolha da abordagem metodológica para orientar o estudo é fundamental, porque o mesmo fenómeno pode apresentar várias realidades, dependendo da perspectiva com que é estudada.

Com base na nossa questão de investigação: “Na perspectiva dos enfermeiros que frequentaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que implicações teve esse curso na qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam?”, consideramos ser a abordagem qualitativa a que melhor se adequa ao estudo. Tal como Polit e Hungler (1995:270) referem: “Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é defendida por seus próprios actores”. A investigação qualitativa contribui para o enriquecimento do estudo de fenómenos, para além das visões tradicionais, que de acordo com De La Cuesta (1997:168) “não seria acessível por outros meios”.

Segundo Basto (1998:23) “A investigação segue determinado desenho de acordo com o paradigma adoptado, para o que é essencial clarificá-lo”. Um

paradigma reporta-se à forma de olhar o mundo, a realidade que nos rodeia, com base em determinado pensamento. Segundo Kuhn (1970) citado por Cull-Willy & Pepin (1987) citado por Basto (1998:23) “é um conjunto de crenças, valores, leis, princípios, teorias e metodologias e formas de aplicação de instrumentos.”

Habitualmente classificam-se os paradigmas em dois distintos; o positivista e o construtivista. O paradigma positivista considera as teorias como uma forma de tornar clara uma realidade pré-existente. A realidade é percebida como única e estática. Os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis. Nesta filosofia a metodologia utilizada é normalmente a quantitativa. No paradigma construtivista a teoria é desenvolvida de “baixo para cima” (em vez de cima para baixo), tendo por base os dados obtidos e a sua inter – relação, seguindo um pensamento indutivo. A realidade é múltipla e descobre-se por um processo dinâmico.

Optámos pelo paradigma construtivista por perspectivar a noção de realidade dinâmica, o construtivismo preconiza a existência de um mundo real, mas que é sujeito a representações diferentes de indivíduo para indivíduo, ou seja, a realidade não é única, permite várias interpretações, segundo Denzin e Lincoln (1994), citado por Streubert e Carpenter (2002:3) “A construtivista vê a realidade como relativismo local e específico”. Ou seja, “a realidade são realmente realidades” Lincoln (1992) citado pelos mesmos autores.

Tal como nos refere Basto (1998:37): “Os estudos com base no paradigma construtivista não dispensam uma perspectiva orientadora”. No nosso estudo será o interaccionismo simbólico cuja perspectiva acredita que “as pessoas se comportam e interagem de acordo com o modo como interpretam ou atribuem significado a símbolos específicos nas suas vidas” Streubert e Carpenter (2002:116). Lopes (2006:105) refere-nos que esta corrente do pensamento assenta em três princípios centrais que são o significado, a linguagem e o pensamento, que deram origem às três premissas fundamentais da teoria. Essas premissas são: 1- “os seres humanos agem em relação às coisas com

base no significado que têm para eles”, 2 - “esses significados resultam da interacção dos indivíduos uns com os outros”, 3 - “esse processo interpretativo é usado pelas pessoas em cada situação na qual elas têm de lidar com as coisas no seu ambiente”, Lopes (2003:64) referenciando Herbert Blumer (1969).

O interaccionismo simbólico veio centrar a atenção sobre os aspectos subjectivos da vida social nas interacções humanas. O interaccionismo simbólico foi considerado o fundamento para o método da “Grounded Theory” (Glaser & Strauss, 1967).

Pelo referido é importante construir um modelo explicativo perante a realidade encontrada, pelo que a abordagem metodológica será segundo o método da “Grounded Theory” desenvolvida por Strauss & Corbin (1998).

Esta abordagem metodológica tem como finalidade a teorização a partir de dados sistematicamente recolhidos e analisados e comparados através do processo de investigação, (Strauss & Corbin, 1998) citado por Lopes (2006:105). Ainda segundo o mesmo autor “As teorias construídas desta forma e porque foram desenhadas a partir de dados, aumentarão o entendimento e providenciarão um guia com maior significado para a acção” (2003:66).

O método da “Grounded Theory” explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e contribui para o desenvolvimento de teorias de enfermagem de médio alcance.

5 – CONTEXTO E SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

O campo para a investigação por nós seleccionado é a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Nossa Senhora do Rosário. Esta selecção deve-se ao facto de:

- Ser o nosso local de trabalho, facilitando-nos a acessibilidade e rentabilidade de tempo,
- Conhecermos o clima e cultura institucional,
- O facto de sermos colegas dos participantes do estudo e de falarmos informalmente sobre o trabalho permitiu-nos fazer uma avaliação do interesse e disponibilidade destes
- Possivelmente utilizarmos os resultados do estudo na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos utentes/família.
- Geograficamente ficar próximo da nossa área de residência.

Temos consciência da necessidade do esforço para manter a objectividade do investigador, pensamos no entanto que o facto de conhecermos a dinâmica do serviço e os profissionais nos poderá ser útil para a análise dos resultados da investigação.

Trata-se de uma unidade polivalente, com a lotação total de cinco camas, sendo uma para isolamento. Tem como objectivo prestar cuidados médicos e de enfermagem, a utentes de médio e alto risco, que se encontrem em estado crítico, sejam eles do foro médico, cirúrgico ou ortotraumatológico.

A proveniência dos utentes é fundamentalmente das várias unidades de internamento e urgência geral do hospital, no entanto, dado que as Unidades de Cuidados Intensivos não têm áreas de abrangência, podem ser internados utentes vindos de qualquer ponto do país.

A equipe de enfermagem da UCI, tem sofrido algumas alterações ultimamente como: o término do horário acrescido, a saída de alguns elementos do serviço

e a entrada de alguns elementos recém-formados. Actualmente é constituída por vinte e um elementos (quinze elementos graduados e seis grau I), uma enfermeira especialista que desempenha funções de chefe de serviço e vinte enfermeiros distribuídos por cinco equipas que efectuem o horário de “roulement”. Cada equipa é constituída por quatro enfermeiros, assumindo um deles funções de chefe de equipa, que incidem em: gestão de cuidados, gestão de recursos humanos e materiais nas ausências da enfermeira chefe. Normalmente cada equipa é composta por mais que dois elementos graduados (o chefe de equipa e o segundo elemento, que substitui o chefe de equipa na sua ausência).

O modelo de organização dos cuidados existente na UCI é o modelo de trabalho de equipa com personalização dos cuidados, existindo um elemento que tem as funções de chefia da equipa, sendo cada enfermeiro responsável pela totalidade dos cuidados ao “seu” utente/família, durante o período em que está de serviço, permitindo ao enfermeiro a prestação de cuidados individualizados e de qualidade. O enfermeiro tem oportunidade de conhecer melhor o utente/família, podendo planear as suas intervenções, centradas no utente de forma global e individualizada, tornando-se assim num método humanizante, ao mesmo tempo que exige do enfermeiro experiência prática e formação, proporcionando maior satisfação a quem é cuidado e a quem cuida.

Inicialmente formalizámos um pedido para a realização do estudo ao Conselho de Administração do Hospital (anexo I), tal como nos referem Bogdan e Biklen (1994:115), “o primeiro problema com que o investigador se depara no trabalho de campo é a autorização para conduzir o estudo que planeou”, onde referíamos os objectivos do estudo, a finalidade, a selecção dos participantes e o instrumento de colheita de dados utilizado (fornecemos em anexo uma copia do guião da entrevista a realizar).

Após o despacho favorável do Conselho de Administração ao estudo demos a conhecer o mesmo à enfermeira chefe do serviço e ao director clínico,

mostrando estes agrado em relação à temática, disponibilizando-se para colaborar connosco sempre que necessário.

Após termos identificado o nosso objectivo de estudo, o método de pesquisa que iríamos utilizar e termos delimitado o nosso campo de análise passamos à escolha dos participantes do estudo.

Segundo Streubert e Carpenter (2002) em investigação qualitativa aos indivíduos que participam no estudo não se designam por sujeitos mas sim por participantes ou informantes. O envolvimento activo destes permite uma melhor compreensão das suas vidas e interacções sociais. Segundo os mesmos autores referenciando Morse (1991) “A sua posição é que não se age nas pessoas que tomam parte da investigação mas que estas são activas no estudo”.

Como participantes do estudo consideram-se os enfermeiros que exercem a sua actividade profissional, na Unidade de Cuidados intensivos do Hospital Nossa Senhora do Rosário, que já frequentaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e que após terem sido informados aceitaram participar no estudo e autorizaram a gravação da entrevista, num total de dez elementos, o que corresponde à totalidade dos enfermeiros desta unidade com estas características.

O tipo de amostra utilizada foi intencional, uma vez que só os indivíduos que viveram o fenómeno em estudo puderam fazer parte dele, tal como nos diz Streubert e Carpenter (2002): “Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse”. O objectivo na selecção dos participantes é desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno e não utilizar técnicas de amostragem que permitam a generalização dos dados obtidos.

O nosso estudo foi-se desenvolvendo até encontrarmos a saturação dos dados, segundo Hutchinson (1986:125) citado por Streubert e Carpenter (2002:119): “a saturação refere-se a ter todos os níveis de códigos completos, quando mais nenhuma informação conceptual está disponível para indicar novos códigos ou para expandir os já existentes. O investigador ao conferir e ao questionar continuamente os dados adquire finalmente um sentido de encerramento”.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Seguidamente analisaremos os dez participantes quanto ao sexo, idade, anos de profissão, categoria profissional, anos de licenciatura e anos de exercício profissional na UCI.

Quadro nº 1 – Caracterização dos participantes

SEXO	Masculino	1	Total = 10
	Feminino	9	
GRUPO ETÁRIO	30-35	1	Média de idades = 39,1
	36-40	6	
	41-45	3	
ANOS DE PROFISSÃO	5-10	1	Média de anos = 16,2
	11-15	4	
	16-20	3	
	21-25	2	
ANOS DE CCFE	1-2	1	Média de anos = 4
	3-4	6	
	5-6	3	
ANOS NO SERVIÇO	1-5	1	Média de anos = 10,5
	6-10	3	
	11-15	6	

Relativamente ao *sexo*, dos dez enfermeiros participantes do estudo, são maioritariamente do sexo feminino (90%), o que corresponde à nossa realidade hospitalar a nível nacional.

No que concerne à *idade* dos participantes, verificamos que estas variam entre a faixa etária dos 30-35 aos 41-45, sendo o grupo compreendido entre os 36-40 o que apresenta um percentual mais elevado (60%).

Verificamos que a *antiguidade no exercício profissional* é sobretudo no grupo compreendido entre os 11 e os 15 anos (40%), pelo que podemos considerar que se trata de uma equipa com alguma maturidade profissional, que já vivenciaram inúmeras experiências profissionais. O segundo maior grupo situa-se entre os 16 e os 20 anos, o que vem reforçar a conclusão anterior. A média de anos de exercício profissional é de 16,2 anos.

No que diz respeito à *categoria profissional* todos os participantes do estudo são “Enfermeiros Graduados”, o que está em concordância com os anos de profissão, uma vez que para aceder à categoria de enfermeiro graduado é necessário ter mais de seis anos de profissão.

Relativamente aos *anos de licenciatura* podemos constatar que 60% dos participantes se situam entre 3-4 anos de licenciatura, seguindo-se 30% entre os cinco e seis anos, sendo 4 anos a média verificada.

Nos anos de *exercício profissional na UCI*, podemos constatar que a média dos anos é de 10,5, situando-se a maior percentagem dos inquiridos (60%), entre os 11 e os 15 anos, seguindo-se 30% entre os 6 e os 10 anos.

6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Em investigação qualitativa podem ser utilizadas múltiplas estratégias para a obtenção de dados. A natureza do problema de investigação determina o tipo de instrumento de colheita de dados a utilizar.

Nesta fase de recolha de dados uma das características positivas da metodologia da Grounded Theory segundo Lopes (2003:66) “é a que tem a ver com a recolha de dados de fontes diversas, sobre o mesmo fenómeno, também denominada triangulação de dados”.

Dado que com este estudo o nosso foco de atenção é conhecer a percepção dos enfermeiros, sobre os contributos do CCFE para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no seu local de trabalho, optámos pela triangulação de dados. Assim, utilizámos três técnicas: a entrevista, a observação e a consulta documental (registos de evolução de enfermagem). Segundo alguns autores (e.g., Denzin et al, 1994; Olabuénaga, 1999; Lessard-Hérbert et al, 1990; Streubert et al, 1995) citados por Lopes (2006:115) a entrevista e a observação são as técnicas fundamentais de recolha de dados em investigação qualitativa.

6.1 – A ENTREVISTA

Optámos pela entrevista porque “... possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse.” (Streubert e Carpenter, 2002:26).

As entrevistas podem classificar-se de diferentes formas, consoante: o grau de estrutura em estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturadas, consoante o acordo em formais ou informais e consoante o número de pessoas em

individual ou grupo, segundo De la Cuesta (2001) citada por Neves (2004:59). Optámos pela entrevista semi estruturada, formal e individual.

Desenvolvemos um guião de entrevista, com cinco perguntas abertas que foi validado pela nossa orientadora, do qual constam as seguintes questões:

- 1- Fale-me um pouco dos cuidados de enfermagem que prestava antes do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.
- 2- Várias colegas do serviço fizeram o curso, reparou se alguma coisa mudou nelas depois do curso?
- 3- Na sua perspectiva que outros factores influenciaram simultaneamente essas mudanças?
- 4- Como descreveria o que se passava no serviço no período antes do curso e após este?
- 5- Notou se depois do curso alguma coisa mudou na sua forma de cuidar dos utentes e familiares ou na forma de pensar os cuidados que você presta?

Inicialmente entrevistamos três enfermeiras com as mesmas características das dos participantes do nosso estudo (mas que não foram incluídas nele), a fim de validarmos o nosso guião de entrevista, explorarmos alguns pormenores sobre o assunto que ainda não tivéssemos despertadas e treinarmos a técnica de entrevista. Após aplicado o pré-teste verificamos que as questões colocadas eram claras, não havendo necessidade de alterar o guião.

Uma vez validado o nosso instrumento de colheita de dados, fomos combinando a data das entrevistas com os participantes do estudo de acordo com a sua disponibilidade.

As entrevistas realizaram-se durante cerca de cinco meses, no período de Janeiro a Maio de 2006, (devido à sobrecarga profissional dos participantes: horário acrescido e o estado clínico crítico dos utentes, causando algum cansaço físico), no gabinete de Enfermagem do serviço (local escolhido pelos participantes), previamente preparado a fim de proporcionar algum conforto, após as horas de serviço a fim de evitar interrupções.

As entrevistas foram todas gravadas em suporte magnético, tendo sido respeitados os princípios éticos do consentimento informado. Elaboramos um termo de consentimento informado, no entanto optámos por não o utilizar dada a nossa proximidade com os participantes, não se sentindo estes pressionados a colaborar, estando à vontade para recusar a sua participação (o que não aconteceu).

O tempo de gravação variou entre 30 a 60 minutos, com uma média de 45 minutos.

Não havendo necessidade de apresentações, uma vez que já conhecíamos os participantes, iniciamos a entrevista referenciando os objectivos do estudo e o tratamento a que os dados iriam ser sujeitos. Deixámos os participantes falar livremente, tentando não interferir na linha de pensamento, mostrando no entanto que nos encontrávamos atentos, interrompendo apenas para aprofundar ou clarificar determinado tópico. No final de cada entrevista foi possibilitada a sua audição e questionámos sobre a pertinência de acrescentarem algo mais, agradecendo a colaboração e disponibilidade.

Os verbatins foram transcritos na íntegra mediante um programa informático de processamento de texto (Microsoft Office Word), sendo analisadas conforme a sua realização. Foi-lhes atribuídas um número por exemplo E1, E2.

Concluimos as entrevistas quando as narrativas sobre o fenómeno em estudo se estavam a tornar repetitivas.

6.2 – A OBSERVAÇÃO

A observação é o processo de contemplação sistemática e sucessiva da vida social, sem a manipular nem a modificar, (Olabuénaga, 1999) citado por Lopes (2006:121).

A observação é uma actividade utilizada pelo ser humano desde sempre no contexto das suas interacções, podendo-se dizer que é intrínseca ao ser humano.

Lopes (2006:122) citando Olabuénaga (1999) refere que para que a observação possa ser utilizada como instrumento de colheita de dados deve ser: Orientada num objectivo previamente determinado, planificada obedecendo a um plano sistemático sobre os aspectos, os lugares e as pessoas que se pretende observar, controlada, ou seja, relacionada com as teorias sociais e rigorosa, obedecendo a controle de veracidade, fiabilidade e de objectividade.

Neste estudo a observação foi dirigida para a interacção do enfermeiro com o utente e família no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos.

Seguidamente foi necessário definirmos enquanto observadores que tipo de observação iríamos eleger, optámos pela observação como participante.

Segundo Streubert e Carpenter (2002:29) a observação como participante inclui quatro tipos: observador completo, o observador como participante, o participante como observador e o participante completo. Optámos pelo observador como participante dado que este método nos permite envolver com os participantes, tal como referem os autores supra – citados “A maior parte do tempo do investigador, contudo, é passada a observar. Para se “encaixar” no conjunto, o investigador pode envolver-se em algumas actividades com os participantes.” (2002:29).

Ao delinear o foco de observação, considerando a questão de investigação, o conteúdo das entrevistas, e tendo presente que para efeitos do estudo, qualidade dos cuidados de enfermagem incide em três aspectos fundamentais:

- Interacção enfermeiro / utente
- Interacção Enfermeiro / família / pessoa significativa
- Registos de evolução de enfermagem

Partimos para a construção da grelha de análise a aplicar aos participantes do estudo.

Assim definimos como objectivos da nossa observação:

- Observar a interacção enfermeiro/utente
- Observar a interacção enfermeiro / família/pessoa significativa

Para atingirmos os objectivos, sentimos necessidade de elaborar um guião de observação com um conjunto de indicadores que nos facilitassem a observação e as respectivas notas de campo. Assim definimos como indicadores a observar:

- Na interacção do enfermeiro com o utente:
 - ✓ Comunicação estabelecida com o utente
 - ✓ Escuta
 - ✓ Toque – presente, ausente
 - ✓ Postura corporal

- Na interacção Enfermeiro/Família/pessoa significativa
 - ✓ Contexto da interacção (seguintes)
 - ✓ Toma a iniciativa na abordagem ao familiar
 - ✓ Fornece informações de acordo com o interesse manifestado
 - ✓ Oferece a cadeira para o familiar se sentar
 - ✓ Atitude escuta para com a família
 - ✓ Postura do enfermeiro
 - ✓ Incentiva o familiar a colaborar nos cuidados de acordo com a situação do utente/familiar

Criámos alguns princípios orientadores dos procedimentos de observação e registos. Assim:

- ✓ Estar de serviço com os participantes colaborando na prestação de cuidados quando pertinente.
- ✓ É considerada para observação toda a área da unidade propriamente dita
- ✓ Os períodos de observação serem nos turnos da manhã (8-16.30H) e da tarde (16-23.30H). Optámos por não contemplar o turno da noite (23H-8.30H) dado que nesse período não existe a visita dos familiares e a estimulação ao doente é menor.

- ✓ Após cada observação anotar as notas de campo num local com privacidade
- ✓ Anular a observação sempre que o observador se aperceba que está a ser observado
- ✓ Fazer o número de observações por enfermeiro até saturação de dados
- ✓ Fazer o registo informático das interacções
- ✓ Analisar os registos correspondentes ao turno em que foi feita a observação.

Ao planearmos a estratégia de observação participante, optámos por combinar o papel do investigador com o papel de prestador de cuidados, o que nos permitiu participar da vida da população observada.

Partilhando a profissão com os participantes do estudo e dividindo com eles as vivências da prática no mesmo serviço, a observação permitiu-nos interagir com os sujeitos do estudo de uma forma natural e discreta, compreender os actos, palavras e gestos no seu contexto, sendo-nos útil reflectir sobre a análise das práticas. Partindo assim da análise das práticas, valorizamos o princípio de interacção entre enfermeiros, utentes e seus familiares na área dos cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos.

O facto de desempenhar funções de chefe de equipa foi facilitador na aproximação, ao colaborar com os participantes, assim como o facto de poder trocar de turnos sem qualquer impedimento.

Sabemos que um dos problemas existentes quando se recorre aos indivíduos como fonte de informação, é o risco de enviesamentos decorrentes da consciência que os sujeitos têm de que estão a ser observados, daí as observações das interacções terem sido efectuadas sem que os enfermeiros soubessem que estavam a ser observados ou dessem sinais de que se estavam a aperceber.

Atendendo que a observação participante implica capacidade de observação, boa preparação teórica e empírica, formação metodológica sólida e capacidade de distanciamento, para ter capacidade de interpretar os comportamentos,

dedicámos o mês de Março de 2007 à aquisição de técnicas de observação, e os meses de Abril, Maio e Junho do mesmo ano para as observações propriamente ditas. Necessitámos de três meses por precisarmos de trocar de turno para estarmos presentes, o que nem sempre era possível, e necessitávamos de registar a interacção do enfermeiro com o utente e com o familiar deste, o que nem sempre acontecia porque por vezes o doente não tinha visitas nesse turno.

As notas de campo foram feitas sempre no dia da observação, a fim de evitar possíveis esquecimentos.

Dos enfermeiros entrevistados para o estudo, na altura da aplicação de técnica de observação apenas cinco permanecem no serviço (tendo os outros enfermeiros saído essencialmente para centros de saúde), optámos por observar quatro elementos visto o quinto pertencer à nossa equipa na qual desempenhamos o papel de chefe de equipa. O número de interacções por enfermeiro foi de quatro, duas referentes ao turno da manhã e dois da tarde, num total de dezasseis, até atingirmos a saturação dos dados.

As notas de campo foram transcritas na íntegra mediante um programa informático de processamento de texto (Microsoft Office Word), sendo analisadas conforme a sua realização. Foi-lhes atribuídas um número por exemplo A1, A2.

Concluimos as observações quando a sua importância para o fenómeno em estudo se estavam a tornar repetitivas.

6.3 – CONSULTA DOCUMENTAL (REGISTOS DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM)

De acordo com Sobreiro (1995:121), citando Ludke (1986) e André Marli (1986), a consulta documental “pode construir uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações

obtidas por outras técnicas, seja revelando aspectos novos de um tema ou problema”. Ainda de acordo com a mesma autora, segundo Guba e Lincoln citados por Ludke (1986), as principais vantagens da análise documental devem-se ao facto de os documentos serem uma fonte natural de informação, constituírem uma fonte rica e estável, podendo serem consultados várias vezes, dando mais estabilidade aos resultados obtidos, constituindo uma fonte poderosa de onde se podem retirar evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador e permitem complementar informações obtidas por outras técnicas de colheita de dados.

O saber de Enfermagem supõe um quadro de referência teórico, que oriente e fundamente a prática de enfermagem. No processo de cuidados de enfermagem é importante a utilização de suportes escritos que documentem os cuidados de enfermagem, de acordo com o quadro de referência utilizado na unidade de cuidados, permitindo a continuidade dos cuidados.

O modelo teórico de enfermagem tal como nos referem Collière (1998), Pearson e Vaughan (1992), entre outros é uma imagem descritiva do exercício da enfermagem, representando adequadamente o que os enfermeiros fazem a partir das suas crenças e valores aos utentes. O modelo teórico de enfermagem utilizado na elaboração dos registos de evolução de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos é o preconizado por Roper, Logan e Tierney.

Na observação dos registos de evolução de enfermagem damos especial ênfase às actividades de vida: manter ambiente seguro, comunicar e dormir por considerarmos serem as que melhor retratam a natureza relacional, enfermeiro, utente, pessoa significativa. Optámos também por analisar a actividade de vida higiene pessoal e vestir-se dado contemplar uma observação física pormenorizada do utente.

Pretendemos verificar qual a frequência com que se referenciam as actividades de natureza relacional, tendo em conta que no seu estudo “Os saberes na prática de Enfermagem: na perspectiva do modelo teórico de Roper, Logan e Tierney” Sobreiro, Maria de Fátima Linhares de Deus refere que “Parece

evidente a concepção do modelo biomédico a orientar a prestação de cuidados, em que a ênfase é colocada na resposta a cuidados de reparação e não em cuidados de manutenção. (...) O ênfase está nas actividades de natureza técnica, porque têm maior status que as de natureza relacional” (1995:160).

As notas de evolução de enfermagem, correspondentes ao período de observação e aos cuidados prestados pelos enfermeiros observados, foram analisadas após terem sido fotocopiadas dos processos dos utentes. Foi-lhes atribuídas um número por exemplo R1, R2.

7 - PROCEDIMENTOS DE ORDENAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados pretendemos utilizar a análise comparativa constante, em que a colheita e a análise dos dados são feitos em simultâneo. “A teoria fundamentada exige que os investigadores colham, codifiquem e analisem dados desde o início do estudo” (Streubert e Carpenter, 2002:122).

Tal como nos refere Lopes (2003:68) “Esta será a fase que reúne o maior número de especificidades desta abordagem metodológica e que se constitui também como o seu cerne”.

Esta etapa tem como objectivo a organização, a sistematização e a estruturação dos dados da pesquisa.

O processo de análise dos dados consiste na sua codificação, levando à separação dos dados bem como à identificação de algumas categorias, suas propriedades e dimensões. As categorias obtidas são comparadas entre si e com a literatura consultada levando à conceitualização, correspondendo cada categoria a um conceito e a um fenómeno. “A análise dos dados segundo a metodologia da Grounded Theory, é o processo através do qual vamos descobrir as categorias e as suas características, a relação daquelas com as subcategorias e com a categoria central, a necessidade de recolha de novos dados e deste modo, construir uma estrutura conceptual coerente (Pandit, 1996; Strauss & Corbin, 1998; Flick, 1998; Lopes, 2003). A análise dos dados pode também entender-se como, a operação através da qual os dados são quebrados, conceptualizados, e repostos juntos de modos novos. É o processo central através do qual são construídas teorias” (Strauss & Corbin, 1998) citado por Lopes (2006:131).

Dos vários autores que abordam as diversas fases de análise dos dados segundo o método da Grounded Theory, optámos por seguir os descritos por Strauss & Corbin (1998), referenciado por Lopes (2003) no seu artigo “A

metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem”.

Assim após termos feito as entrevistas e transcritos os verbatins, feitas as observações e respectivas notas de campo e após termos fotocopiado os registos de evolução iniciámos a análise dos dados aplicando um sistema de codificação designada por codificação aberta. Consistiu na leitura dos dados, codificámos as unidades de significação, procedendo-se a uma análise comparativa entre elas a fim de se encontrar semelhanças entre elas, seguidamente atribuímos um código substantivo que emergiu das palavras dos participantes e da observação feita. Optámos por codificar só uma unidade de significação com determinado código substantivo por entrevista, por observação e registo. Esta fase foi revista e alterada várias vezes, no sentido de se conseguir codificar o máximo de unidades de significação, tendo sempre presente que o importante não é a quantidade, mas a qualidade do que se consegue obter.

Seguidamente analisámos os códigos substantivos, submetendo-os a uma análise comparativa, e agrupámo-los em categorias de acordo com o seu relacionamento ou as suas características comuns, ou seja, por representarem uma mesma classe do fenómeno, sendo definidas como os conceitos base do fenómeno, “Terminava aqui a codificação aberta, processo através do qual, recorde, os conceitos foram identificados e as suas propriedades e dimensões descobertas dos dados” (Strauss & Corbin , 1998) citado por Lopes (2006:136).

Após definidas as categorias, propriedades e dimensões, comparámo-las com as suas subcategorias, a fim de conhecermos a sua interrelação, processo denominado de codificação axial “É denominada “axial” porque a codificação ocorre à volta dos eixos de uma categoria. Estes são constituídos pelas suas propriedades e dimensões e é através deles que as categorias se relacionam entre si e com as suas subcategorias” (Strauss & Corbin, 1998) citado por Lopes (2003:69).

Na codificação aberta procedemos à fractura dos dados, na codificação axial colocámo-los de novo juntos, estabelecendo conexões entre eles e dando-lhes novos sentidos (Pandit, 1996) citado por Lopes (2006).

Segundo Lopes (2006:136) “Quando o analista procede à codificação axial procura dar respostas para questões tais como, porquê, como, quando, ... e fazendo tal, descobre inter-relações entre as categorias. A resposta a essas questões ajuda-nos a contextualizar o fenómeno, isto é a localizá-lo numa estrutura condicional e a identificar o “como” ou os meios através dos quais uma categoria se manifesta.”

Após a codificação axial, que foi revista várias vezes, procedeu-se à codificação selectiva, “A codificação selectiva é o processo de integrar e refinar a teoria.” (Strauss & Corbin, 1998) citado por Lopes (2003:69). Ou seja, fomos agrupando as categorias até surgirem as três dimensões centrais. Este processo para encontrar as três dimensões centrais não foi fácil, tendo revisto todo o processo várias vezes, recorrendo a algumas estratégias e ao uso de diagramas utilizados por Lopes (2006), sendo facilitador nesta etapa.

Utilizando uma análise comparativa, integramos estas dimensões centrais, atingindo assim uma ideia central, que se encontra descrita na análise dos dados.

Na apresentação dos dados optámos por recorrer à utilização de alguns símbolos/códigos linguísticos cujo significado a seguir se apresenta:

- [] – frases ou palavras que clarificam o significado das declarações
- ... - pausas no discurso
- (...) – excerto da transcrição original sem relevância para a análise

Durante todo este processo de análise dos dados, utilizamos alguns “memos” ou notas com pensamentos e algumas ideias que foram surgindo ao longo da transcrição e análise dos instrumentos utilizados, sendo posteriormente utilizados na apresentação dos dados.

Após terminada a codificação selectiva tínhamos construído uma estrutura teórica explicativa do fenómeno em estudo, que foi revista algumas vezes, com o objectivo de se apurar, atingindo a saturação teórica, dando por terminado o processo de análise dos dados.

Um outro aspecto relacionado com a análise dos dados, segundo Neves (2004:62) tem a ver com o assegurar da sua validade e pertinência, assim como a pertinência da teoria que é descrita sobre o fenómeno. Segundo a mesma autora citando Leninger, in Morse (1994) recomenda a utilização de seis critérios: “credibilidade, confirmabilidade, significado no contexto, padrões recorrentes, saturação e transferibilidade”.

A *credibilidade* diz respeito ao que é credível e conhecido para os participantes do estudo e que se torna conhecido por outros após descoberto pelo investigador, reporta-se à verdade. Ao operacionalizar este critério o investigador deve ter sempre presente que os participantes são a “fonte primária” da informação, sendo ele o segundo detentor da informação fornecida. “O investigador tem a tarefa de alcançar o mundo das participantes, alcançar o conhecimento ou a verdade para as participantes no seu ambiente e contexto, isso requer escuta activa, reflexão e compreensão empática, para ultrapassar a forte tendência de “encaixar” a verdade dos participantes, nos interesses, experiências ou orientações teóricas do investigador” (Neves, 2004:63). No nosso estudo, no que diz respeito a este critério, optámos por um processo de reflexão que nos permitiu ao longo das entrevistas, observações, análise documental, e análise dos dados vermos o fenómeno apenas na perspectiva dos participantes do estudo, não valorizando a nossa perspectiva sobre a temática.

A *confirmabilidade*, diz respeito à obtenção de afirmações repetidas e directas acerca do que o investigador viu e ouviu sobre o fenómeno. “Inclui receber evidência dos participantes acerca das interpretações do investigador” (Neves, 2004:63). No que diz respeito a este critério optámos por mostrar as nossas

interpretações sobre o fenómeno a quatro participantes, que concordaram inteiramente com a interpretação realizada.

O significado em contexto, diz respeito à contextualização das experiências e ideias num ambiente particular. “Até que ponto as interpretações estão de acordo com o contexto onde se inserem as participantes” (Neves, 2004:63). No nosso estudo as interpretações feitas estão em consonância com o contexto onde os participantes se encontram inseridos.

Os padrões recorrentes, dizem respeito a uma sucessão de experiências que tendem a ser apelantes em contextos análogos ou divergentes. Durante a análise dos dados, com a constante comparação entre eles, podemos verificar a existência de uma padronização de experiências entre os participantes, conseqüente do contexto onde se encontram inseridos ser o mesmo.

A saturação, “refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos” (Morse, 1994) citado por Steubert e Carpenter (2002:26).

A transferibilidade, reporta-se às interpretações e descobertas realizadas poderem ser transferidas para outro contexto análogo ou situação e manterem os mesmos significados específicos, representações e ilações. No nosso estudo este critério não foi possível aplicar, visto que teríamos de realizar um outro estudo, noutra contexto.

Estes seis critérios mencionados referem-se essencialmente à fase de recolha e análise dos dados.

Resta-nos validar todo este percurso que na opinião de Leininger (1985:68) citado por Coutinho (2000:104), “a validade de estudos qualitativos refere-se à obtenção de conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significados, atributos e características de um fenómeno particular sobre o estudo. A medida não é a finalidade, mas antes, conhecer e compreender o fenómeno”, é na compreensão e conhecimento do fenómeno que deve versar a

validade qualitativa. Durante o nosso estudo apresentámos rigorosamente as experiências vivenciadas pelos participantes, assegurando a fidelidade dos dados. Optámos pelo processo de auditoria em que todas as entrevistas, grelhas de observação e análise documental, assim como os respectivos resultados da análise, foram observados por outro colega conhecedor desta metodologia e pela professora orientadora, tendo-se procedido às respectivas alterações em caso de discordância de interpretação.

Terminada a fase da saturação dos dados, segue-se a fase da comparação com a literatura, segundo Lopes (2003:73) “A fase final desta metodologia de investigação consiste na comparação da teoria emergente com a literatura existente sobre o tema em investigação, tentando perceber quais as similaridades e as diferenças.”

8 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A investigação é um processo dinâmico, que se constrói em torno da tensão inerente ao movimento intersubjectivo, interpessoal e transdisciplinar, (Pina, 2005).

Existem limitações neste estudo inerentes a vários factores, que procurámos ultrapassar. Limitação quer de ordem pessoal quer temática. No entanto procurámos sempre transformar esses “pontos menos fortes” em oportunidades de melhoria do estudo. Reflectir sobre as nossas limitações é também um momento privilegiado de aprendizagem.

Assim, como limitações de ordem pessoal referenciamos o facto de:

- Foi o nosso primeiro contacto com a Grounded Theory, o que exigiu de nós muito tempo para estudo sobre o método seleccionado e respectivos procedimentos
- A nossa inexperiência no desenrolar de algumas entrevistas que podiam ter sido mais aprofundadas se estivéssemos mais despertas.
- O facto de não termos oportunidade de comparar os registos de evolução de enfermagem, elaborados pelos participantes do estudo antes da frequência do CCFE, por questões de limitação de tempo.

Como limitações de ordem temática:

- Não ter tido acesso a estudos de investigação sobre a temática em estudo, não permitindo a consulta e comparação dos nossos resultados com outros realizados em realidades semelhantes.

Estamos cientes da longa caminhada que temos que percorrer como investigadoras, sendo este trabalho apenas o inicio desse percurso.

**INTERACÇÃO ENFERMEIRO/UTENTE/FAMILIA,
FACTORES FACILITADORES DA MUDANÇA**

9 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos os dados, as ilações, interpretações e questões sobre os mesmos.

A percepção dos enfermeiros sobre os contributos do CCFE para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi identificada a partir das entrevistas, observações e análise documental dos participantes na Unidade de Cuidados Intensivos.

Para a apresentação e análise dos dados recorreremos ao uso de quadros para cada dimensão, com as respectivas categorias encontradas e códigos substantivos, que emergiram do processo de codificação e interpretação dos dados.

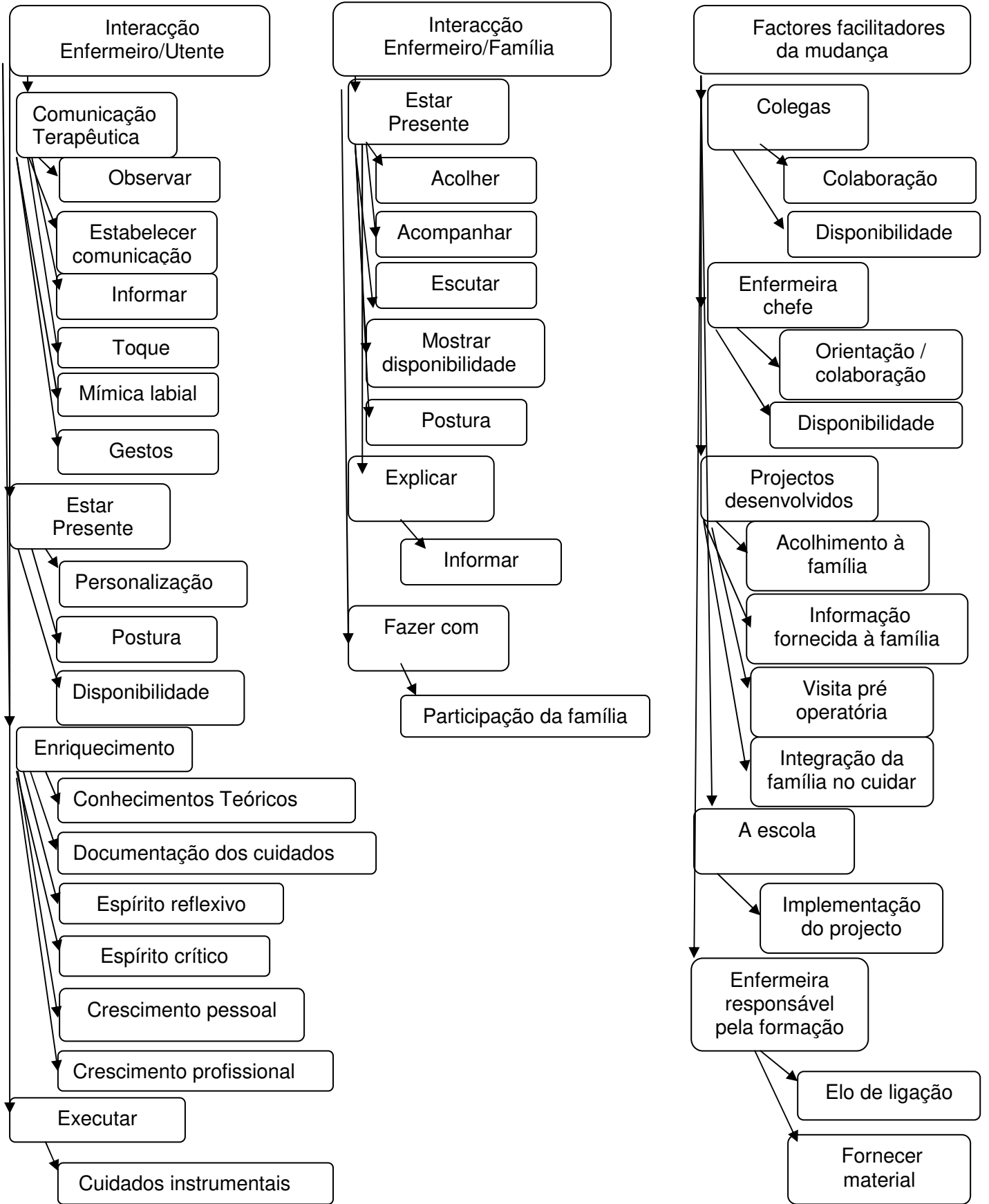
Dado que utilizámos três técnicas de colheitas de dados, pensámos ser pertinente elaborar um quadro para cada categoria, com os contributos inerentes a cada técnica, em cada código substantivo e a sua frequência. Nas entrevistas N=10 significa os dez participantes do estudo, na observação N=16 diz respeito à análise das dezasseis notas de campo (correspondendo a quatro participantes observados, sendo o número de interações por enfermeiro de quatro) e na análise documental N=16, é inerente aos dezasseis registos de evolução (notas de enfermagem) elaboradas pelos quatro participantes.

A análise será intercalada com algumas unidades de significação, de modo a validar as nossas ilações.

A realização do processo de análise deu origem às seguintes dimensões:

- Interação Enfermeiro / Utente
- Interação Enfermeiro / Família
- Factores facilitadores da mudança

Neste contexto de forma a permitir uma visualização global, apresentamos seguidamente o “diagrama” das dimensões, categorias e códigos substantivos encontrados.



Seguidamente apresentaremos cada uma das categorias encontradas, separadamente, dentro de cada uma das dimensões encontradas, apresentando algumas unidades de significação, com o objectivo de validarmos as nossas interpretações.

Relativamente à primeira dimensão: Interação Enfermeiro / Utente identificámos quatro tipos de intervenções que designam as categorias. O quadro dois representa as categorias, os códigos substantivos e a sua frequência.

Quadro 2- Categorias inerentes à dimensão interação Enfermeiro/Utente

CATEGORIAS	CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	FR
Comunicação Terapêutica	Observar	41
	Estabelecer comunicação	38
	Informar	26
	Toque	26
	Mímica labial	24
	Gestos	11
		166
Estar Presente	Personalização	26
	Postura	23
	Disponibilidade	23
		72
Enriquecimento	Conhecimentos teóricos	10
	Documentação dos cuidados	10
	Espírito reflexivo	10
	Espírito crítico	9
	Crescimento pessoal	6
	Crescimento profissional	6
		51
Executar	Cuidados instrumentais	41
		41

Quadro 3 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Comunicação Terapêutica:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Observar	9	16	16	41
Estabelecer comunicação	10	16	12	38
Informar	10	16	0	26
Toque	10	16	0	26
Mímica labial	6	10	8	24
Gestos	6	3	2	11
				166

Comunicação Terapêutica

A categoria comunicação terapêutica surge como a mais referenciada na interacção Enfermeiro/Utente. Concordamos com Phaneuf (1986) citada por Ribeiro e Rodrigues (2002:106) ao referir que a comunicação terapêutica “permite estabelecer ligação significativa entre o enfermeiro e o doente, exige aceitação, respeito caloroso e compreensão empática. Baseada na comunicação verbal e não verbal, deve provocar no doente uma mudança em direcção à autonomia”.

Comunicar faz parte do nosso quotidiano, é essencial à vida. A comunicação designa todas as formas de relações sociais. Para poder cuidar, de forma a responder às necessidades do outro em toda a sua globalidade, é importante desenvolver competências ao nível da relação interpessoal. Sendo a relação a essência do cuidar em enfermagem, a comunicação é fundamental para estabelecer esta interacção particular com o outro.

A especificidade da comunicação em enfermagem tem a ver não só com a finalidade desta (bem estar do utente), como com o facto de ser intencional,

guiada por determinados modelos conceptuais, e ser caracterizada pela intimidade/complexidade que diz respeito à vida da pessoa, exigindo-nos todo o respeito.

Segundo Basto (1998:49) “O que pode tornar a enfermagem uma actividade profissional é o tipo de comunicação. Uma comunicação deliberada, centrada no cliente, com a intenção de o ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividades ou decisões sobre essas actividades ou a aumentar o seu conforto”. Saber comunicar bem e adequadamente é realmente uma arte, que como elemento de competência autónoma do enfermeiro é excelente para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

A comunicação terapêutica com o utente, essencial no cuidar em enfermagem exige segundo Basto (1998:50) “da enfermeira um trabalho de auto-análise, disponibilidade para se pôr em causa e capacidade para se aceitar, o que corresponde a um certo grau de desenvolvimento e a uma ideologia do cuidar”. Comunicar é mais do que uma troca de palavras, é estabelecer uma relação, partilhar um saber, estar em sintonia com o outro. Implica capacidade de comunicação verbal e não verbal, transmitindo esta última tanto ou mais informações, quer através dos gestos, do olhar, da postura, da escuta.

Para Phaneuf (1986) segundo Ribeiro e Rodrigues (2002:106), “A comunicação é a pedra angular dos cuidados de enfermagem e a sua qualidade é o fundamento da relação enfermeiro - doente”. A comunicação em enfermagem é sobretudo aquela que permite ter acesso ao outro para o compreender.

A comunicação é uma actividade humana básica sendo a necessidade de comunicar inata e universal. Na realidade comunicar faz parte da nossa vida desde que nascemos e por vezes fazemo-lo tão espontaneamente que nem reflectimos no modo como o fazemos, ou seja, a comunicação não acontece só quando é intencional e consciente. A comunicação existe sempre, quer naquilo que se faz ou até no que não se faz. Segundo Ramos (2001:167): “A comunicação é uma relação que se estabelece entre pessoas, a partir de significações comuns que as mesmas atribuem à comunicação verbal (palavras, entoações), assim como à comunicação não verbal”.

A ideia central da teoria de Watzlawick (1991) é que é impossível não se comunicar, qualquer comportamento significa comunicação.

Na contagem da frequência dos códigos substantivos por categorias esta é uma das que mais códigos substantivos tem presente, como se pode verificar. Assim os códigos substantivos encontrados são: **Observar, Estabelecer comunicação, Informar, Toque, Mímica labial e os Gestos.**

Observar foi o código substantivo mais referenciado na categoria comunicação terapêutica. A observação é um instrumento básico da enfermagem, permitindo ao enfermeiro um melhor conhecimento sobre o utente/família. Uma observação atenta e cuidada vai permitir ao enfermeiro cuidar de forma individual, numa perspectiva holística. A observação do utente nem sempre é realizada da mesma forma, assim como nem sempre são os mesmos aspectos a serem valorizados. A observação do utente é referenciada pelos enfermeiros como uma maneira de o avaliar na totalidade, como relataram alguns enfermeiros:

“(...)a nossa observação não se pode cingir só aos monitores e perfusões, deve essencialmente direccionar-se para o utente.” E1

“É importante que mesmo em cuidados intensivos, olhemos para o doente e não apenas para os monitores que o rodeiam”. E5

Alguns enfermeiros referiram que este “olhar sobre o utente” passou a ter uma perspectiva diferente, após a frequência do curso, como se pode verificar por estes relatos:

“(...)à medida que vamos sabendo mais melhoramos sempre, mesmo que seja só a maneira como olhamos para as pessoas”. E2

“(...)pequenas coisas que nós observamos que alguns não estão despertos e que outros estão.”E8

“(...) acho que melhorou a minha relação com o doente, melhorou a minha forma de o ver,(...)”E9

Os dados observados vêm reforçar o que foi referenciado nas entrevistas.

Podemos verificar que todos os participantes do estudo observavam quer o estado físico do utente quer dos monitores e perfusões que os rodeavam:

“Observou a pele e mucosas do doente, o penso operatório, as drenagens, os parâmetros ventiladores e os sinais vitais através do monitor cardíaco.”A1,A15

“Observa o estado das pupilas e a sua reacção à luz. Verifica as perfusões, parâmetros ventilatórios, parâmetros da HDFVVC e monitorização hemodinâmica”A6.

“Avalia a temperatura, refere ao doente que lhe vai baixar um pouco a cabeceira para ver um valor importante (PVC), e olhando para o monitor avalia os outros sinais vitais.”A8

“(…)a enfermeira observou as características da respiração, verificou o valor da oximetria e ciclos respiratórios no monitor e ensinou o doente(…)”A11

Este código substantivo também foi sempre mencionado em termos de registos de evolução de enfermagem, tal como podemos constatar em alguns:

“Doente consciente, colaborante, orientado no tempo e no espaço”R2, R5,R8

“Pele e mucosas regularmente coradas e hidratadas”R4,

“Penso operatório externamente limpo e seco” R1

“Doente prostrada, sonolenta” R3

Estabelecer comunicação surge como o segundo código substantivo mais frequente. Comunicar faz parte do nosso quotidiano, é essencial à vida.

Na unidade de cuidados intensivos podemos considerar que existem dois factores limitativos ao estabelecimento da comunicação verbal:

1 - O facto de os *utentes se encontrarem sedados* e consequentemente com o nível de consciência alterado, não conseguindo comunicar verbalmente. Tal como se pode ver na seguinte asserção:

“Nós quando trabalhamos em cuidados intensivos ao longo dos anos criamos uma certa deformação profissional porque trabalhamos muito tempo com doentes em coma quer seja ou não induzido, isso faz com que se perca algo em relação ao comunicar.”E1, E2, E6, E8

Verificou-se na análise dos dados que a preocupação com a comunicação com o doente sedado, foi um tema reflectido durante a frequência do curso e que está presente como um contributo positivo, tal como podemos verificar:

“(...)[durante o CCFE] reflecti que além dos cuidados que prestamos ao utente é importante não esquecer nunca a comunicação, mesmo estando o doente em coma induzido,(...)”E10

Zinn, Silva e Telles (2003), elaboraram um estudo fenomenológico sobre a comunicação com o utente sedado, com base na perspectiva de dez enfermeiras numa unidade de cuidados intensivos, num Hospital escola da cidade de São Paulo e concluíram que o fenómeno poderia ser compreendido sob duas perspectivas: definindo o fenómeno em função do grau de sedação; em que metade dos participantes acreditam que a comunicação e o grau de sedação são processos interdependentes, os demais acreditam tratar-se de fenómenos independentes e a comunicação como algo dependente da capacidade de percepção e/ou expressão por parte do doente, independentemente do grau de sedação. Estas duas perspectivas convergem quando se verifica que 100% dos discursos obtidos referem que existe comunicação com o doente sedado, mesmo em momentos diferentes e de formas diferentes. Foi dado ênfase pelos participantes que a comunicação com o doente sedado é um fenómeno difícil, quer pelo grau de sedação a que estão submetidos, pela falta de tempo dos profissionais, pela estrutura da própria unidade, pela falta de reflexão dos enfermeiros, quer pela dúvida acerca da percepção do doente sedado perante a mensagem recebida. Em relação à percepção pela parte dos doentes, os participantes destacam a crença, a dúvida acerca da audição e da sensibilidade do doente que está sedado. A comunicação com o doente sedado foi referenciado como um fenómeno que: aproxima o cuidador do doente, é importante por proporcionar uma troca entre ambos, aumentando a percepção sobre o que o doente está a sentir, é importante por ser um passo anterior à invasão da privacidade do doente, é um instrumento de medida da profundidade da sedação, é necessária, acalma o doente, é função do enfermeiro, diferencia o profissional e algumas vezes é um

acto irreflectido, condicionado. Concluiu-se também que a forma como ocorre a comunicação com o doente sedado na perspectiva da enfermeira, é através do toque, da verbalização, da atenção e das brincadeiras, na perspectiva do doente é através da escrita, expressões faciais e corporais, sendo que na maioria das vezes não há manifestação por parte do doente, a não ser pelo silêncio verbal e corporal. A percepção que as enfermeiras têm sobre o que é comunicação, de acordo com a análise dos dados, é que a comunicação é “uma via de duas mãos”, em que uma informação é enviada e espera-se o retorno. Umhas afirmam que não existe comunicação com o doente sedado profundamente, porque não existe feedback. Outras, as que estabelecem comunicação, independentemente do grau de sedação do doente, consideram que o importante é a tentativa de transmitir uma mensagem, ou até obter um retorno que pode não ser imediato.

No nosso estudo verificou-se (na observação) que os participantes estabelecem comunicação com o doente sedado não se mantendo no entanto durante todo o período de interacção com o utente:

“(...)cumprimentou o utente pelo nome, tocou-lhe no braço e perguntou-lhe como se sentia, embora não tenha tido feedback (...)”A5

“A enfermeira dirige-se ao doente, chamando-o pelo nome, não obtendo resposta (...), durante o procedimento vai falando com a AAM”A6

2 - O facto dos *utentes se encontram ventilados artificialmente* (quer através de entubação orotraqueal quer por traqueostomia), a comunicação torna-se muito limitada, ficando o utente impossibilitado de comunicar verbalmente, colocando-o em desvantagem pois não consegue expressar-se, verificando-se “o voltar as costas” ao utente quando não se consegue entender, o que aumenta a sua frustração.

Hafsteindóttir (1996) realizou um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa sobre as experiências de comunicação dos doentes submetidos a ventilação mecânica, numa unidade de cuidados intensivos na Escócia em que entrevistou oito utentes. Concluiu que todos os participantes referiram que quando perceberam que não podiam falar as suas reacções foram de choque e

medo; descrevem o enorme esforço para se tentarem fazer entender sem sucesso. As tentativas inúteis de tentar falar despertaram sentimentos de tristeza, pena, zanga, dor emocional, depressão e tortura, referenciando sentimentos de cansaço e exaustão.

Para cuidar de um doente ventilado é essencial que o enfermeiro tenha presente que o doente vivência a comunicação como um impedimento sobretudo pela dificuldade que tem em fazer-se compreender.

No nosso estudo podemos verificar que a frequência do curso teve contributos positivos nesta área como podemos verificar no que nos dizem alguns enfermeiros:

“A comunicação com o doente ventilado, (...) era uma área na qual eu tinha dificuldade uma vez que a pessoa que está ventilada tem dificuldade em comunicar connosco (...)” E9

“[antes do CCF] eu até fugia um bocadinho do doente, isto em termos de se eu não conseguia compreender o doente,(...), E9

“[com o doente ventilado] havia ali uma barreira e eu não conseguia estabelecer a comunicação.” E1, E3

“ Houve um mundo que se abriu, e aprendi novas maneiras de tentar comunicar com o doente, (...)”E4, E6, E9

“(...) estudei alternativas á comunicação verbal, (...)” E9

“(...) mesmos que não te apeteça falar com a pessoa,(...) lembraste que tens que falar porque faz parte dos cuidados e porque faz parte de nós enfermeiros e da nossa relação com o doente (...)”E7

Na interacção dos enfermeiros com os utentes, observou-se que os enfermeiros comunicam com os utentes, como se pode verificar nos seguintes registos de observação:

“Falou-lhe num tom de voz claro, firme.”A1,A14

“(...)perguntou-lhe como estava se se encontrava melhor, (...)” A2,A10

“Falou calmamente com o doente, (...), dando-lhe tempo a responder, num discurso pausado e claro, (...)”A16

“Perguntou-lhe se já tinha tido visitas hoje (...)”A2,A8

Augusto et al (1996), mencionados por Ribeiro e Rodrigues (2002:123), elaboraram um estudo em que aplicaram uma grelha de observação como instrumento de colheita de dados, a 12 enfermeiros, num serviço de medicina, com o objectivo de identificar a comunicação enfermeiro/doente acamado durante os cuidados de higiene, a conclusão principal deste estudo foi a de que “a comunicação transmitida pelos enfermeiros aos doentes acamados durante a prestação de cuidados de higiene se situa no nível neutro com uma percentagem de 79,2%”.

Na análise documental, este código substantivo encontra-se quase sempre presente, como podemos verificar nos seguintes exemplos:

“Discurso perceptível e coerente” R1,R2, R7, R14

“Reage à estimulação dolorosa com esgar facial” R3, R6, R12

“Comunica por mímica labial e gestual perceptível” R5

“Doente comunicativo, apelativo”R9, R11

“Doente sob efeito de sedação e analgesia, não reactivo a estímulos externos”R10

“Comunica com dificuldade, discurso arrastado quase inaudível” R13

Informar é inerente ao acto de cuidar, é sem duvida uma das mais importantes acções de enfermagem. Surge como a necessidade de informar o doente sobre o que lhe vai ser feito e como este se encontra. Messner (1993) citado por Ribeiro e Rodrigues (2002:XIX) “refere que um dos aspectos que os doentes apreciam na prestação dos cuidados de enfermagem são as informações e as explicações que os enfermeiros lhes vão fornecendo, pois ajudam-nos a passar por acontecimentos que desconheciam”. Os mesmos autores citando Liberati (1985), Dupont (1987), Szmajke (1987), Dura (1990), Martires (1998), Rodrigues (1999), referem que nos estudos feitos nos últimos anos muitos utentes referem que se consideram insatisfeitos com a informação que lhes foi dada, tendo sido detectados muitos problemas e queixas, inerentes a informação reduzida ou incompreensível sobre tratamentos e cuidados a prestar.

Rodrigues (1999:72) no seu estudo sobre a informação fornecida aos utentes verificou que “16% da população inquirida obteve informações, mas com linguagem técnica, 16% da população obteve informação de modo “pouco simpático e muito a correr” e 20% da população não obteve qualquer tipo de informação”.

Vários estudos comprovaram que a informação dada ao utente no hospital reduz a ansiedade e as consequências físicas prejudiciais desta emoção que complicam a recuperação. Moores e Thompson (1986) citados por Ribeiro e Rodrigues (2002:XX) referem que de acordo com estudos efectuados a 1357 utentes internados em hospitais britânicos, “que é típico dos doentes falarem do medo do desconhecido e daí considerarem a informação como prioritária”.

Segundo os participantes do estudo a frequência do curso fê-los reflectir sobre a necessidade de informar o utente, independentemente do seu estado clínico. Tal como podemos verificar nas seguintes asserções resultantes das entrevistas:

“É importante ao abordar o doente, mesmo que este se encontre em coma, informá-lo sobre o que se vai fazer, e eu descurava um pouco esse aspecto.”
E2

“Fez-me reflectir que mesmo que o doente não nos responda devemos sempre informá-lo sobre o que vamos fazer”. E4

“Fez-me pensar que mesmo que o doente esteja em coma induzido devemos sempre informá-lo sobre o que vamos fazer e eu passei a fazê-lo com mais frequência.”E1

Nas observações verificou-se que os participantes informavam os utentes quer sobre o seu estado físico quer sobre aquilo que lhes ia ser feito.

“(...) explicou-lhe que já tinha sido operado e que tinha corrido tudo bem (...), que agora necessitava de estar ventilado para o ajudar a respirar, mas que era uma situação temporária.”A1

“(...)referiu ao doente que já tinha medicação para as dores e que em breve ele sentir-se-ia melhor.”A11,A14,A16

“Enquanto prestava os cuidados de higiene ia referindo à utente o que lhe estava a fazer pedindo a sua colaboração (...)”A4,A6,A10, A15

“Hoje está com bom aspecto, já não está ligado ao ventilador, já está só a fazer oxigénio pelo tubo, se continuar assim rapidamente tiramos o tubo.”A5

“(...)diz ao doente que este se encontra muito edemaciado porque os rins não estão a funcionar bem, e ele está a reter muitos líquidos, informando-o da necessidade de colocar um cateter na fémural para fazer diálise, ao que o doente diz que sim com a cabeça.”A7

Na análise documental não se encontrou nenhuma unidade de significação referente a este código substantivo. Embora os participantes do estudo considerem importante informar o utente como pudemos constatar com as entrevistas e com as observações, não o referenciam nos registos de evolução que elaboram. Perante este facto faz-nos pensar no que Sobreiro, Maria de Fátima refere “O ênfase está nas actividades de natureza técnica, porque têm maior status que as de natureza relacional” (1995:160).

O **toque** surge como o terceiro código substantivo mais referenciado na comunicação terapêutica, assim como o informar.

Podemos considerar dois tipos de toque: o toque instrumental, que diz respeito ao “cuidado objectivo”, ou seja, aquele que requer um contacto físico entre a enfermeira e o utente na execução de algum procedimento, e o toque afectivo, expressivo, inerente ao “cuidado subjectivo”, é um acto espontâneo que demonstra aproximação, apoio, conforto para com o utente. Sendo este ultimo a que nos referimos neste estudo.

O toque é uma intervenção de enfermagem, um meio de comunicação não verbal, essencial à vida do ser humano, que cria harmonia e que contribui para o alívio da dor, do stress e da ansiedade. Como nos refere Hudak (1997:40) “a necessidade de contacto táctil está presente em todas as pessoas ao nascimento e continua durante toda a vida.”

Em cuidados intensivos em que o utente se encontra rodeado por uma serie de “máquinas” que alarmam com frequência e que contribuem para a sua despersonalização e para aumentar a sua ansiedade em relação ao seu estado clínico é importante que o enfermeiro transmita segurança ao utente tocando-lhe, mostrando-lhe que está ali. “O toque isolado pode ser uma transmissão silenciosa de apoio durante estes episódios” (Hudak, 1997:41).

Como alguns enfermeiros referiram:

“É importante tocar no doente quando comunicamos com ele, mesmo que se encontre em coma induzido.” E3,E5, E7,E10

Alguns enfermeiros mencionaram que a frequência do curso os ajudou a valorizar a importância do toque na relação com o utente, como podemos constatar nas seguintes asserções:

“Comecei a valorizar mais a importância do toque ao doente.”E2, E6, E8

“É importante quando abordamos o doente, mesmo que este se encontre em coma induzido ou não, tocar-lhe, o que por vezes não era valorizado.” E1, E4

Segundo Lynch (1978) citado por Zinn, Silva e Telles (2003:327), estudos com utentes internados em unidades de cuidados intensivos mostram que o toque de familiares, enfermeiros e médicos, pode alterar o ritmo cardíaco do utente, o qual chega a diminuir, quando os enfermeiros seguram as suas mãos.

No que diz respeito às observações verificamos que os enfermeiros ao abordarem os utentes utilizavam sempre o toque, na mão, no braço e até mesmo nos cabelos do utente, como podemos verificar nos seguintes registos de observação:

“(...) a enfermeira falou com o doente tocando-lhe no braço(...)”A1, A3, A7, A9

“(...)tocando-lhe na mão.”A2,A4

“Ao terminar os cuidados de higiene, passou-lhe a mão pelos cabelos(...)”A4,A15

“Durante a interacção com o utente a enfermeira (...) tendo sempre a sua mão no braço do utente.”A5

“Toca o doente na face e membros superiores,(...)”A6

“(...)tocando-lhe na mão, debruçando-se sobre ele(...)”A8,A12

Em relação à análise documental, contrariamente às entrevistas e às observações não verificámos registos que mencionassem o toque.

A **mímica labial** é outra técnica de comunicação não verbal, muito importante em cuidados intensivos. O enfermeiro deve desenvolver competências no sentido de compreender o que o utente pretende comunicar quando está impedido de utilizar a comunicação verbal, recorrendo quando lhe é possível à mímica labial.

Tal como alguns enfermeiros referiram, a frequência do curso ajudou-os a valorizar esta vertente da comunicação terapêutica, como podemos verificar seguidamente:

“Ao desenvolvermos a comunicação [durante o curso] vemos o quanto é importante para o doente na UCI a mímica labial ser percebida pelo enfermeiro.” E7,E9,E10

“ (...) reflecti muito sobre a importância de dar tempo ao doente com TOT para que este consiga comunicar connosco através da mímica labial.” E1, E5, E6

Durante as observações verificámos que os enfermeiros ao comunicarem com os utentes “dão-lhes tempo” para que se possam expressar através da mímica labial e que tentam sempre compreender o que o utente lhes tenta transmitir. Perceber o outro é fundamental para haver sintonia, sem a qual ninguém consegue comunicar” (Ribeiro e Rodrigues, 2002:104).

Como podemos verificar nos registos das observações:

“Perguntou-lhe se tinha frio ou dores, esperando a resposta através da mímica labial do doente.”A1,A9

“(...)o utente, com os lábios referiu que se sentia bem.”A5,A10,A13,A15

“O doente tentando comunicar, (ao que a enfermeira aguardou a sua resposta), referiu por mímica labial (...)”A5,A14,A16

“(...)aguardando a resposta do doente, visto o doente apresentar um discurso muito arrastado quase inaudível, conseguindo a enfermeira entender o que o doente lhe diz principalmente pela mímica labial.”A13

Na análise documental pudemos constatar que quando os utentes se encontram entubados orotraquealmente, alguns enfermeiros referem se o utente utiliza mímica labial e se é ou não perceptível.

“Comunica por mímica labial (...) que é perceptível” R5, R10

“Mímica labial quase sempre perceptível” R13, 15

Os **gestos**, são outra técnica de comunicação não verbal, importantes na comunicação enfermeiro/utente permitindo ao utente comunicar com os profissionais, quando a linguagem verbal se encontra impedida. Como alguns enfermeiros referiram:

“ [ao estudar a comunicação] apercebi-me do quanto o doente necessita muito de toda a parte técnica que o enfermeiro deve desenvolver com competência, nomeadamente para entender os gestos e a mímica labial.” E7

“É importante estabelecermos comunicação alternativa, inclusive os gestos, reflecti muito sobre isso.”E1, E2, E5, E9, E10

Nos registos de observação pudemos constatar que alguns utentes utilizavam os gestos na comunicação com o enfermeiro:

“Ao que o doente com as mãos tentou responder.”A5,A9,A14

Na análise documental observámos dois registos inerentes a este código substantivo:

“Por referir gestualmente dor intensa (...)” R1

“Comunica por mímica gestual e labial, perceptível” R5

Quadro 4 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Estar Presente:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Personalização	10	16	0	26
Postura	7	16	0	23
Disponibilidade	8	15	0	23
				72

Estar Presente

Esta categoria surgiu no estudo, apresentando-se de uma importância crucial na interação Enfermeiro/Utente. É importante que o utente sinta que o enfermeiro está lá, está disponível para si. Vieira (2004:76) citando Figueiredo et al (1995) diz-nos que “cuidar é presença, é estar activo no ambiente de cuidado, e acrescenta, é pensar junto, estar junto com o outro”. Dentro desta categoria encontrámos três códigos substantivos: Personalização, Postura, e Disponibilidade.

O código substantivo **personalização**, tal como o próprio nome indica, tem a ver com a humanização dos cuidados, com a relação interpessoal, com o cuidar propriamente dito.

Os participantes do estudo referiam que a frequência do curso fez com que reflectissem e melhorassem as suas práticas em termos de personalização dos cuidados. Como nos referem as seguintes expressões:

“(...) eu considero, [com a frequência do curso] que adquiri algumas competência ao nível do cuidar propriamente dito(...)” E6

“Eu penso que o complemento nos obrigou a parar e a assumir que o caminho que a enfermagem tem que seguir para evoluir não é tentando pisar o campo da medicina mas é tentar traçar um caminho mais próprio que tem a ver

com a humanização, reflecti muito que o nosso foco de interesse é o doente e para mim o cuidar melhor dele (...) E5

“Deixou-se de falar tanto dos aspectos tecnicistas para se valorizar mais a parte humana.” E6

“(...) muitas aulas, incidem sobre a humanização dos cuidados de enfermagem, penso que nos dá outra abertura, outra visão acerca da pessoa e dos cuidados que prestamos (...)” E7

“Cuida-se na verdadeira acessão da palavra de uma forma intuitiva, e se esmiuçarmos o tema é que começamos a fazê-lo de uma forma consciente.” E8

*“A área em que eu investi mais no complemento, foi a área da relação com o doente, e o facto de isso acontecer, aumentou as minhas competências nessa área”*E9

“Notei sobretudo diferença em preocupar-me mais no tipo de relação que eu estabelecia com o doente, (...)”E10

Este contributo positivo da frequência do curso de complemento de formação a nível da personalização dos cuidados foi sentido não só pelos participantes do estudo, como pelos colegas, que quando questionados responderam:

“(...) [sobre as colegas que já frequentaram o complemento] estão despertas para algumas coisas que não estavam antes, sobretudo em termos de enfermagem, cuidados, qualidade de cuidados (...)”E6“

“Sim eu penso que elas também valorizam mais a parte humana, a humanização dos cuidados.” E7

“(...)mas nota-se perfeitamente em termos de relação com o doente e sobretudo em termos de vocabulário,(...)”E9

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro com o utente/família/pessoa significativa.

Na observação da interacção verificou-se que existe personalização das intervenções. Como podemos constatar nos seguintes registos:

“A Enfermeira dirigiu-se ao doente, chamou-o pelo nome (...)”A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12,A13, A14, A15,A16

Embora, não tivéssemos um registo de observação anterior que nos permitisse comparar, mas o facto de exercermos a nossa actividade profissional há oito anos neste serviço, leva-nos a referir que actualmente existe uma preocupação maior ao tratar o utente pelo nome e não a infantilizá-lo com expressões tipo “Boa tarde minha flor”.

Como podemos verificar todos os enfermeiros ao dirigirem-se aos utentes tratam-nos pelo nome. Ao tratar o utente pelo nome o enfermeiro está a respeitá-lo na sua individualidade e dignidade, contribuindo para a criação de um clima empático entre o utente e o profissional, proporcionando ao utente expressar os seus sentimentos, duvidas e diminuir a ansiedade. Parafraseando Lazure (1994:51) “Respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira confiança por aquilo que ele é”.

Existe uma preocupação por parte dos participantes em explicar os procedimentos, pedir a sua colaboração e conhecer as preferências dos utentes (individualização dos cuidados), como podemos verificar seguidamente:

“(...) perguntando-lhe para que lado se queria virar(...)”A2,

“No final perguntou ao doente se estava confortável, e se queria ver TV ou descansar, (...)”A9

“Perguntou ao doente se queria ver televisão e o que é que queria lanchar (...)”A16

“Durante o procedimento ia explicando ao doente o que fazia e pedia a sua colaboração (...)” A12,A13

“No final do procedimento perguntou ao doente se se encontrava melhor, se as dores tinham diminuído (...)”A11

“A enfermeira perguntou se o doente se encontrava confortável referindo este que sim.”A12

“A enfermeira apagou a luz e disse para o doente descansar um pouco e se precisa-se para a chamar, tendo o doente ficado mais calmo.”A1

Na análise documental, não encontramos registos inerentes a esta temática.

Ao referenciarmos a **postura** neste estudo pretendemos fazê-lo sobre dois prismas, ou seja, a postura como uma forma de estar, uma forma de entendermos a nossa prática diária e a postura corporal do enfermeiro. Assim, no que diz respeito ao primeiro ponto, como nos referem alguns enfermeiros, a frequência do curso teve como contributos:

“(...) talvez me tenha ajudado a organizar no meu pensamento coisas que eu já tinha dúvidas antes sobre qual é que é o nosso papel junto do doente (...)” E1

“ (...) nota-se quando nós trabalhamos lá dentro, acho que em geral os colegas que fizeram o complemento acabaram por ser mais enfermeiros ao pé dos doentes (...)” E4

“Os doentes precisam igualmente de toda a parte comunicacional e relacional(...)” E7, E9

“ (...) [a frequência do curso] fez-me ver que se deveria investir mais em termos humanos, mais em termos de apoio, mais em termos de tirar a dor e não se deveria pretender aquilo que se sabe que não se consegue (...)” E4

De acordo com esta última asserção é importante que tenhamos presente que nas civilizações modernas, com o desenvolvimento dos conhecimentos científicos e tecnológicos, que vieram resolver muitas situações de doença, e dar origem à criação de serviços onde se prestam cuidados altamente especializados, com acesso às mais sofisticadas tecnologias (UCI), a morte deixou de ser vista como um acontecimento ou fenómeno natural e passou a ser sentida como um problema que o homem ainda não consegue resolver.

A morte é sem dúvida o acontecimento mais desgastante no dia-a-dia em cuidados intensivos. Os profissionais utilizam todos os recursos científicos e técnicos de que dispõem, mesmo quando objectivamente se reconhece o carácter incurável da doença, no intuito de prolongar ao máximo a vida, assistindo-se ao encarniçamento, em que as atitudes terapêuticas podem levar a grande sofrimento para o utente. A esse respeito Santos citado por Pacheco

(2002:67), refere “O intensivismo no doente reconhecidamente em estado terminal constitui um erro grosseiro”. É importante que realmente se entenda que a vida tem um fim e que o indivíduo deve ser cuidado com dignidade até “chegar a esse fim”.

A postura corporal incluindo a forma de andar, a inclinação do corpo, os movimentos da cabeça e das mãos, podem ser um modo útil de ajudar a esclarecer os conteúdos verbalmente expressos mas também podem ser uma barreira à comunicação.

A linguagem corporal do indivíduo pode constituir um acesso real à sua vida interior. A linguagem não verbal, é geralmente mais espontânea que a verbal, já que as palavras podem ser escolhidas antes de serem pronunciadas e os comportamentos não verbais não se conseguem controlar tão facilmente.

O chamado passo acelerado é uma forma de caminhar que os enfermeiros usam para evitar o contacto com os utentes e seus familiares. Quando o utente se apercebe que o enfermeiro anda muito atarefado, tem uma tendência natural para evitar interpelá-lo, com receio de o incomodar. Esse passo acelerado, de facto bloqueia a comunicação eficiente entre o enfermeiro, o utente e seus familiares. Rodrigues (1999:49) verificou num estudo em que utilizou a observação participante que os utentes referem que “esses senhores andam tão atarefados que nem espero vê-los parar para ouvirem o que tenho a perguntar-lhes”.

Outro aspecto importante tem a ver com a posição do enfermeiro relativamente ao plano visual do utente. Efectivamente as pessoas em presença devem partilhar o mesmo plano visual e poder-se-á, por isso, utilizar uma cadeira para ficar ao mesmo nível do utente ou até mesmo curvar-se um pouco sobre este, de forma a permitir um bom contacto visual. O modo como colocamos o nosso corpo poderá transmitir a nossa disponibilidade. Tal como alguns enfermeiros referiram:

“É importante apresentarmos uma postura descontraída para transmitirmos confiança ao doente”E2, E3, E8, E10

Assim, a posição do nosso corpo mais susceptível de transmitir atenção consiste numa ligeira inclinação para a frente em direcção ao utente, evitando cruzar os braços, apoiar-se constantemente num dos membros inferiores, mexer nervosamente os dedos ou rabiscar num papel, pois estes comportamentos imprimem no utente alguma inquietação.

Um outro aspecto importante a referir diz respeito ao espaço existente entre os dois interlocutores. O espaço social varia consideravelmente de cultura para cultura, de pessoa para pessoa, sendo ainda influenciado pelo nível de intimidade existente entre as duas pessoas. É importante que o enfermeiro perceba precocemente qual a distancia adequada em cada situação.

Nos registos de observação identificámos que em todas as interacções enfermeiro/utente observadas os enfermeiros mostravam uma postura corporal descontraída, facilitadora de aproximação, tal como podemos verificar:

“Falou-lhe (...) curvando-se sobre o doente”A1,

“Falou (...), numa postura descontraída (...)”A10

“Durante a interacção com o utente a enfermeira apresentou sempre uma postura descontraída, numa atitude de escuta, (...)”A5

“Durante a interacção o enfermeiro apresentou uma postura descontraída, atenta, (...)” A7

No que diz respeito à análise documental, não encontramos nos registos analisados referências a este código substantivo sobre qualquer um dos prismas mencionados anteriormente.

A **disponibilidade** foi referenciada pela maior parte dos participantes do estudo como de grande importância no cuidar do utente, pois proporciona uma presença afectiva e um contacto humano essencial na relação com o utente:

“(...) todos os doentes são diferentes uns dos outros, têm crenças, valores, comunicam de forma diferente e o enfermeiro necessita de ter uma linguagem

adaptada a cada doente e necessita principalmente de mostrar disponibilidade ao doente.” E7

“(...)porque é muito importante reflectir, porque para cuidar do outro nós temos que estar disponíveis(...)” E2

“ (...) [o complemento obrigou-nos a pensar]é preciso parar para pensar o que é o outro, estar no lugar do outro, o que é que nós gostávamos que nos fizessem e qual a melhor maneira de o fazer sem prejudicar o outro.” E3, E5, E8

Swanson (1991) num estudo fenomenológico realizado em três contextos diferentes tenta clarificar o significado de cuidar em enfermagem, apresentando-nos cinco categorias ou processos de cuidar, sendo um deles o “estar com” o outro, é estar emocionalmente com o outro partilhando sentimentos, mostrando disponibilidade e competência.

Ferreira (2002), citado por Vieira (2004), num estudo elaborado sobre a pessoa com dor, concluiu que “o utente considera positiva a interacção com a enfermeira, quando esta lhe demonstra comportamentos de interesse e disponibilidade, apreciando ser cuidado como um ser humano, em que a atenção, o carinho, a escuta e a presença efectiva da enfermeira são essenciais para o seu bem-estar.”

Segundo a mesma autora num estudo realizado por Hinds e Moyer (1997), em que utilizando o método da Grounded Theory, estudaram a experiência dos utentes durante o tratamento com radioterapia, emergiram três principais tipos de apoio: estar lá, dar ajuda e dar informação.

Nas observações das interacções por nós realizadas verificámos que:

“Durante a interacção com o utente a enfermeira (...) mostrando disponibilidade para escutar o utente e informando-o perante as duvidas deste, (...)” A14, A15

“(...)dando tempo ao doente para responder ás questões colocadas(...)” A7, A16

“Durante a interacção o enfermeiro apresentou uma postura descontraída, mostrando disponibilidade para ouvir o doente, dando-lhe tempo (...)” A4,A8,

Tal como podemos verificar quer no nosso estudo quer nos referidos anteriormente por outros autores, o estar disponível, mostrar disponibilidade é “meio caminho” para o sucesso da relação interpessoal enfermeiro/utente.

Na análise documental efectuada não encontramos referências a este código substantivo (disponibilidade).

Quadro 5 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Enriquecimento:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Conhecimentos teóricos	10	0	0	10
Documentação dos cuidados	10	0	0	10
Espírito reflexivo	10	0	0	10
Espírito crítico	9	0	0	9
Crescimento pessoal	6	0	0	6
Crescimento profissional	6	0	0	6
				51

Enriquecimento

O enriquecimento é a terceira categoria encontrada, inerente à dimensão: interacção enfermeiro/utente.

Dentro desta categoria integrámos uma série de códigos substantivos que emergiram dos dados. São eles: conhecimentos teóricos, documentação dos

cuidados, espírito reflexivo, espírito crítico, crescimento pessoal e crescimento profissional.

Os enfermeiros referem que com a frequência do curso de complemento de formação em enfermagem adquiriram um enriquecimento em termos de **conhecimentos teóricos**. Como podemos verificar nas seguintes asserções:

“(...) o complemento de formação veio trazer a mim e eu vi também nas minhas colegas foi abrir um leque, foi-nos abrir um leque de conhecimentos e interesses diferentes, um enriquecimento teórico(...)” E1

“(...) eu acho que nós crescemos de duas formas, a nível do saber (...)” E2

“(...) em que aspectos melhorei, talvez só na base teórica que propriamente na qualidade dos cuidados prestados, [melhorei] sobretudo baseando-me mais a fundo sobre o código deontológico (...)” E3

“Para além de ter adquirido conhecimentos teóricos noutras áreas, (...) contactar com pessoas que são de áreas completamente diferentes, acaba por ser enriquecedor (...)” E4

Alguns enfermeiros referenciaram que este enriquecimento em termos de conhecimentos teóricos estendeu-se também ao resto da equipa dado que surgiram mais fontes de informação no serviço, mais trabalhos sobre a unidade:

“(...) foi o complemento de todos que mudou de alguma forma aquilo que a gente faz cá dentro(...)” E1

“Reparei que com o complemento de formação nos últimos anos é que tem havido mais trabalhos, mais protocolos, mais fontes de informação no serviço.” E5

“(...) [trabalho desenvolvido] do qual resultou um manual de consulta para as técnicas que nós temos aqui no serviço (...)” E3

“Os trabalhos dos colegas todos do complemento daqui, quase todos se relacionaram com a unidade, implica estudos dentro da unidade e muitos deles feitos ou com famílias ou com enfermeiros (...)” E4

“(...) o complemento fez com que as pessoas cada uma se dedicasse cada vez mais aquilo que gostava de fazer e de estudar.” E2

Alguns enfermeiros referem que ganharam conhecimentos que lhes permite investir noutros trabalhos, como está explícito nestes relatos:

“(...) o método de fazer trabalhos tudo mudou a partir do complemento, ajudou-me imenso noutros trabalhos que tenho desenvolvido posteriormente, e, motivou-me imenso para continuar a estudar, a investir a fazer formação, a fazer pós-graduações, acho que voltei a gostar de estudar.”E9

“(...) ganhei mais armas para poder fazer alguns trabalhos de investigação de um modo mais aprofundado e com outro tipo de eficiência. A licenciatura foi, (...) deu-nos algumas armas teóricas para podermos desenvolver ou evoluir na nossa carreira, na nossa vida profissional (...)” E3

Estes contributos emergiram apenas da análise das entrevistas, não se tendo verificado nem a nível dos registos nem das observações (não disponhamos de dados anteriores para podermos comparar, nem era esse o objectivo deste estudo).

A **documentação de cuidados**, na perspectiva dos participantes do estudo, define-se como as notas de evolução de enfermagem ou os chamados registos de enfermagem. Tal como nos diz Hesbeen (2001:142) “Um registo é o reflexo de uma determinada filosofia, de uma certa representação dos cuidados”.

Segundo Pereira (1993) citado por Simões e Marques (2006:27) “Os registos são uma forma de comunicação escrita que quando correctamente elaborados, permita a individualização dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente a melhoria da sua qualidade. Numa tentativa de definição pode dizer-se que, o registo é uma forma de comunicação escrita dos factos essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante um período de tempo”.

Os enfermeiros mostram uma certa preocupação em relação aos registos, pois na sua maioria referem que é dado maior ênfase à prestação de cuidados físicos do que aos aspectos relacionais e afectivos, como está explícito nas seguintes asserções:

“ (...) como nós somos muito tecnicistas a fazer as coisas também somos muito tecnicistas a escrever e esquecemo-nos muito da individualidade de cada doente, as notas acabam por ser iguais a quase tudo quanto é doente e não se particulariza muito as coisas, não se passa muito a nossa parte, nem se escreve muito a nossa parte, escreve-se muito de, ventilação, sinais vitais, cateteres, acabamos por falar muito pouco de enfermagem [nos registos], penso muito nisto (...)” E4

“(...) esquecemo-nos de escrever sobre a pessoa que está ali e daquilo que aconteceu que é importante a ela como pessoa e acho que isso foi dois dos grandes contributos do complemento.” E6

“(...)mas em termos de registos muitas vezes falham os registos.”E10

Alguns participantes referem ainda que tem tentado alterar um pouco os registos, mas que sentem alguma dificuldade, como podemos verificar:

“(...) tento registar de maneira diferente mas nem sempre é fácil porque na realidade o modelo que nós utilizamos de registo é tão tecnicista como nós somos.” E4

“(...) outra coisa que eu acho que melhorou e que me obrigou a reflectir e que eu tenho procurado ir corrigindo é em relação aquilo que se escreve sobre os doentes(...)” E5

Verificamos que existe uma consciencialização dos profissionais no sentido de melhorar em termos de documentação dos cuidados, não dando apenas ênfase ao aspecto físico como acontece, mas também valorizando o aspecto relacional.

Tal como no código substantivo anterior, estes contributos emergiram apenas da análise das entrevistas.

Outro código substantivo encontrado da análise dos dados (entrevistas) é o **espírito reflexivo**. Este é entendido pelos enfermeiros como a capacidade de reflectir sobre os cuidados de enfermagem. Tal como um enfermeiro refere:

“O complemento fez sobretudo reflectir e contactar com coisas novas e muda-se a prática porque se reflecte (...)” E4

A maioria dos participantes referem que um dos contributos deste curso foi o proporcionar este enriquecimento em termos de espírito reflexivo, sobre as práticas, como o descrito nos seguintes relatos:

“(...) afinal eu pensei em coisas que eu faço, em termos de cuidados directos, e que ainda não tinha parado para pensar e que são tão importantes, por isso o complemento para mim trouxe-me essa parte positiva, o prestar e o porquê de estar a prestar [cuidados], e talvez ver essa prestação sobre um ponto mais reflexivo”.E2

“ [benefícios do curso] crescimento em termos reflexivos (...)”E1

“(...) [a frequência do complemento] fez-me parar para reflectir sobre muitas coisas que nós fazemos no dia a dia e que acabam por ser mecânicas(...)”,E4,E7,E9

“(...)nós fazemos automaticamente, pensámos e planeámos mas que depois no papel não deixamos nada registado e eu acho que o complemento o que nos traz é isso, é parar, pensar, reflectir sobre coisas que fazemos, portanto, o complemento de formação permitiu parar para pensar (...)”E2,E3

“O complemento permitiu-me parar, pensar e até valorizar coisas que eu não dava valor até á altura mas que eu fazia aos doentes, que eu prestava, que eu ajudava os doentes, muitas vezes acho que nós não temos essa noção.” E2

“O grande contributo do complemento foi obrigar-nos a debruçar sobre o doente e a repensar aquilo que é a enfermagem (...)” E4

“O complemento trouxe-me o pensar sobre as coisas e tentar por em prática as coisas.” E4

“(...) se nos organizássemos e se reflectíssemos conseguíamos evoluir de um modo mais positivo. E5

Tal como nos refere Dias (2004.38): “Há portanto que incentivar os enfermeiros a desenvolver o pensamento reflexivo relativamente aos cuidados que prestam, só assim se poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem”.

O espírito crítico surge como outro contributo referenciado pelos participantes do estudo, tal como podemos constatar nas seguintes asserções:

“ [benefícios do curso] crescimento em termos de espírito crítico, começamos a pensar de outra maneira e a criticar, principalmente a criticar (...)” E1

“[benefícios do curso] dando-nos contributos em termos de espírito crítico sobre as nossas práticas, (...)”E6

“(...)é ajudar as pessoas a tomarem consciência daquilo que já se sabia intuitivamente (...)” E5

“O cuidar no novo paradigma da saúde, (...) há uma tomada de consciência, deixa de ser uma coisa intuitiva ficando mais cimentado. “ E8

É importante que cada vez mais os enfermeiros se encontrem sensibilizados para a necessidade de reflectir sobre as práticas diárias com base num espírito crítico, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O **crescimento pessoal** foi outro código substantivo encontrado na categoria enriquecimento, como contributo do curso de complemento em formação, como podemos verificar seguidamente:

“(...) [benefício do curso] foi um contributo muito positivo para o meu desenvolvimento pessoal independentemente do serviço onde exerço a minha prática diária.”E1

“Eu acho que o complemento trouxe um role de situações que são importantes para nós e que me fez crescer quer a nível pessoal (...)” E2

“Na minha perspectiva o que é que o curso de complemento me trouxe de positivo foi o assumir, foi o encontrar-me (...)” E5

“O que eu acho é que há uma tomada de consciência porque, pelo menos a mim, isso aconteceu comigo.” E8

“(...) acho que mudou tudo, para mim mudou imenso e gostei imenso de fazer o complemento.”E9

Além deste crescimento pessoal individual alguns enfermeiros referem que o mesmo se passou com os colegas que já frequentaram o curso, como podemos verificar no seguinte relato:

“ [em relação às colegas que já frequentaram o curso] houve esse crescimento pessoal.” E1

“Quando se acaba de fazer o curso de complemento [em relação às colegas] fica sempre qualquer coisa, nem que seja o projecto que a pessoa se envolveu durante o complemento, faz com que a pessoa fique mais desperta para essas situações (...)” E2

“Em termos pessoais foi também um contributo positivo para mim por ver este envolvimento da equipa.” E6

O **crescimento profissional**, encontrado na categoria enriquecimento, define-se pelos participantes como um dos contributos do CCFE, como podemos verificar nos seguintes relatos:

“(...)[benefício do curso] um crescimento profissional (...)”E1

“[algo mudou após frequentar o complemento]Ah, eu acho que me assumi mais como enfermeira, aquilo que eu entendo que é o meu papel e a maneira como eu entendo a enfermagem, aprendi que nós às vezes no tal caminho para nos diferenciarmos queremos aprender muita coisa que não é propriamente a nossa área e descuidamos a nossa área.” E5

“(...) qual é a coisa mais importante que nós devemos valorizar (...)e principalmente em cuidados intensivos os enfermeiros têm tendência para serem muito tecnicistas.” E5

“(...) a partir daí a formação que eu tento fazer, os aspectos que tento melhorar, mesmo no serviço, tem outro enquadramento, proporcionando-me um enriquecimento profissional”E9

Segundo os participantes este crescimento profissional verificou-se também nas colegas que já frequentaram o curso, como podemos verificar nas seguintes asserções:

“ [em relação às colegas que já frequentaram o curso] houve esse desenvolvimento e esse crescimento profissional (...)”E1

“(...) na sua maioria acho que sim, que houve grandes contributos porque as pessoas têm outra maneira de estar, acho que têm outros horizontes profissionais diferentes do que os que ainda não frequentaram.”E6

“ (...) ficando a equipa mais desperta para algumas situações que anteriormente nos passavam mais de forma indiferente, houve um crescimento da equipa.”E6

Quadro 6 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Executar:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Cuidados instrumentais	10	15	16	41
				41

Executar

Executar é a quarta e última categoria encontrada na dimensão interação Enfermeiro / Utente. Neste estudo é definida como um conjunto de cuidados instrumentais, ou seja, como um conjunto de intervenções técnicas. Segundo Kitson (1998) citada por McSweeney (2003:286) “a complexidade da enfermagem constitui a exigência do enfermeiro ser capaz de exercer uma vasta amplitude de tarefas práticas, de tal modo que proteja a qualidade humana e a individualidade da pessoa a quem está a dar cuidados”.

Neste estudo alguns enfermeiros referiram que a frequência do curso não lhes trouxe benefícios em termos da execução de técnicas, como podemos verificar pelos seguintes depoimentos:

*“(...) em termos de prestação talvez não me tenha alterado muito (...)”
E1, E3, E5*

“Mas basicamente os cuidados com os conhecimentos teóricos serviram, são, não digo que sejam os mesmos porque nós estamos sempre a evoluir, mas são basicamente os mesmos, da mesma forma que fazia antes da licenciatura. Sinceramente não vejo que tenha havido alterações significativas (...)” E3

No entanto é importante salientar que em termos gerais, o objectivo do curso de complemento de formação não é “aprender técnicas”, mas sim para aprofundar conhecimentos de modo articulado com uma reflexão sobre a prática que cada um tem desenvolvido.

Alguns enfermeiros mencionaram que não houve alterações em termos de prática, mas sim na forma como vê essa prática, como podemos verificar nas seguintes asserções:

“ Os cuidados são os inerentes a um doente crítico, desde os cuidados de higiene e conforto que se prestam em qualquer enfermaria, até cuidados mais especializados e mais técnicos que exigem o doente crítico, nomeadamente a vigilância hemodinâmica. Após a frequência do curso o tipo de cuidados são basicamente os mesmos em termos de prática, no entanto esta prática actualmente é feita de forma mais reflexiva.” E8

“(...) O que eu acho que mudou com o complemento não foi a maneira como eu faço as coisas mas a maneira como eu me vejo (...)” E5

“(...)o complemento trouxe esta visão outra maneira de ver a prestação de cuidados.” E2

“Acho que sim, mesmo alguns cuidados directos ao doente, alguns aspectos que antes não valorizava (...)”E6

“Antes do CCF os cuidados de enfermagem eram mais direccionados para a técnica em si, do que propriamente para a relação (...)” E9

Houve dois enfermeiros do estudo que referiram que a prestação de cuidados melhorou, como podemos verificar:

“Eu penso que os complementos vieram realmente melhorar muito a prestação de cuidados no nosso serviço.” E7

“(...)o complemento fez com que as pessoas ainda tivessem mais actividade a nível do melhoramento dos cuidados(...)”E2

No que concerne às observações verificou-se em todas a presença de cuidados instrumentais como podemos verificar nos seguintes registos:

“(...)ia mudá-lo de posição e massajar para evitar lesões na pele, e ficar mais confortável (...)”A1,A2,A5

“Após prestar os cuidados de conforto pergunta ao utente se fica confortável, referindo este que sim (...)”A8

“Massaja o doente, posiciona-o e quando termina avalia novamente os sinais vitais e confirma as perfusões.”A10

“(...)informa o doente que o vai aspirar OT, mobilizá-lo e massajá-lo,(...)”A12

Na análise documental, na actividade de vida Higiene Pessoal e Vestir-se identificamos que todos os participantes referenciaram a prestação de cuidados instrumentais. Tais como:

“Prestados cuidados de higiene e conforto” R1, R2, R4, R6, R7,R10, R13, R15

“Feitos pensos dos acessos vasculares (...)” R3

Podemos verificar que os cuidados “técnicos” são valorizados em termos de registos.

Relativamente à segunda dimensão: Interação Enfermeiro / Família, identificámos três categorias. O quadro sete representa as categorias, os códigos substantivos e a sua frequência.

Quadro 7 – Categorias inerentes à dimensão interacção Enfermeiro/Família

CATEGORIAS	CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	FR
Estar presente	Acolher	26
	Acompanhar	24
	Escutar	24
	Mostrar disponibilidade	16
	Postura	16
		106
Explicar	Informar	26
		26
Fazer com	Participação da família	6
		6

Quadro 8 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Estar Presente:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise	
			Documental (N=16)	Total
Acolher	10	16	0	64
Acompanhar	10	14	0	24
Escutar	10	14	0	24
Mostrar disponibilidade	0	16	0	16
Postura	0	16	0	16
				106

Estar Presente

Estar presente foi a primeira categoria encontrada nesta dimensão. Na contagem da frequência dos códigos substantivos por categorias esta é uma das que mais códigos substantivos têm presente. Para os participantes do estudo estar presente surge como a acção que consiste em acolher,

acompanhar e escutar, os familiares, o mostrar disponibilidade à família e a postura do enfermeiro.

Normalmente os familiares dos utentes internados são excluídos da prestação de cuidados, uma vez que estão condicionados ao período da visita. Cabe ao enfermeiro entender de que forma a família lida com esta situação de crise, que é o internamento do familiar. Phipps (1999:129) refere que “o enfermeiro deve ter consciência da compreensão e percepção da doença por parte da família”.

Os participantes referem que com a frequência do CCFE adquiriram competências no **acolhimento** ao utente, como se pode verificar nos seguintes discursos:

“(...) a relação com os familiares, em termos de acolhimento, foi uma área na qual eu investi, porque falámos imenso no contributo da família, nas parcerias com a família.”E6

“O acolhimento dos familiares penso que também melhorou, talvez haja um acompanhamento melhor dos familiares, haja um despertar (...) um cuidado maior relativamente a uma família que está em crise (...)” E8

“(...) melhorei bastante as minhas competências a nível da relação com o doente e a família”E9

“Notei sobretudo diferença em preocupar-me mais no tipo de relação que eu estabelecia com o doente e com os familiares, temos que prestar cuidados sobretudo à família que tem o doente em cuidados intensivos, (...)”E10

Normalmente, quando é a primeira vez que um familiar visita o utente é o enfermeiro que o recebe antes de entrar na unidade propriamente dita e explica-lhe o estado do utente, o que vai encontrar em termos de equipamentos que rodeiam o utente, a fim de lhe desmistificar um pouco o ambiente da UCI, reduzindo assim a ansiedade. O horário das visitas é das 14 às 20 h, num período de 10 minutos por pessoa, num total de quatro visitas por utente. No entanto os participantes referem que este horário não é assim tão rígido e que se encontram actualmente mais sensibilizado para essa problemática, como podemos inferir das seguintes asserções:

“As pessoas estão mais tempo ao pé dos doentes, a presença dos familiares ao pé dos doentes é uma coisa que está mais assimilada (...)”E1,E2,E6,E7,E9,E10

“(...)quando se nota que o familiar é um vector de calma para aquele doente, deixamo-lo ficar mais tempo, eu penso que isso foi uma coisa que mudou, noto que as visitas são tratadas de outra maneira agora, melhor claro.” (...)” E5

(...) que quanto mais nós nos envolvemos e envolvemos a família mais fácil é (...) E4

Ao fomentar a presença do familiar, o enfermeiro contribui para que o utente sinta que continua a ter o seu lugar na família.

Um outro aspecto que os participantes referem ter melhorado em termos de acolhimento ao familiar foi o facto de não sentirem necessidade de pedir ao familiar para sair quando necessitam de prestar qualquer intervenção ao utente:

“(...) [os enfermeiros] nem mandam tanto sair [o familiar]quando precisam de fazer alguma coisa(...)” E6

“(...) os enfermeiros não têm tanta preocupação de ter o doente todo pronto, com tudo feito e os lençóis todos muito esticadinhos para depois entrar a família (...)” E5

Ao analisarmos os dados que emergiram das observações, verificámos que existe pelos participantes um cuidado ao acolher a família dos utentes. Como podemos observar nos seguintes registos:

“(...)a enfermeira dirigiu-se a esta, cumprimentou-a (...)”A1

“(...)cumprimentou o familiar dizendo boa tarde e apresentando-se,(...)”A4,A15,

“(...)dirigiu-se a esta, cumprimentou-a e apresentando-se pelo nome referiu ser o enfermeiro do doente, dirigindo-se os dois para a unidade do doente”A6, A7

“Este dirigiu-se à visita e numa atitude descontraída, de escuta, cumprimentou-a e perguntou-lhe em que é que lhe poderia ser útil(...)”A8

“À entrada da unidade acolhe a visita, cumprimentando-a e encaminham-se para a cama do doente.”A10

Existe uma preocupação por parte dos participantes que os familiares dos utentes se sintam confortáveis, como podemos verificar seguidamente:

“(...) ofereceu uma cadeira para a senhora se sentar(...)”A1

“(...)baixando a grade da cama” A2, A11

“(...)baixando um pouco a cama,(...)”A14,A16

É importante que os familiares se sintam apoiados pelos enfermeiros. O sentimento de impotência perante um familiar que se visita e que se encontra ventilado, monitorizado, com seringas e bombas infusoras e possivelmente a fazer hemofiltração está presente de forma muito profunda, instalando-se medos em relação à situação e até mesmo em relação à morte. O período da visita é considerado um momento de apoio e de ajuda aos familiares.

Na análise documental, não encontramos registos inerentes ao acolhimento da família na UCI.

Acompanhar é outro dos códigos substantivos encontrados para a categoria Estar presente. Acompanhar surge como a acção que indica um acompanhamento dos familiares durante a sua presença no período da visita. Segundo alguns participantes do estudo, a frequência do CCFE, trouxe-lhes contributos a nível do acompanhamento dos familiares, como podemos verificar:

*“Após a frequência do curso (...) adquiri mais competências sobretudo ao nível relacional, ao nível da ajuda e do acompanhamento da família (...)”
E1,E3,E5*

Estes contributos segundo os participantes também se verificaram nos colegas que já frequentaram o curso, como infere as seguintes asserções:

“(...)não acredito que se faça o complemento e não se mude alguma coisa, ou que não se adquiram competências para melhorar [no relacionamento com a família]”E9.

Eu penso que sim, [se algo melhorou nos colegas após a frequência do CCFE] pelo modo como abordam o doente, pelas conversas em si que nós temos eu penso que sim, no meu entender é mais o aspecto relacional”E8,

Em relação aos dados que emergem das observações, tal como referimos anteriormente, na primeira vez que o familiar visita o utente na UCI, o acompanhamento é feito pelo enfermeiro, ou seja, antes de o familiar visitar o utente é recebido pelo enfermeiro que o informa sobre o estado do utente e o ambiente da UCI, acompanhando-o posteriormente até ao seu familiar. Neste estudo observamos as intervenções que ocorreram numa segunda ou posterior visita, em que o familiar é recebido à porta pela AAM. Neste contexto este “acompanhar” é feito já com o familiar na unidade até ao utente. Pudemos constatar que os participantes na sua maioria se dirigiam ao familiar e acompanhavam-no até ao utente, conforme consta nos seguintes registos:

“(...)dirigiu-se a esta, cumprimentou-a e apresentando-se pelo nome referiu ser o enfermeiro do doente, dirigindo-se os dois para a unidade do doente.”A1, A7

“Acompanhou a visita até à porta”A4,A5

“Acompanha-a até ao médico.”A10,A12

Na análise documental não obtivemos qualquer contributo nesta área.

Escutar surge como outro código substantivo da categoria Estar presente. Citando Lazure (1994:15) “Escutar é constatar, através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas. Escutar é portanto um processo activo e voluntário.” Ouvir alguém de forma adequada é fulcral para a relação enfermeiro /família. Escutar, é uma arte intrínseca à prática do enfermeiro, e por isso, cada um de nós deve desenvolvê-la. Só a atitude de disponibilidade e de escuta poderão conduzir a uma relação de confiança e respeito.

Segundo os participantes do estudo a frequência do CCFE fê-los reflectir sobre a importância de escutar os familiares do utente no estabelecimento de uma relação empática, como podemos verificar nas seguintes asserções:

“(...)fez-me reflectir que é preciso estarmos direccionados também para ouvir a família(...)”E2,E3,E4

“Nós estamos mais desportos para as dificuldades sentidas não só em termos informativos mas em termos de apoio directo e em termos de ouvirmos as necessidades de cada familiar.” E1,E5

Os dados que emergiram da análise das observações mostram-nos que os participantes têm uma atitude de escuta para com os familiares, como podemos constatar nos seguintes registos:

“(...)numa atitude de escuta, mostrando disponibilidade esclarece todas as dúvidas que a visita apresenta.”A10

“A enfermeira pergunta à visita no que é que lhe pode ser útil, ouvindo todas as dúvidas do utente”A12

“A enfermeira ouviu todas as dúvidas do familiar”A3,A4

Na análise documental não observámos registos inerentes a esta temática (escutar).

Mostrar disponibilidade surge como código substantivo da categoria Estar presente, e tal como o próprio nome indica, significa estar disponível para a interacção com o familiar. Na análise das observações verificamos que realmente essa é uma preocupação dos participantes, como consta nos seguintes registos:

“Durante esta interacção a enfermeira apresenta uma atitude de escuta para como familiar e uma postura descontraída, transmitindo disponibilidade ao familiar”A13

“Perguntou se a senhora tinha mais alguma duvida que ela pudesse esclarecer, (...)”A1

“Esteja á vontade, sempre que necessitar (...)”A2

“ (...) é um direito seu saber a situação do seu familiar, sempre que necessitar esteja á vontade.”A3

Da análise das entrevistas não emergiram dados neste sentido, assim como na análise documental.

A **postura** surge com o significado de postura corporal, ou seja, a forma como a enfermeira se posiciona na interacção com o familiar. Se de forma descontraída como quem está receptiva às questões que possam surgir, ou numa atitude de “fuga”, com passos rápidos e ar “atarefado”.

Nas observações constatámos que os participantes apresentavam uma postura muito receptiva para com os familiares durante a interacção como podemos ver nas seguintes asserções:

“Durante o decorrer da interacção a enfermeira manteve uma postura descontraída, encostada à cama do doente (...)”A3, A5

“A enfermeira (...) numa postura descontraída e atitude de escuta pergunta à visita no que é que lhe pode ser útil.”A12

“Durante esta interacção a enfermeira apresenta uma atitude de escuta para como familiar e uma postura descontraída, (...)”A7,A8,A9,A13

Em relação a este código substantivo, não encontramos referência ao analisarmos as entrevistas e os registos de evolução de enfermagem.

Quadro 9 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Explicar:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Informar	10	16	0	26
				26

Explicar

A segunda categoria que emergiu dos dados na dimensão interacção enfermeiro/família foi explicar. Neste âmbito definimos explicar como informar a família, pessoa significativa para o utente.

Sampaio e Gameiro (1985:11) definem família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.”

Peter Worsley (1977) citado por Almeida (1996:32) salienta que “as ligações de parentesco não são as únicas ligações importantes no núcleo familiar e, na verdade, na nossa sociedade esse género de ligações é até muitas vezes menos importante do que outros tipos de relação que os membros da família mantêm como “estranhos”...”, introduz-se aqui o conceito de pessoa significativa, entendida como “pessoas que emocionalmente ligadas à pessoa...co-existiram ao longo dos seus percursos, criaram laços afectivos e inscreveram nas respectivas histórias de vida, teias de relações que lhes permitem tornar a sua presença imprescindível ou, pelo menos, muito útil à pessoa que está situação de crise” (Lopes, 2000:177).

A família forma uma rede social que funciona como suporte importante para os seus membros, é a principal fonte de apoio do utente, necessita de informação para se organizar, adaptar-se a esta nova situação e fazer face aos diversos

problemas. O impacto do internamento é potenciado por não ser precedido de preparação, não tendo o doente e a família oportunidade para se adaptar às alterações de papéis que o internamento impõe. Segundo Bozett (1991) citado por Almeida (1996:37), a hospitalização de um indivíduo é sempre inquietante para a família mas, essa angústia é ainda maior se se tratar de internamento em UCI. Quer pela gravidade da doença quer pelo próprio ambiente da UCI.

Ladislau e Rosário (2003:112) num estudo efectuado sobre as necessidades expressas pela família do doente internado na UCI, concluíram que as necessidades expressas pelos familiares foram essencialmente a necessidade de informação, relativa ao estado do doente e ao prognóstico/diagnóstico, considerando muito importante a informação como forma de reduzir a ansiedade, e a necessidade de apoio.

No nosso estudo todos os enfermeiros consideram que a frequência do curso, contribuiu positivamente na sensibilização da informação dada à família, como podemos inferir das seguintes asserções:

“(...) actualmente, tenho mais preocupação em dirigir-me aos familiares para lhes explicar a situação do doente.” E7, E5,E4,E6,E9

“(...) sobretudo a informação é que é o principal cuidado que nós temos que ter, (...) mas estabelecermos um elo de ligação enfermeiro-doente-família.”E10

“(...) mas se calhar agora tenho algo mais pessoal, um pouco mais de atenção em relação aquilo que informo as visitas.” E1, E2, E3,E8

Existe uma sensibilização dos participantes para a importância de informar a família que foi “reforçada” pela frequência do curso.

Na análise dos registos de observação verificámos que existe uma preocupação dos participantes do estudo em informar os familiares sobre as informações solicitadas, como podemos verificar:

“A enfermeira forneceu as informações solicitadas aos familiares ” A1

É importante que o enfermeiro tenha presente que tipo de informações dar à família, pois nem sempre a família quer saber todo o tipo de informação. Informar pressupõe uma atitude profissional de quem transmite, acompanhando a família no processo de compreensão da informação e adaptação à situação. Tal como refere Egan (1986) citado por Henriques (1991:11), "...este conhecimento é fundamental à tomada de consciência da situação e ao accionar de mecanismos de resolução de crise."

Podemos também constatar que os participantes ao informar os familiares os incentivavam a tocar nos utentes, como consta nos seguintes dados:

"Mas pode tocar na sua mãe e fazer-lhe festinhas" A4

"(...) diz que no entanto a família pode tocar-lhe, acariciá-lo e falar com ele, porque embora ele não responda pela medicação e pelo tubo que o ajuda a respirar melhor, ouve e sente a presença do familiar." A12

"(...)a enfermeira disse que a senhora podia tocar no doente, cumprimentá-lo e falar com ele." A1

É importante que os familiares tenham presentes que apesar de todos aqueles fios que rodeiam os utentes, de todo aquele ambiente da UCI, eles podem ser tocados e acariciados, continuam a ser os seus entes queridos.

Na análise documental não encontramos referência a informações dadas ou solicitadas pelos familiares.

Quadro 10 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Fazer Com:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Participação da família	6	0	0	6
				6

Fazer Com

A terceira e última categoria que surgiu inerente à dimensão interação enfermeiro/família é “fazer com”. O seu significado neste estudo é referente à participação da família nos cuidados ao utente. Como nos diz Piscarreta (1999:41) a respeito desta participação da família nos cuidados, “Actualmente tenta-se promover um aumento do interesse e da gama de oportunidades oferecidas às famílias, caminhando-se para cada vez maior responsabilização destas perante a promoção e manutenção da saúde dos seus elementos”

Segundo Ferreira (2002:33) vários autores como Gibbon (1988); Manley (1989); Salt (1991); Almeida (1996); Lopes (2000), entre outros, referem como vantagens do envolvimento da família nos cuidados prestados ao utente, para a melhoria da qualidade da assistência prestada:

- O envolvimento dos familiares proporciona ao utente um apoio efectivo, facilita a adaptação deste ao internamento e permite-lhe manter o seu lugar na família e comunidade
- Os familiares sentem-se úteis, é lhes dado oportunidade para exprimir as suas necessidades de apoio e têm acesso mais completo à informação sobre o estado do utente
- Os enfermeiros, ao valorizarem este recurso e conduzirem os cuidados no sentido do respeito pela autonomia do outro, tem a possibilidade de prestar cuidados de qualidade, vêm o seu papel valorizado, reposicionando o centro

das suas preocupações na pessoa, constroem também a sua própria autonomia.

Os participantes deste estudo referem algumas situações em que a família colaborou nos cuidados ao utente como podemos inferir destas asserções:

“(...)também já aproveitamos mais vezes, principalmente nos doentes que estão cá há mais tempo, para os familiares colaborarem connosco (...)” E5

“Inclusive em algumas situações já temos tido familiares que ficam grande parte do dia com o seu familiar e acabam por prestar alguns cuidados connosco, quer em termos de posicionamentos quer em dar alimentação aos seus familiares.”E6

Alguns participantes referem a importância da família no cuidar, como se pode observar:

“ É importante pôr a família a participar também nos cuidados (...) e aceitarmos a família dentro do hospital (...)” E4

“ (...) as pessoas aceitam e já não têm problemas em prestar cuidados em frente aos familiares (...)” E5

Nas observações efectuadas para este estudo não verificámos a participação da família nos cuidados aos utentes, assim como a nível a análise documental não foram encontrados registos neste sentido.

Os participantes do estudo referiram, como pudemos averiguar anteriormente, que a frequência do CCFE lhes trouxe contributos positivos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, apontando factores que foram facilitadores dessas mudanças. Tal como nos diz Nóvoa (1988:120) “toda a gente depende dos apoios exteriores que ajudam, estimulam e inspiram os percursos individuais”. Assim da análise dos dados das entrevistas emergiram os dados que deram origem à terceira dimensão encontrada.

Relativamente à terceira dimensão: Factores facilitadores da mudança identificámos cinco categorias. O quadro onze representa as categorias, códigos substantivos e a sua frequência.

Quadro 11 – Categorias inerentes à dimensão Factores Facilitadores da Mudança.

CATEGORIAS	CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	FR
Colegas	Colaboração Disponibilidade	10
		6
		16
Enfermeira chefe	Orientação / colaboração Disponibilidade	8
		4
		12
Projectos desenvolvidos	Acolhimento à família	8
	Informação fornecida à família	2
	Visita pré-operatória	1
	Integração da família no cuidar	1
		12
A escola	Implementação do projecto	5
		5
Enfermeira responsável pela formação	Elo de ligação Fornecer material	2
		1
		3

Quadro 12 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Colegas:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Colaboração	10	0	0	10
Disponibilidade	6	0	0	6
				16

Colegas

Colegas foi a primeira categoria encontrada. Dentro desta categoria os participantes apontaram a disponibilidade e colaboração destes como factores facilitadores da mudança.

A **colaboração** surge ligada ao facto de que sempre que os colegas eram solicitados colaboravam, contribuindo para o sucesso dos projectos. Como consta nos seguintes registos:

“(...)com a colaboração de toda a equipa, cada um colaborar mais dentro do campo que se sente á vontade e que gosta mais de trabalhar e acabámos por ter um, eu construí o meu projecto.” E3

“As pessoas tentaram ajudar-se umas às outras, tentaram colaborar umas com as outras dentro dos projectos uns dos outros.”E1

“(...)[na elaboração do manual] tive que pedir a colaboração dos meus colegas que foram óptimos e ajudaram-me (...)” E2

“(...) algumas colegas já terem frequentado o curso, facilitou na sua colaboração (...)” E6, E7

“(...) outras [colegas]se encontrarem a frequentar o curso, permitindo um intercambio (...)” E9

“A contribuição que os colegas deram foi utilizada, porque aquilo era um registo reflexivo.” E8

“Eu penso que se mobilizou bem, [a equipa], houve um crescimento da equipa (...)” E5, E7

Ao referenciar **disponibilidade**, tal como o próprio nome indica, fazem-no no sentido de estarem disponíveis quando solicitados e apoiarem-nos. Como pudemos verificar nos seguintes relatos:

“(...) também impliquei várias colegas no projecto que também estavam sempre disponíveis.” E5

“Sim houve contributos tanto das próprias equipas, que mostraram disponibilidade para participar (...)”E10

“(...) o apoio das colegas [na implementação do projecto](...)” E1, E7

“(...)houve a implicação de várias colegas no projecto(...)”E2, E4

O facto da equipa se encontrar disponível para colaborar, ao participar também usufruirá de mais-valias, em termos de conhecimentos e até em termos de desempenho.

Quadro 13 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Enfermeira Chefe:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Orientação/Colaboração	8	0	0	8
Disponibilidade	4	0	0	4
				12

Enfermeira chefe

Enfermeira chefe foi a segunda categoria encontrada, inerente à dimensão factores facilitadores da mudança.

A enfermeira chefe é uma pessoa chave não só na unidade onde trabalha, mas também na instituição. Como gestora é responsável pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem que se prestam na sua unidade, devendo preocupar-se com a supervisão, direcção e avaliação de todas as acções necessárias ao bom atendimento do utente.

A sua gestão deverá basear-se na colaboração e na consulta, promovendo a criatividade, encorajando a autonomia, sem abdicar das suas responsabilidades e competências, incentivando os elementos à auto-valorização pessoal e profissional.

Dentro desta categoria encontrámos dois códigos substantivos: Orientação/colaboração e Disponibilidade.

A **orientação/colaboração**, segundo os participantes do estudo está relacionado com o facto da enfermeira chefe reunir com os elementos para discutir os projectos, apoiá-los e incentivar os outros elementos da equipa para o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados. Como podemos verificar nas seguintes asserções:

“(...) a enfermeira chefe, impulsionou muito em termos de desenvolvimento dos nossos projectos , apoiando-nos(...)” E7

“ [no desenvolvimento do projecto](...)tive várias reuniões com a enfermeira chefe (...)”E1

“A enfermeira Chefe (...), colaborou imenso comigo.” E2

“(...)a incentivar os enfermeiros a preencher os questionários antes da norma estar previamente definida.”E10

A **disponibilidade** é referida como a receptividade por parte da enfermeira chefe na gestão dos horários para a frequência das aulas e dispensas de serviço para exames.

O facto dos enfermeiros ao frequentarem o curso continuarem a trabalhar, implicou ou que fizessem trocas de turnos ou que o horário lhes fosse facilitado. Os participantes apontaram essa disponibilidade por parte da enfermeira chefe em lhes facilitar o horário como um factor positivo, como podemos verificar pelos seguintes testemunhos:

“Nós éramos sete a fazer o complemento no mesmo ano, na mesma altura e ela tentou, nunca nos impediu de irmos para o complemento porque tinha de nos dar dispensas de serviço, pelo contrário tentou-nos facilitar e ajudar-nos a que todos fossemos e que fosse possível, isto foi possível com ela, com a disponibilidade dela em primeiro lugar, (...)” E2

“A enfermeira chefe mostrou sempre disponibilidade para nos ajudar, inclusive facilitar-nos os horários para podermos ir às aulas.” E7

Outros participantes do estudo referiram também disponibilidade por parte da enfermeira chefe sempre que era solicitada, como podemos inferir seguidamente:

“(…) [a enfermeira chefe] facilitou-me imenso, cedeu-me tudo o que eu precisava e acho que ela estava sempre disponível.” E2

“A enfermeira chefe também esteve sempre disponível para colaborar sempre que era solicitada.” E6

Um dos participantes referiu que na sua perspectiva não houve contributos quer da enfermeira chefe quer do elemento responsável pela formação, como se pode constatar no seguinte relato:

“Eu penso que não, não houve grandes alterações da parte deles [contributos da chefe e do enfermeiro responsável pela formação] E3

Quadro 14 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Projectos Desenvolvidos:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Acolhimento à família	8	0	0	8
Informação fornecida à família	2	0	0	2
Visita pré-operatória	1	0	0	1
Integração da família no cuidar	1	0	0	1
				12

Projectos desenvolvidos

Os projectos desenvolvidos são a terceira categoria encontrada. Segundo os participantes do estudo foi importante o desenvolvimento de projectos durante o curso, levando à aquisição de competências importantes no desenvolvimento profissional.

Dentro dos projectos desenvolvidos encontramos quatro códigos substantivos. São eles: Acolhimento à família, Informação fornecida à família, Visita pré-operatória e Integração da família no cuidar. É importante verificarmos que a família foi um tema muito trabalhado pelos participantes do estudo.

O **acolhimento à família**, foi desenvolvido em termos de projectos e segundo os participantes do estudo foi um factor facilitador para a melhoria da qualidade dos cuidados, tal como inferimos das seguintes asserções:

“(...) é que houve melhoria em termos de acolhimento ao utente, houve melhorias as pessoas realmente começaram a seguir-se por essa norma e nesse aspecto foi um dos projectos que até acabou por ficar.”E1

“Acho que cada um tentou implementar no serviço o projecto em que se empenhou durante esse ano (...)” E2

“(...) um projecto sobre a família e o apoio da família (...)e que ainda hoje em dia está activo, a nossa maneira de receber melhorou, a qualidade com que recebemos a família e como é que a apoiamos. No aspecto dos cuidados prestados, do nosso apoio á família, (...), nós durante o complemento parámos, pensámos, (...) nós ao longo do nosso percurso aqui na unidade temos dado cada vez mais atenção á pessoa, o apoio á família, como é que ela está a reagir (...)” E2

“(...) o máximo que conseguimos (...) foi fazer com que as pessoas passassem a estar cá mais tempo (...)E5

“(...) através do exemplo e do dia a dia do oferecer a cadeira á pessoa para ela se sentar, do estar mais tempo a conversar com ela que isso foi-se estendendo á equipa toda e penso que isso é uma prática que está generalizada neste momento.” E4

“(...) o meu projecto foi sobre o acompanhamento uniforme dos Enfermeiros da UCI à F/PS durante o internamento. O encaminhamento era um pouco descurado, neste momento eu penso que melhorou bastante. Penso que neste momento permitimos muito mais que a família esteja mais tempo junto do seu doente. Ao ficar mais tempo junto do doente a família vai se integrando mais da situação do seu familiar e estabelece um contacto melhor connosco.” E6

“(...) começámos a falar mais sobre esses assuntos e os enfermeiros começaram a preocupar-se(...), realmente houve uma melhoria nesses campos assim como nos outros projectos que foram desenvolvidos.” E1

A **informação fornecida à família**, foi outro projecto desenvolvido com contributos positivos como podemos constatar nos seguintes depoimentos:

“(...) [projecto desenvolvido] que tinha a ver com o grau de satisfação das visitas face à informação que nós damos aos próprios familiares dos doentes, foi muito importante para mim (...)” E3

“(...) talvez tenha tido alguma preocupação acrescida em relação às informações que dou[após a elaboração do trabalho] (...)”E2

A **visita pré-operatória**, foi um projecto desenvolvido, em que quando se previa que um utente no pós-operatório imediato necessitava de internamento na UCI, era visitado pela enfermeira, era-lhe explicada a situação e o ambiente da UCI, a fim de reduzir a ansiedade quando “acordasse” na unidade. Tal como podemos constatar:

“(...) visitar o doente explicar-lhe que possivelmente iria para o meu serviço e que seria normal acordar com um tubo para a ajudar o respirar(...),informava-o sobre o ambiente da UCI para que quando acordasse não se sentisse assustado e assim diminuir a sua ansiedade em relação à sua situação clínica. Tem sido muito positivo” E7

A **integração da família no cuidar** foi um projecto desenvolvido, que deu grande satisfação ao participante que o desenvolveu e contribuiu para a qualidade dos cuidados prestados, como podemos verificar com este depoimento:

“(...)o facto de na altura estar a frequentar o complemento de formação me tivesse realmente alertado e feito ver que realmente a implicação da família no cuidar seria um bom projecto. O que aconteceu naquele dia foi que a esposa estava e eu precisei de mobilizar o doente, e sozinha não conseguia, pedi à senhora se não se importava de me ajudar. A esposa foi-me ajudando, foi fazendo aquilo conforme eu lhe ia pedindo para fazer (...)”E1

“(...) fez-me pensar realmente que muitas das vezes a família, por vezes até pode querer ser implicada e cuidar do seu doente, do seu familiar, acabei por trabalhar directamente com essa senhora, integrei-a nos cuidados necessários ao seu marido, quando a senhora foi para casa com o seu marido a senhora ia completamente á vontade para cuidar dele. O que é certo é que isso [integrar a esposa nos cuidados] foi muito benéfico.” E1

“(...)houve coisas tão simples como o facto de fazer a cama com o doente deitado, ela nunca imaginou que a cama fosse tão fácil de fazer com o senhor deitado(...)” E1

Houve, houve melhorias para o doente [aplicação dos projectos] (...)”E1

“(...)nós muitas vezes, enfermeiros no nosso dia a dia, nas nossas rotinas, na nossa prestação de cuidados quando vamos prestar os cuidados aos nossos doentes e a família está presente uma das nossas reacções é pedir á família para sair (...)”E1

“(...)e muitas das vezes nós como enfermeiros estamos um pouco rotinizados e acabamos por não ver isso como um problema, (...)”E1

Quadro 15 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Escola:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Implementação do projecto	5	0	0	5
				5

A escola

A escola surge como a quarta categoria encontrada com um código substantivo, a implementação do projecto. Segundo os participantes do estudo o facto da escola (que foram várias, não apenas uma) onde se encontravam a frequentar o CCFE, exigir que o projecto de intervenção fosse implementado no

serviço, conferindo a articulação da vertente académica com o contexto profissional, fez com que esses projectos continuassem, mesmo após a fase de projecto, e assim contribuiu positivamente no desempenho dos profissionais e conseqüente melhoria dos cuidados. Este princípio estratégico desencadeou mudanças a nível das práticas profissionais. Como nos referem os seguintes enfermeiros:

“(...) foi positivo o facto da escola exigir que o projecto de formação fosse implementado no serviço (...)” E1, E4

“(...) as pessoas fazem um projecto na área da enfermagem, e dentro do âmbito do serviço, e em relação a essa área temática as pessoas tentam desenvolver o seu projecto e nota-se realmente uma grande melhoria.” E7

“(...) conseguiram abranger uma grande área dos cuidados de enfermagem.” E3

O facto da implementação dos projectos contribuir positivamente para o desempenho de quem o elaborou também teve os seus frutos ao nível da equipa ao existir um envolvimento desta nos projectos dos colegas, tal como foi referido:

“(...)devido à diversidade de projectos que se foram desenvolvendo neste âmbito, as pessoas conseguiram melhorar uma a uma e depois motivando o restante grupo, solicitando a sua colaboração.” E8

O facto de a escola permitir ao aluno a decisão sobre a temática a abordar no seu projecto, foi uma estratégia importante permitindo um maior envolvimento e aprendizagem do formando, bem como uma maior autonomia, possibilitando dar respostas às necessidades de formação sentidas.

“(...)no meu complemento todos os trabalhos que nós realizamos foram da nossa escolha, não foram escolhidos pelas professoras de enfermagem”. E9

Quadro 16 – Distribuição das técnicas de colheita de dados pela categoria Enfermeira Responsável pela Formação:

Códigos Substantivos	Entrevistas (N=10)	Observações (N=16)	Análise Documental (N=16)	Total
Elo de ligação	2	0	0	2
Fornecer material	1	0	0	1
				3

Enfermeira responsável pela formação

A enfermeira responsável pela formação surge como a quinta categoria encontrada e aquela que surge com menos frequência.

O enfermeiro responsável pela formação deverá ser um facilitador da aprendizagem, sendo capaz de estabelecer um relacionamento interpessoal motivando os colegas para a formação. O papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço “não será tanto o de ministrar um corpo de conhecimentos, mas sim o de ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento” (Dias, 2004:18).

Dois participantes referem os seus contributos como **elo de ligação** com outros elementos do serviço, dado se encontrarem em horário rotativo. Como referem os enfermeiros:

“(...) muitas vezes servir de elo de ligação [a enfermeira responsável pela formação] com alguns colegas que eu não encontrava(...)” E2

“(...), porque eu como fazia horário de roulement nas manhãs havia sempre preocupação dela reunir os questionários e envolver assim a equipa toda na elaboração da norma,(...)”E10

Apenas um participante do estudo refere o seu contributo ao **fornecer material** para a elaboração do trabalho académico, como nos refere a seguinte asserção:

“(...) ela tentou-me ajudar no aspecto de reunir todos os protocolos(...) E2

ACHADOS

Assim da análise dos dados emergiram três dimensões, duas inerentes aos contributos do curso para a qualidade dos cuidados, nomeadamente na Interação Enfermeiro/Utente e na Interação Enfermeiro/Família, e outra referente aos Factores que Contribuíram para essa Mudança. Tal como é do nosso conhecimento existem uma serie de factores que contribuem para o sucesso da formação, não é apenas um trabalho individual.

Assim da primeira dimensão emergiram quatro categorias: Comunicação terapêutica, Estar presente, Enriquecimento e Executar.

A *Comunicação terapêutica* foi a categoria mais referenciada pelos participantes, definindo-a como um conjunto de acções que consistem em: observar, estabelecer comunicação, informar, o toque, mímica labial e gestos.

A observação é um instrumento básico da enfermagem, e foi referenciada como a maneira de avaliar o utente na sua totalidade e não apenas nas máquinas e perfusões que o rodeiam. Alguns dos participantes referenciaram que melhoraram a forma de “ver o utente”. Na observação pudemos constatar que o utente era visto “como um Todo” e não só o ventilador que alarmava, ou o monitor cardíaco que registava assistolia. Na análise documental verificámos sempre referência à observação física do utente.

O estabelecer comunicação surge principalmente na vertente não verbal, os gestos, a mímica labial, dado o facto de os utentes não conseguirem comunicar verbalmente ou porque se encontram sedados ou entubados orotraquealmente. Os participantes referem que esta foi uma das áreas em que investiram no complemento e que realmente lhes trouxe contributos para a acção. Na observação das interações os utentes comunicam, quer através da linguagem gestual quer mímica labial e os enfermeiros “dão-lhe tempo”. No entanto com o utente sedado a comunicação não se mantêm durante a interacção, é só inicial.

Na análise documental o tipo de comunicação utilizada pelo utente e as suas características é quase sempre referenciada.

Segundo os participantes do estudo a frequência do curso fê-los reflectir sobre a necessidade de informar o utente sobre aquilo que vai ser feito, independentemente do estado clínico deste. As observações vieram reforçar este aspecto ao verificar-se que os enfermeiros informavam o utente sobre o procedimento que iria ser executado. Não se tendo no entanto verificado este aspecto na análise documental.

O toque surge como o toque afectivo, que cria harmonia e que contribui para o alívio da dor, stress e ansiedade. Alguns enfermeiros referem que a frequência do curso e as reflexões desenvolvidas os ajudaram a valorizar o toque na comunicação terapêutica, estando este presente em todas as interacções observadas e ausentes na análise documental.

O *Estar Presente* foi referenciado pelos participantes como a personalização, postura e a disponibilidade.

A personalização surge com a humanização dos cuidados, referindo os participantes que ao reflectirem no curso sobre esta temática melhoraram as práticas, alegando a aquisição de competências ao nível do Cuidar. Este contributo foi referenciado não só em relação aos participantes como aos próprios colegas, verificando-se nas observações, na forma como os enfermeiros se dirigiam ao utente, tratando-o pelo nome, cumprimentando-o, pedindo a sua colaboração.

A postura como forma de estar na profissão e a postura corporal. Alguns enfermeiros narram que a frequência do curso os fez reflectir sobre o qual o seu papel junto do utente, ajudou-os a organizar o pensamento. A postura corporal é referenciada como fundamental na abordagem ao utente. Em todas as interacções observámos que os enfermeiros mostravam uma postura corporal de “abertura” ao outro.

A disponibilidade foi referenciada como uma presença efectiva, que foi reflectida e trabalhada durante o curso e que trouxe os seus frutos para a prática, como pudemos constatar nas observações.

O *enriquecimento* surge associado aos conhecimentos teóricos, documentação dos cuidados, espírito reflexivo e crítico, crescimento pessoal e profissional. Todos os participantes referem que o curso trouxe um enriquecimento de conhecimentos teóricos, abrindo-lhes um “leque” de interesses e conhecimentos diferentes, forneceu “armas” para trabalhos futuros nomeadamente a nível da investigação, um enriquecimento ao nível do Saber. Este enriquecimento estendeu-se também ao nível da equipa dado surgirem mais fontes de informação no serviço, mais trabalhos elaborados sobre temáticas da unidade.

A documentação dos cuidados define-se como as notas de evolução de enfermagem. Os participantes actualmente sentem necessidade de proceder a alterações neste âmbito, mas sentem algumas dificuldades, referindo que é dado maior ênfase à prestação de cuidados físicos do que aos aspectos relacionais ou afectivos, existe realmente uma consciência por parte do grupo de que são efectuadas intervenções a este nível, mas que acabam por ser apenas verbalizadas, não existindo nenhum registo, o que realmente se comprovou na análise documental.

O espírito reflexivo e crítico surgem mencionado por todos os participantes como a capacidade de reflectir de forma crítica sobre os cuidados de enfermagem, sendo este um dos grandes contributos deste curso.

O crescimento profissional e pessoal é também apontado como um dos contributos, ao proporcionar uma “tomada de consciência”, “foi o assumir-me, foi o encontrar-me”, quer a nível individual quer em grupo.

Executar, é definida como um conjunto de cuidados instrumentais. Os participantes não admitem mudanças significativas ao nível do saber - fazer, associando este à dimensão técnica, referenciando a inexistência de mudanças a nível do seu desempenho / prática profissional. Não podemos descurar o historial da enfermagem, onde esta profissão se encontra fortemente relacionada com a tecnicidade, isto porque, desde sempre a formação em enfermagem se apresentou muito ligada às situações de contexto de trabalho.

No entanto é de salientar que alguns participantes não referem alterações em termos da prática, mas sim como vêm essa prática, “feita de uma forma mais reflexiva”.

Nas observações verificou-se a presença de cuidados instrumentais de forma humanizada. Na análise documental os cuidados físicos estavam presentes com grande ênfase.

Em relação à segunda dimensão encontrada: Interação Enfermeiro/Família encontrámos três categorias: Estar Presente, Explicar e Fazer Com.

Estar Presente, surge como a acção que consiste em acolher, escutar, acompanhar os familiares, a postura do enfermeiro e o mostrar disponibilidade à família. Normalmente os familiares são excluídos da prestação de cuidados, dado que estão condicionados pelo período da visita. Os participantes referem que adquiriram competências no acolhimento ao utente, ao investirem nesta área em trabalhos, porque falaram imenso nas aulas, havendo um despertar para esta temática. Actualmente a presença do familiar junto do utente é fomentada pelo enfermeiro. Os enfermeiros prestam cuidados em frente aos familiares sem pedirem para estes se retirarem. Verificou-se que existe por parte dos participantes um cuidado ao acolher a família, dirigem-se aos familiares, cumprimentam-nos, apresentam-se, oferecem a cadeira para se sentarem.

Escutar surge como um contributo no estabelecimento de uma relação empática com a família, que segundo os participantes, a frequência do curso fê-los “reflectir que é preciso estarmos direccionados também para ouvir a família, mais despertados para as dificuldades sentidas não só em termos informativos, mas em termos de apoio directo”. Da análise das observações constatou-se uma atitude de escuta para com os familiares.

Acompanhar surge como a acção que indica um acompanhamento dos familiares durante a presença na visita, que segundo os participantes melhorou com a aquisição de competências a nível relacional. Verificando-se este melhoramento também a nível dos colegas. Na maioria dos dados emergidos

das observações existe um acompanhamento à família por parte dos participantes.

A Postura surge como a postura corporal, como a forma como a enfermeira se posiciona perante a família. Pudemos constatar no registo das observações que os participantes apresentavam uma postura muito receptiva para com os familiares durante a interacção.

Mostrar disponibilidade, como o próprio nome indica significa estar disponível para a interacção com a família, o que se verificou na análise das observações, com a atitude de escuta e postura descontraída dos participantes.

Explicar é definido como informar a família, pessoa significativa para o utente.

Os participantes do estudo consideram que a frequência do curso contribuiu positivamente na sensibilização da informação dada à família, referindo que actualmente têm mais preocupação em se dirigir aos familiares e como os informam. Verificando-se na análise das observações uma preocupação dos enfermeiros em informar a família sobre aquilo que eles realmente querem saber e incentivando-os a tocar nos utentes e a acariciá-los, pois apesar de todos aqueles fios aquele utente continua a ser “seu”.

Na análise documental não encontramos registos inerentes a informações dadas pelos enfermeiros ou solicitadas pelos familiares.

Fazer Com, é referente à participação da família nos cuidados ao utente. Alguns participantes referem algumas situações pontuais em que a família colaborou nos cuidados, referindo ter sido positivo, referenciando a importância da família no cuidar. Nas observações efectuadas não verificámos a participação da família.

Em relação à dimensão interacção Enfermeiro/Família, na análise documental não emergiram dados neste âmbito.

A terceira e última dimensão encontrada reporta-se aos factores facilitadores da mudança, e encontramos: os colegas, a enfermeira - chefe, os projectos desenvolvidos no âmbito do curso, a escola e a enfermeira responsável pela

formação. Os colegas e a enfermeira chefe tiveram um papel significativo em termos de disponibilidade ao colaborarem com os participantes do estudo.

Segundo os participantes a escola teve um papel muito importante ao fomentar o desenvolvimento dos projectos e sua implementação nos serviços, levando à aquisição de competências no processo relacional e dos cuidados, trazendo melhorias para o serviço ao envolver todos os enfermeiros do serviço na sua concretização.

Faz parte do método encontrarmos uma ideia que julgamos ser central no nosso estudo. Essa ideia é de que o Curso de complemento de Formação em Enfermagem permitiu desenvolver conhecimentos teóricos, um enriquecimento ao nível do Saber, salientando-se o desenvolvimento do espírito reflexivo e crítico relativamente aos cuidados prestados, ao utente e família, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

A Enfermagem é uma profissão complexa, assumindo a formação um papel de relevo na construção dos seus saberes. É da formação que decorre um corpo de profissionais qualificados para o exercício. Partilhamos da opinião de Collière (1989:339) ao referir que “seja a formação de base ou a formação permanente, ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, porque é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”. A mesma autora refere ainda que “para que os cuidados de enfermagem respondam às necessidades de vida é preciso que a formação parta das situações vividas e permita a aprendizagem da reflexão a partir de situações, socorrendo-se dos diferentes domínios do conhecimento”.

É incontestável o papel da investigação no desenvolvimento da Enfermagem, dados os contributos que fornece para o reconhecimento e valorização da enfermagem. “Uma profissão consciente dos seus deveres deve colocar questões que mereçam suscitar pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua actividade e fazer passar à prática o objecto das suas pesquisas” (Collière, 1989:202).

Foi com base neste princípio, e acreditando como nos refere Nunes (2003:349) que “A enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados”, que realizámos este estudo, onde através das entrevistas aos enfermeiros, da observação da Interação Enfermeiro/Utente e Enfermeiro/família e da análise documental, pretendemos responder à questão de investigação, que orientou toda a nossa pesquisa. Tentámos conhecer quais os contributos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros que já o frequentaram, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam.

Desde o início que sabíamos que tratar esta temática não iria ser muito fácil dado “mexer” com o exercício profissional de cada um, correndo-se o risco de se interpretar que o profissionalismo poderia ser posto em causa, nomeadamente ao se falar nos cuidados que se prestavam antes e após a frequência do curso, no entanto, não sentimos esse constrangimento por parte dos participantes.

O facto de não se conhecer a existência de estudos de investigação nesta área não nos permitiu comparar os resultados com os que obtivemos.

Ao longo deste trabalho, não pretendemos formular uma teoria mas sim clarificar e compreender alguns aspectos desta temática.

Esperamos com este estudo contribuir para a clarificação dos cuidados de enfermagem num serviço tão específico como a Unidade de Cuidados Intensivos, dando especial ênfase à formação permanente, no desenvolvimento de uma atitude reflexiva e crítica sobre a prática profissional diária, contribuindo de forma determinante para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e conseqüente desenvolvimento da enfermagem.

Ao terminar este trabalho encerramos uma longa caminhada com início há mais de dois anos, permitindo-nos grandes momentos de reflexão na enfermagem de hoje. Existiram alguns períodos de desmotivação, não foi fácil gerir o tempo necessário para a aquisição dos saberes, capacidades e competências pretendidas para a elaboração deste projecto, efectuar cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos, leccionar a cadeira de Fundamentos de Enfermagem no Curso de Licenciatura, acompanhar alunos nos ensinamentos clínicos a tempo integral e ter disponibilidade para a família. No entanto estes momentos foram ultrapassados pelo apoio sentido pela família, os colegas e a professora orientadora, sendo esta experiência muito gratificante.

Chegado o término, sentimos que mais uma etapa estava ultrapassada, e ficámos com a certeza de que vale sempre a pena trabalhar e acreditar que “A felicidade não está no fim da jornada, mas sim em cada curva do caminho que percorremos para encontrá-la” (anónimo).

Perante as ideias que acabamos de ilustrar pensamos que este estudo poderá ter algumas implicações nas diferentes áreas de actuação da enfermagem; a nível da prestação de cuidados, a nível do ensino e na área da investigação.

A nível da prestação de cuidados

É importante que os enfermeiros desenvolvam uma prática que integre uma crítica constante sobre a acção e reflexão sobre essa mesma acção, encarando essa prática reflexiva como uma fonte de conhecimento gerado na própria acção. “O enfermeiro só conseguirá chegar à perícia na prestação de cuidados, reunindo dois critérios obrigatórios: prestando cuidados e reflectindo criticamente sobre os cuidados que presta” (Lopes, 2000:37).

Seria útil repensar-se os modelos de formação em serviço, de forma a permitir a criação de espaços de reflexão e espírito crítico, onde as equipas possam realmente reflectir sobre o “que fazem”, “como fazem” e “porque o fazem”. Tal como nos refere Basto e Portilheiro (2003:43) “a forma como o enfermeiro pensa os cuidados é um dos factores determinantes da sua prática.”

É importante como inferimos deste estudo, que se valorize cada vez mais a vertente relacional, com o utente e família. É de valorizar o papel da pessoa significativa e a sua participação nos cuidados, como prática comum e não apenas em situações pontuais.

O desenvolvimento de competências na área da comunicação por parte do enfermeiro é cada vez mais uma realidade, não só pela multiculturalidade que

se vive actualmente, mas como modo de desenvolver formas alternativas à comunicação verbal, fundamental ao cuidar do utente em cuidados intensivos.

A nível do ensino

A formação inicial deverá fornecer ferramentas ao estudante, que lhe permitam desenvolver-se como um todo, a fim de se transformar num indivíduo activo e reflexivo quer em termos de sociedade quer no exercício da profissão. “Espera-se que a formação em enfermagem influencie a socialização profissional, preparando assim enfermeiras para actuar de acordo com valores profissionais” (Basto, 1998:163).

Cada vez mais a enfermagem é vista como uma profissão de interacção humana, pensamos que será importante estimular a utilização do pensamento critico e reflexivo assim como a partilha de experiências, na e sobre a acção como forma de desenvolverem saberes e detectarem défices no seu desempenho, nomeadamente a nível dos ensinios clínicos. Schön (1987), citado por Alarcão (1991) citado por Basto (1998:164), “propõe uma prática reflectida, actuar de forma controlada, reflectir na acção, vendo o mundo profissional de tal forma que permita a cada um verificar a utilidade do que aprendeu”.

Na área da investigação

É indiscutível que a investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados contribui para a evolução da enfermagem.

Pensamos ser pertinente a divulgação deste estudo junto dos colegas, fomentando assim a necessidade de uma prática crítica e reflexiva na acção e para a acção.

Seria importante continuar este estudo com enfermeiros noutros contextos, a fim de se compreender mais profundamente a influência da formação na qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMENDOEIRA; J. (1999) - **O cuidado em enfermagem - que sentido?** Conferência proferida no âmbito do projecto - Ensino em Enfermagem - Processos e percursos de formação. Abril/Maio

AMENDOEIRA; J. (2006) – Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. **Revista Sinais Vitais.** (67). Coimbra. Pág. 19-27

ALARCÃO; I. (1991) – Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os seus programas de formação para professores. Supervisão e formação de professores. Aveiro: cadernos Cidine. Pág. 5-22.

ALARCÃO; I. (1996) – **Formação reflexiva de formadores.** Porto: Porto Editora

ALMEIDA; C., et al (1996) – **Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o internamento.** Relatório final do Curso de Investigação em Enfermagem 94/95 do Hospital Egas Moniz. Lisboa

BARDIN; L. (1977) - **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70

BASTO; M., PORTILHEIRO; C. (2003) - Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. **Revista de investigação em enfermagem.**(7). Coimbra. Pág. 42-51

BASTO; M. (1998) – **Da intenção de mudar à mudança - um caso de intervenção num grupo de enfermeiras.** Lisboa: Edição Rei do livro

BASTO; M. (2000) – Enfermagem em contexto de mudança. **Pensar em Enfermagem.** (4). (2). Lisboa. Pág. 27-29

BASTO; M., MAGÃO; M. (2001) – Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. **Revista de Investigação em enfermagem**. (4). Coimbra. Pág. 3-11

BENNER; P. (2001) - **De iniciado a perito**. Coimbra. Quarteto Editora

BOGDAN; R., BIKLEN; S. (1994) – **Investigação qualitativa em educação uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora

CANÁRIO; R. (1994) – **Centros de formação das associações de escolas: que futuro?** Lisboa. Edições Educa

CARMO; H., FERREIRA; M. (1998) - **Metodologia da Investigação: Guia para a auto aprendizagem**. Lisboa. Universidade Aberta

CARPENTER; D., STREUBERT; H. (2002) - **Investigação qualitativa em enfermagem – avançando o imperativo humanista**. Loures. Lusociência.

CIBANAL; J. (1991) – **Interrelación del profesional de enfermería com el paciente: Prerrequisitos de la relación de ayuda**. Barcelona. Edición Doyma

COLLIÈRE; M. (1989) – **Promover a vida**. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

DE LA CUESTA; C. (1997) – Investigación cualitativa en el campo de la salud. **Rol de Enfermería**. (232). Madrid. Pág 13-16

- DIAS; J.(2004) - **Formadores: que desempenho?** Lusociência. Camarate
- DONABEDIAN; A. (1970) – Patient care evaluation. **Hospitals**. Chicago. (44) (7). Pág. 131-136
- FERREIRA; M. (2002) – **Integrar a Família no Cuidar**. Monografia apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Lisboa
- FORTIN; M. (1999) – **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures. Lusociência
- FREDERICO; M., LEITÃO; M. (1999) – **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra. 1ª Edição. Edições Sinais Vitais
- GLADYS; E. et al (2007) – La teoria de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/1328/2558> acedido a 20/04/07
- GEORGE; J. et al (1993) – **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre. Edições Artes Médicas
- HAFSTEINDÓTTIR, T. (1996) – Patient’s experiences of communication during the respirator treatment period. “**Intensive and Critical Care Nursing**”. (12). Pág 261-271.
- HENRIQUES; A. (1999) – **Dificuldades dos enfermeiros no relacionamento com o familiar do doente crítico**. Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. II Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria. Lisboa.

JACQUERY; A. (1983) – **Guide de l'évaluation de la qualité de soins infirmiers**. Paris. Centurion

HESBEEN; W. (2000) – **Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Camarate. Lusociência

HESBEEN; W. (2001) – **Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Camarate. Lusociência

HONORÉ; B. (2001) - **Cuidar – Persistir em conjunto na existência**. Camarate. Lusociência

HUDAK ; C., GALLO ; B. (1997) – Cuidados intensivos de enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.

KEMP ; N. (1995) – **A Garantia da Qualidade no Exercício da Enfermagem**. Lisboa. ACEPS

KÉROUAC; S. et al (1994) - **La pensée infirmière; conceptions et strategies**, Édition Études Vivantes. Québec. Pág. 46-53

LADISLAU ; D., ROSÁRIO ; E. (2003) – **Necessidades expressas pela família do doente internado na UCI : informação dada pelos enfermeiros como resposta a essas necessidades**. Monografia apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Lisboa

LAZURE; H. (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa, Lusodidacta

LE BOTERF; G. (1994) – Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. Formar. (10). Pág. 41-42

LOPES; M.(1999) – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações**. Évora. Gráfica 2000

LOPES; M.(2000) – A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. *Sinais Vitais*. (30). **Coimbra**. Pág. 35-42

LOPES; M. (2000) – **O acompanhamento do doente no perioperatório pelo familiar ou pessoa significativa**. In Departamento de Recursos da Saúde: Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto. Lisboa. CFAP.

LOPES; M.(2006) – **A relação Enfermeiro – Doente como intervenção terapêutica**. Coimbra. Formasau

MÃO – DE – FERRO; A.(1999) – **Na rota da pedagogia**. Lisboa. Edições Colibri

MAGÃO; M. (1992) – **Cuidar, significado e expressão na formação em enfermagem**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa

McSWEENEY; G. (2003) – A enfermeira: prestação de cuidados holísticos. **Servir**. Lisboa. (51). (6). Pág. 282 - 288

MELEIS; A. (1991) - Theoretical nursing: Development and progress. 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

MESSIAS; A. (2004) – **Transiciones – Teorías de Rango Médio** - [http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones Messias Bogota 2004.doc](http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones_Messias_Bogota_2004.doc) acedido a 20/04/07

MORSE; J. (1990) - Concept of caring and caring as concept. **Advanced Nursing Science**. (13). (1)

NEVES; M. (2002) - A tomada de decisão em enfermagem. **Pensar Enfermagem**. (2). (6). Lisboa

NEVES; M. (2004) – **Intervenções de enfermagem - razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

NOGUEIRA; M. (1990) – **História da enfermagem**. 2ª Edição. Porto. Edições Salesianas

NUNES; L. (2003) – Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lusociência. Loures

PATTERSON; C. (1988) – Standards of patient care, fount comission focus on nursing quality assurance. **Nursing Clinics of North America**. Filadelfia (23) (3). Pág 625-628

PISCARRETA; C. (1999) – Cuidar e Pedagogia. Enfermagem em foco. Lisboa. (35). Pág. 37-43

PICADO; A (2002) - **O respeito como valor moral na relação terapêutica**. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde, apresentada na Universidade Aberta. Lisboa

PINA; A. (2005) – **Investigação e Estatística, com o EpilInfo**. Gabinete de Investigação e Estatística: Delegação Regional do Algarve do instituto da Droga e Toxicodependência.

PIRES; A. (1993) – **Qualidade, Sistemas de Gestão da Qualidade**. Lisboa. Edições Sílabo.

POLIT; D., HUNGLER; B. (1993) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre. Edições Artes Médicas.

PHIPPS; M. et al (1999) – Enfermagem Médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica. II volume, 2ª edição. Lusodidacta. Lisboa

QUIVY; R., CAMPENHOUDT; L. (1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Edição. Lisboa. Gradiva.

RAMOS; N. (2001) – Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. “**Revista Portuguesa de Pedagogia**”. (35). (2). Pág. 155-178

REBELO; M.(1999) - Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos. **Enfermagem**. (7). (2º série). Pág. 14-19

REIS; F., RODRIGUES; V. (2002) – A **axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem**. Climepsi Editores. Lisboa.

RIBEIRO; L.(1998) - Alterações da formação em enfermagem: o que queremos no futuro. **Enfermagem em foco**. (32). Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa

RIBEIRO; P. (2000) - **Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem**. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde, apresentada na Universidade Aberta. Lisboa

RODRIGUES; V. (1999) – Transmissão de informação ao doente. **Divulgar Enfermagem**. (1). (1). Coimbra

SAMPAIO; D.,GAMEIRO; J. (1985) – Terapia familiar. Porto. Edições Afrontamento.

SILVA; A. (2001) - **Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa da mudança**. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto

SIMÕES; J., MARQUES; M. (2006:25) – Os registos de Enfermagem como manifesto da função autónoma/interdependente do Enfermeiro. **Pensar Enfermagem**. (10). (1). Lisboa. Pág. 25-37

SWANSON; K.(1991) - **Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance**. Traduzido por Alice dos Mártires, Revisão de Marta Lima Basto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto

SOUSA; M. (1996) – **Garantia da qualidade em cuidados de enfermagem: construção e validação de instrumentos de medida**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

WATSON; J. (1999) - **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Camarate. Lusociência

WATSON; J. (2002) – **Enfermagem Pós-moderna e Futura – um novo paradigma da Enfermagem**. Camarate. Lusociência

USSENE CAN; A. (1998) – **Garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem nos hospitais: análise da percepção de enfermeiros gestores do Hospital Distrital de Abrantes**. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa

VIEIRA; M. (2004) – **O cuidado ao encontro da utente: contributos para uma conceptualização dos cuidados de enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

ZINN, G.; SILVA, M.;TELLES, S. (2003) – Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. “**Revista Latino-americana de Enfermagem**”. (3). Maio – Junho. Pág. 326-332. <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acedido a 1 de Julho de 2004-07-19

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

E

Fale-me dos cuidados de enfermagem que prestava antes da frequência do Curso de complemento de Formação em Enfermagem

Antes do curso de complemento os cuidados de enfermagem posso dizer que eram mais direccionados para a técnica em si, do que propriamente para a relação uma vez que quando nós começamos a trabalhar é-nos exigida uma alta qualificação técnica e como tal quase que somos obrigados a direccionarmo-nos mais para essa parte e esquecemos um bocadinho a parte relacional, é a única diferença que eu vejo em relação ao antes e depois do complemento.

Depois, o que é que notou em si que mudou, na sua prática diária, após a frequência do curso?

Após a frequência do curso, e com os conhecimentos que adquiri durante e com aquilo que tive de estudar, adquiri mais competências sobretudo ao nível relacional, ao nível da ajuda e do acompanhamento da família, dos doentes, mas adquiri sobretudo conhecimentos ao nível de relacionamento com os doentes, com a família, com a equipa inclusive, mais nessa área porque em termos técnicos não veio acrescentar mais nada.

Falou-me, em relação aquilo que teve de estudar, é capaz de especificar melhor

O projecto que eu desenvolvi foi um projecto relacionado com a comunicação com o doente ventilado, uma área na qual além de eu não estar muito direccionada para essa área, mas era uma área na qual eu tinha dificuldade uma vez que a pessoa que está ventilada tem dificuldade em comunicar connosco e posso dizer que eu até fugia um bocadinho do doente, isto em termos de se eu não conseguia compreender o doente, em vez de estar ali a tentar arranjar maneira de compreender às vezes fugia um bocadinho, uma vez que havia ali uma barreira e eu não conseguia estabelecer a comunicação. Como estudei essa área houve um mundo que se abriu, ao fim e ao cabo, e aprendi novas maneiras de tentar comunicar com o doente, estudei muito a

relação de ajuda, estudei alternativas á comunicação verbal, e direcionei-me mais ao fim e ao cabo para a pessoa em si, a pessoa doente, mas via o doente como a pessoa com toda a sua envolvente, a família e tudo o que está por detrás disso. Outro projecto que desenvolvi também foi o trabalho de investigação, a monografia, foi com os familiares dos doentes para tentar perceber de que modo é que eles nos sentiam a nós como enfermeiros, ou seja para tentar perceber se nós enfermeiros estávamos direccionados para as necessidades dos familiares dos doentes, e foi outra área onde eu estudei bastante e que engrandeceu muito os meus conhecimentos e daí melhorei bastante as minhas competências a nível da relação com o doente e a família.

- Várias colegas deste serviço já fizeram o curso: reparou se alguma coisa mudou nelas depois da frequência do curso?

Eu penso que sim, não é que se note isso em todos, mas pelo modo como abordam o doente, pelas conversas em si que nós temos eu penso que sim, embora como aquilo que nós mudamos, penso eu, no meu entender é mais o aspecto relacional é preciso estarmos direccionados também para observar esse aspecto, e eu penso que sim que mudou um bocadinho, embora nalguns não se note muito, mas não acredito que se faça o complemento e não se mude alguma coisa, ou que não se adquiram competências para melhorar.

-Na sua perspectiva que outros factores influenciaram simultaneamente essas mudanças, que diz ter-se apercebido a nível do serviço? Seria por exemplo a orientação do enfermeiro chefe, do enfermeiro responsável pela formação, alguns projectos que tivessem a decorrer no serviço na altura, qual é a sua percepção?

Daquilo que eu me apercebi os projectos dos enfermeiros que fizeram o complemento neste serviço, foram quase todos direccionados para o aspecto relacional com os doentes e com os familiares, penso porque se calhar também ser essa a necessidade sentida pelos enfermeiros de um modo geral, depois o estímulo ao fim e ao cabo partiu dos próprios enfermeiros e depois de quem os estivesse a orientar. A chefe de serviço também teve um papel positivo mostrando-se disponível e facilitando-nos o horário. A enfermeira responsável

pela formação não me parece que tenha tido algum contributo, não de modo algum.

-Como descreveria o que se passava no serviço no período antes do curso e após este?

Se nós estivermos atentos, embora ainda haja muita gente que ainda não fez o complemento aqui no serviço mas nota-se perfeitamente em termos de relação com o doente e sobretudo em termos de vocabulário, em termos de descrição das actividades de enfermagem, eu acho que se nota a linguagem e a atitude dos enfermeiros que fizeram o complemento, nuns nota-se mais do que noutros e percebe-se perfeitamente que essas pessoas que fizeram estão mais direccionadas ou seja, melhoraram conhecimentos na área da relação mesmo com a própria equipa, na área da formação de a partir de ai estarem mais preocupados com a formação e com alguns aspectos relacionados com a relação no serviço do que com os enfermeiros que não fizeram.

-Existe algo mais em relação a si que queira referir e que ainda não o tenha feito

O tempo em que frequentei o complemento de formação, ao fim e ao cabo, como já não tinha, embora eu fizesse sempre formação, mas era mais na área técnica, do que na área em que eu investi mais no complemento, foi a área da relação com o doente, e o facto de isso acontecer, além de aumentar as minhas competências nessa área, eu nunca mais fui igual aquilo que era. Ou seja, a partir daí a formação que eu tento fazer, os aspectos que tento melhorar, mesmo no serviço, tem outro enquadramento, ou seja, o método de pensar, o método de fazer trabalhos tudo mudou a partir do complemento porque além de nós estudarmos, ou seja, no meu complemento todos os trabalhos que nós realizamos foram da nossa escolha, não foram escolhidos pelas professoras de enfermagem, mas depois o método de trabalho em si a forma de fazermos os trabalhos, também me ajudou imenso noutros trabalhos que tenho desenvolvido posteriormente, e, motivou-me imenso para continuar a estudar, a investir a fazer formação, a fazer pós-graduações, acho que voltei a gostar de estudar, não é que eu não estudasse até ai, mas engrandeceu-me

imenso porque enquanto como eu já referi estava mais virada para a parte técnica a partir daí, vieram-se juntar outras áreas á parte técnica que engrandeceram bastante os meus conhecimentos como pessoa, acho que melhoraram a minha relação com o doente, melhoraram a minha forma de ver, de conseguir perceber como é que as coisas funcionam, acho que mudou tudo, para mim mudou imenso e gostei imenso de fazer o complemento.

Quer acrescentar mais alguma coisa?

Não

Muito obrigado