



Carla Amorim Pinho

**Qualidade em saúde:
Que trajetos de formação dos enfermeiros?**



Carla Amorim Pinho

**Qualidade em saúde:
Que trajetos de formação dos enfermeiros?**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didáctica e Formação, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Wilson Jorge Correia de Abreu, Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem do Porto e Professora Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

*“Nada no mundo pode substituir a Perseverança...
Nem sequer o talento, não há nada mais comum que os Homens com talento que fracassam.
Nem o génio, os génios sem recompensa são habituais.
A formação também não, o mundo está cheio de inúteis preparados.
Só a perseverança e a determinação estão omnipresentes.
O lema “INSISTE” resultou e resolverá sempre os problemas da raça humana.”*

Calvin Coolidge

Após ter lido as entrelinhas de um sonho e transformado o desejo em verdade, dedico este estudo especialmente ao meu marido David João pela compreensão da minha ausência, pelo amor e carinho.

Aos meus pais Daniel e Generosa que sempre me incentivaram, e em especial porque me ensinaram a escrever e a dar os primeiros passos rumo ao conhecimento científico.

Ao meu irmão Ivo pelo carinho, e que este trabalho lhe sirva de incentivo, na certeza de que podemos transformar os nossos sonhos e que devemos acima de tudo sonhar.

E à minha Princesa Eva...

o júri

presidente

Doutor **Domingos Moreira Cardoso**,
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro.

Doutora **Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa**,
Professora Catedrática da Universidade de Aveiro (**Coorientadora**)

Doutor **Wilson Jorge Correia Pinto Abreu**,
Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
(**Orientador**)

Doutor **Paulo Joaquim Pina Queirós**,
Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Doutora **Maria Teresa Pereira Serrano**,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Doutor **José Alexandre da Rocha Ventura Siva**,
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro.

Agradecimentos

O olhar questionador que me acompanhou neste trabalho faz-me perguntar: Como agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste projeto? Como fazê-lo sem cometer injustiças? Quantas pessoas, grupos e instituições favoreceram o desenvolvimento desta tese, quantas relações foram dando sentido e organização aos meus pensamentos... É impossível nomear todos. Mas, para cumprir formalidades, mencionarei apenas alguns, porém quero deixar a certeza de que nenhum nome será esquecido.

Agradeço a todos que, de certa forma, contribuíram para que eu pudesse transformar este projeto em realidade.

Às minhas amigas Ana Maria e Dália, as amigas de sempre, pela disponibilidade, pelas observações, críticas e sugestões ...

Aos meus companheiros do curso de Doutorado, pela troca de ideias e experiências, pelo convívio e pela força, em especial à Ana Filipa e à Susana pelo apoio, estímulo e confiança que me transmitiram.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Wilson Abreu e Professora Doutora Nilza Costa, o tempo despendido e o saber, para a concretização do estudo.

À Professora Doutora Idália Sá-Chaves pelo seu carinho e incentivo.

Ao Conselho de Administração da Instituição que permitiu a colheita de dados e, muito especialmente, aos colegas que foram atores da minha observação, que preencheram os questionário e responderam à entrevista, pela disponibilidade, simpatia e incentivo, à enfermeira chefe e ao enfermeiro diretor.

A todos os que sempre me apoiaram e acreditaram em mim um sincero obrigada.

Palavras-chave

Enfermagem, Qualidade em saúde, Qualidade hospitalar, Práticas Supervisivas em Enfermagem, Formação em contexto de trabalho, Modos de Socialização

Resumo

ENQUADRAMENTO: A avaliação da qualidade dos serviços de saúde, a crescente melhoria do desempenho dos profissionais, e a monitorização sistemática das atividades desenvolvidas pelas instituições de saúde, potenciam a qualidade dos cuidados prestados. A intervenção dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde é imprescindível na promoção desta qualidade conforme defendem os diversos modelos da sua gestão. Para a generalidade destes, considera-se que a supervisão clínica em enfermagem e a formação dos profissionais são ferramentas de eleição para a promoção da excelência clínica.

OBJETIVO: Analisar as principais dimensões a considerar num processo de supervisão e formação para a avaliação e acreditação da qualidade numa instituição hospitalar, numa perspetiva ecológica.

MÉTODO: Trata-se de um estudo de caso que abrange uma unidade de cuidados de um hospital. Para a colheita de dados recorreu-se a um conjunto de técnicas e instrumentos, entre as quais a observação participante, entrevistas semiestruturadas e um questionário, aplicados aos enfermeiros dessa unidade. A informação obtida foi submetida à análise qualitativa e quantitativa, com recurso aos programas NUD*IST QSR N6 e SPSS 17, respetivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os resultados obtidos permitiram caracterizar quatro dimensões: i) Processos de qualidade; ii) Práticas supervisivas; iii) Formação em contexto de trabalho; e iv) Relações interpessoais. A partir destas compreendeu-se que a acreditação deve ser um processo contínuo e documentado da análise das atividades de enfermagem, visando a realização de mudanças nos processos de gestão, na orientação das atividades de aperfeiçoamento dos recursos humanos, na pesquisa de respostas às dificuldades no ato de cuidar enfrentadas e identificadas, e nas atividades administrativas ligadas às modificações de processos assistenciais e de gestão. O cruzamento dos dados com os referenciais teóricos veio corroborar a importância da implementação de um processo de gestão de qualidade para os cuidados de enfermagem, num hospital, onde são decisivos os processos supervisivos e formativos, assim como se tornou emergente atender-se às relações interpessoais nas equipas.

Keywords

Nursing, Quality in health, Hospital Quality, Supervising Practices in Nursing, Formation in work context, Ways of Socialization

Abstract

BACKGROUND: The quality assessment of healthcare services, the improvement of professional performance and the systematic monitoring of activities develop by healthcare institutions are challenges to the actual healthcare systems. The involvement of nurses and other health professionals is important to the promotion of this quality, as has been defending by different models of quality management. For most of these models, clinical supervision in nursing is indicated as an important tool to the promotion of clinical excellence.

OBJECTIVE: To analyze the main dimensions to be considered in a supervisory process and continuing education in a hospital under a process of quality accreditation, from an ecological perspective.

METHOD: This is a case study developed in a hospital care unit. To collect data, a set of techniques and instruments were used, including participant observation, semi structured interviews and a questionnaire applied to nurses in that unit. Data was subjected to qualitative and quantitative analysis, using the programs NUD*IST QSR N6 and SPSS 17.

RESULTS AND DISCUSSION: The results obtained allowed to identify four training: i) Quality processes; ii) Supervision process; iii) On the job training; and iv) interpersonal relationships. We concluded that accreditation was understood as a continuous process and documented analysis of nursing activities, focused on the management processes, development of competences, quality of care, and administrative activities in the ward.

The theoretical and methodological triangulation shows that the implementation of quality management systems, when well understood by staff, is crucial to the promotion of safety care and development of a continuous on-the-job training as well. Clinical supervision, understood as a part of a clinical governance system, can be a tool to support continuously the quality management system.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE QUADROS/TABELAS	vii
LISTA DE SIGLAS	ix
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENFERMAGEM, QUALIDADE EM SAÚDE E PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	13
1. A enfermagem e o processo de acreditação	15
1.1. Enfermagem e qualidade – breve apontamento histórico	16
1.2. Qualidade: conceitos e fases	39
1.3. O processo de acreditação da qualidade: abordagem profissional organizacional	63
2. Supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros	85
2.1. Os processos interativos de supervisão: conceitos e práticas	86
2.2. A supervisão clínica como espaço de aprendizagem e suporte	103
3. Formação em contexto clínico: uma perspectiva ecológica	125
3.1. Modalidades de formação em meio hospitalar	126
3.2. Trajetórias de formação e supervisão	143
3.3. Formação em contexto de trabalho num ambiente de qualidade	161
PARTE II - OPÇÕES METODOLÓGICAS	173
4. Campo e métodos de investigação	175
4.1. Síntese da problemática	177
4.2. Objeto e objetivos de investigação	184
5: Técnicas de recolha, tratamento e análise de informação	187
5.1. Etapas da investigação	188
5.2. Observação documental	193

5.3 Observação participante	196
5.4. Inquérito por questionário	201
5.5. Inquérito por entrevista	204
5.6. Processos de triangulação	213
5.7. Procedimentos éticos do estudo empírico	216
6. O(s) Contexto(s) em estudo: a instituição, os atores e as práticas	219
6.1. A instituição em estudo	220
6.2. O processo de implementação da gestão de qualidade	225
6.3. Caracterização dos contextos e dos atores em estudo	237
 PARTE III - DINÂMICAS SUPERVISIVAS E FORMATIVAS EM CONTEXTO DE ACREDITAÇÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR	 255
7. Qualidade em saúde e qualidade em enfermagem	257
7.1. Qualidade em saúde e qualidade hospitalar	259
7.2. Qualidade dos cuidados em enfermagem: dimensões em análise	268
7.3. Organização dos atores em torno da qualidade	283
8. Práticas supervisivas em contexto hospitalar	291
8.1. O objeto da atenção profissional (natureza dos cuidados)	293
8.2. Natureza e dinâmicas dos processos supervisivos	298
8.3. Processo de acompanhamento dos alunos	313
9. Dimensões formativas da(s) prática(s)	323
9.1. Modalidades de formação em contexto de trabalho	325
9.2. Capacidade formativa das práticas	336
10. Socialização e gestão organizacionais	345
10.1. Estratégias de gestão e promoção social	346
10.2. As relações interpessoais no hospital	360
10.3. Modos de socialização e transições ecológicas	375

PARTE IV – CONCLUSÕES E SUBSÍDIOS	383
11. Considerações Finais, opções do estudo e subsídios para o futuro	385
BIBLIOGRAFIA	413

Anexos em Cd-Rom

- Anexo 1 – Normas de formação em contexto de trabalho da JCI
- Anexo 2 – Notas de Campo
- Anexo 3 - Categorização dos dados recolhidos durante a observação
- Anexo 4 – Questionário
- Anexo 5 – Análise dos dados recolhidos pela aplicação do questionário
- Anexo 6 – Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros do serviço
- Anexo 7 – Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos dirigentes
- Anexo 8 – Análise dos dados obtidos através das entrevistas (com recurso ao Nud*ist)
- Anexo 9 – Matrizes taxonomicas emergentes da análise dos dados

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação do conceito de qualidade segundo quatro eixos estruturantes	44
Figura 2: Esquematização de um processo de acreditação	67
Figura 3: <i>Selective focusing and therapeutic effectiveness theory of the delivery of quality nursing care from the nurse's perspective</i>	76
Figura 4: Patamares da supervisão clínica em enfermagem	87
Figura 5: As três funções do modelo interativo de Proctor	105
Figura 6: Representação do ciclo de aprendizagem de Kolb enquadrando os quatro saberes básicos na educação e os tipos de aprendizagem	118
Figura 7: Aprendizagem em contexto clínico	129
Figura 8: Relação entre as transições e os outros conceitos do domínio	144
Figura 9: Representação do modelo ecológico de Bronfenbrenner num contexto de qualidade	151
Figura 10: Condições de aprendizagem organizacional num hospital /Instituição de saúde	154
Figura 11: Relação entre a formação e os processos supervisivos num contexto de acreditação e avaliação da qualidade	164
Figura 12: Desenho do estudo com base na dinâmica da Investigação	181
Figura 13: Utilização conjunta de métodos de recolha de dados	192
Figura 14. Principais características promotoras de interacções entre supervisão e qualidade	280
Figura 15. Estilos de liderança	351
Figura 16: Formação, práticas e socialização profissional	381

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Análise comparativa entre os modelos hospital EPE e HFE	38
Quadro 2: Programas nacionais a desenvolver.....	48
Quadro 3: Sistemas de qualidade em saúde – especificidades dimensionais.....	62
Quadro 4: Os seis estilos de liderança.....	98

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Configuração do estudo, fontes / modo de recolha ou análise e tipo de informação recolhida	191
Tabela 2: Análise percentual de algumas características sociodemográficas caracterizadoras do grupo de actores em estudo	245

LISTA DE SIGLAS

ANMC	<i>Australian Nursing e Midwifery Council</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIOMED	Programa no âmbito do projecto ExPeRT
CA	Centro de Administração
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CAF	<i>Common Assessment Framework</i>
CCAH	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais
CIPE	Código Internacional para a Prática de Enfermagem
Cit.	Citado por ou Citado em
CR	Centro de Responsabilidade
CTQ	<i>Commitment to Quality</i>
DD	Data Desconhecida
Ed.	Editor
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ENB	<i>English National for Nursing, Midwifery and Health Visiting</i>
EOQ	<i>European Organization for Quality</i>
EPT	Exercício Profissional Tutelado
EPE	Entidade Publica Empresarial
ESEnfDAG	Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes
ESEnfP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
Etc.	Et cetera
EUA	Estados Unidos da América
ExPeRT	<i>External Peer Review Techniques Project</i>

FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HFE	Hospital Fundação Estatal
HQS	<i>Health Quality Service</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IHS	<i>Irish Health Service</i>
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
IOM	<i>Institute of Medicine (of the national academies – United States of America)</i>
IPQ	Instituto Português da Qualidade
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JCIAH	<i>Joint Commission International Accreditation on Health</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
JCB	<i>Joint Commission Benchmark</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality Service</i>
MDP	Modelo de Desenvolvimento Profissional
MoniQuor	Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional
MS	Ministério da Saúde
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
N.º	Número
n.d.	Nenhuma Data
NHSME	<i>National Health Service Management Executive</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
Nud*Ist 6	<i>Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing</i>
OCDE	Organização para a Cooperação Económica e Desenvolvimento

OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
Org.	Organizado por...
p	Coeficiente de Pearson
PD	Página Desconhecida
Piii24	Piii24 – significa questão número 24 da parte (P) 3 (iii) – este é um exemplo. Todos os outros são iguais
PME	Pequena e Média Empresa
PQIP	<i>Portuguese Quality Indicator Project</i>
pp.	Página
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
QIP	<i>Quality Indicator Project</i>
QPS	<i>Quality Improvement and Patient Safety</i>
QualiGest	Qualidade da gestão
Ref.	Referência
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SA	Sociedade Anónima
SAM	Serviço de Acção Médica
SC	Supervisão Clínica
SCE	Supervisão Clínica em Enfermagem
SE	Sindicato dos Enfermeiros
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SI	Sistema de Informação
SIE	Sistema de Informação em Enfermagem

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TQM	gestão total da qualidade
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UKCC	<i>United Kingdom Central Council</i>
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
WNB	<i>Welsh National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
X ²	Qui-Quadrado

INTRODUÇÃO

*“Se o conhecimento pode criar problemas,
não é através da ignorância que podemos solucioná-los. “*

(Isaac Asimov)

Contextualização e pertinência do estudo

O presente estudo integra-se no Programa Doutoral em Didáctica e Formação (3º Ciclo), ramo de Supervisão, desenvolvido na Universidade de Aveiro, no Departamento de Educação.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2011-2016, um instrumento orientador que visa a definição de uma estratégia de saúde, coloca em evidência os desenvolvimentos consistentes a nível da oferta de qualidade de saúde e da organização dos serviços de saúde, enumerando diversas inovações a nível da sua estruturação. Num passado muito recente, iniciou-se um processo normativo com vista à empresarialização dos hospitais. Por exemplo, com a publicação do Decreto-lei n.º 151/98, foi alterado o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de Santa Maria da Feira; com a publicação do Decreto-lei n.º 207/99, de 26 de Julho, assistiu-se à criação da Unidade Local de Matosinhos. Em ambas as situações consignaram-se duas inovações que se pretendia constituírem referências para outros contextos e organizações. O referido Plano Nacional de Saúde, tal como os anteriores, indicava também algumas debilidades do sistema. Apesar de concluir que muito terá sido feito em matéria de qualidade de cuidados de saúde, considera que a segurança e a qualidade devem ser analisadas de acordo com uma abordagem sistémica e considerando as diferentes vertentes que lhe estão associadas, para que seja possível concertar ações com vista a melhores resultados para os utentes.

Das dinâmicas supervisivas e formativas da gestão da qualidade à matriz ecológica do estudo

A disciplina de enfermagem possui, no seu historial, preocupações e procedimentos em matéria de qualidade e segurança de cuidados. Florence Nightingale fez a diferença no seu tempo, ao implementar medidas com o intuito de minimizar a ocorrência de infeções hospitalares. Sessenta anos depois, a supervisão clínica em enfermagem retoma esta preocupação, assumindo para si três

funções centrais: a normativa, a formativa e a de suporte. A primeira, diretamente ligada ao cumprimento de protocolos e procedimentos; a segunda, questionando a relação de interdependência entre a formação e o trabalho; por sua vez, a função de suporte, preconizando as práticas supervisivas como fator de promoção da integridade psicológica dos profissionais, assumindo que quem cuida também deve ser cuidado.

Como preconiza toda a legislação na área da saúde, a qualidade deve ser entendida numa perspetiva global, envolvendo estruturas, processos e resultados. O principal objetivo da qualidade em saúde é o de garantir cuidados seguros aos clientes, de acordo com as evidências científicas.

A rápida difusão de informação, o crescente nível de conhecimento e de exigência dos clientes, os fortes constrangimentos financeiros e a necessidade de introduzir critérios e indicadores necessários para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, têm contribuído para alterar algumas dinâmicas nas instituições de saúde (Ovretveit e Gustafson, 2002). Tais dinâmicas têm evoluído no sentido de valorizar a recolha, sistematização e tratamento de informação credível e padronizada, possibilitando, a avaliação e monitorização dos serviços, em termos de volume de atividade e de resultados obtidos.

Em Outubro de 2004, o relatório da OCDE (*The reform of the health care system in Portugal*) identificava este como um dos principais problemas das instituições de saúde em Portugal:

«Quality control was absent. There were no standardised information system that could enable the monitoring of the performance of managers and institutions»
(Guichard, 2004:29).

A qualidade em saúde tem algumas características que a diferenciam de outros setores pela sua orientação para as necessidades e não simplesmente para a procura. Esta apresenta um caráter pró-ativo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. Neste contexto, reconhecemos como objetivo último de um sistema de qualidade em saúde a promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

As questões relacionadas com a qualidade não são atuais, como referimos anteriormente. Em 1863, Florence Nightingale argumentava a necessidade de compilar e divulgar os resultados estatísticos dos hospitais como forma de perceber as diferenças e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Nightingale verificou que a mortalidade intra-hospitalar, em várias instituições inglesas, variava entre os doze por cento, no *Royal Sea Bathing Infirmary*, e os noventa por cento, nos hospitais do centro de Londres e que os que tinham menores taxas de mortalidade se situavam fora da grande cidade e, concomitantemente, eram aqueles que apresentavam melhores condições sanitárias, enfermarias com menos doentes e maior higienização. Com base nestas deduções, Nightingale propôs alterações na configuração das enfermarias, nas instalações sanitárias, nas condições de higienização e na localização dos hospitais, tendo como resultado uma redução nas taxas de mortalidade (Lezzoni, 2003).

Outro contributo importante que Nightingale nos deixou foi o facto de ter considerado que as variações nas taxas de mortalidade desses hospitais não refletiam os diferentes riscos associados aos clientes¹ neles internados, pelo que seria recomendável considerar nessa análise, no mínimo, a idade e a condição dos clientes aquando da admissão. Estava assim dado o primeiro passo do que viria a ser a pedra basilar da avaliação da qualidade, a necessidade de ajustar o risco da população analisada, sempre que se avaliam e comparam resultados em saúde.

Em Portugal, o ponto de partida para o desenvolvimento de uma abordagem sob o ponto de vista da qualidade em saúde situa-se na segunda metade da década de oitenta, através de um conjunto de atividades promovidas pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Pisco e Biscaia, 2001). A preocupação com as questões da qualidade já se faziam sentir desde o início do século vinte, tendo sido constituído o primeiro sistema (Sistema de Gestão da Qualidade) que a enquadra legalmente em 1983.

Segundo Donabedian (2003) a qualidade em saúde pode ser definida como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade, de configurar um conjunto harmónico capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais treinados e justamente pagos, que os clientes possam utilizar sempre e na medida das suas necessidades, sendo esse conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania.

¹ No texto utilizaremos o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados (de enfermagem), adotando a mesma nomenclatura da OE. *Em todo o caso, designações como utente, doente ou consumidor de cuidados, dependendo do contexto da utilização, não colidem com os princípios que pretendemos aqui, clarificar. A opção pelo termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante ativo. Cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade (OE,2001:16).*

No contexto da promoção da qualidade em saúde, a acreditação dos hospitais tem vindo a despertar cada vez maior interesse público, pois remete para o reconhecimento dessa mesma qualidade. Em termos genéricos, pode dizer-se que acreditação é o reconhecimento, formal e periódico, por entidade externa, com autoridade pública para o efeito, da competência de um hospital para cumprir as suas funções, através da conformidade com um conjunto de normas de qualidade previamente definidas.

Tais normas passaram, com o tempo, de uma preocupação mínima com a estrutura, para uma preocupação abrangendo a estrutura e os processos e caminham agora decididamente para os resultados, como preconiza Donabedian.

A promoção da qualidade na área da saúde envolve fundamentalmente três dimensões: o contexto de assistência, os clientes e os profissionais que prestam cuidados. Estes últimos, entre os quais se encontram os enfermeiros, são atores incontornáveis dos processos de promoção da qualidade, na medida em que têm um papel decisivo na implementação e desenvolvimento de todos estes processos (Glezerman e Witznitzer, 1999).

A complexidade dos processos de promoção da qualidade, como sublinha Berwick (1996), reside na necessidade dos profissionais de saúde deverem ser capazes de comunicar o que pretendem fazer, como podem avaliar o impacto das medidas e que mudanças devem implementar.

Existem diversos modelos de acreditação da qualidade das organizações de saúde e, paralelamente, têm sido divulgados estudos que dão visibilidade a vantagens e debilidades de todos eles. Em Portugal a opção do poder político tem recaído sobre os modelos propostos pelo *King's Fund Health Quality Service* (Reino Unido) e pela *Joint Commission International Accreditation on Health* (EUA), e mais recentemente têm optado pela utilização das normas da ISO 9001:2008. Estes modelos solicitam uma profunda dinamização das instituições em torno da qualidade, dado que esta implica a incorporação de uma nova filosofia e de um conjunto complexo de operações no terreno.

As organizações de saúde são espaços onde convergem conhecimentos de natureza tecnocientífica, cultural, deontológica, ética e legal. É nesta complexidade que a supervisão clínica em enfermagem é considerada (por diversos autores nacionais e internacionais, como por exemplo, Abreu, 2003 e 2007; Correia, 2002; Proctor, 1986; Berwick, 1996; Czapski, 1999; Donabedian, 2003; entre outros) como uma ferramenta de eleição para a promoção da excelência clínica, na

medida em que conjuga, no mesmo espaço e no mesmo tempo, formação, suporte, segurança dos cuidados e melhoria contínua.

Nos últimos anos do século XX, os estudos na área da supervisão clínica em enfermagem têm-se multiplicado. Maia e Abreu (2003:8), definem supervisão clínica em enfermagem como um *“processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”*.

Ao supervisor clínico é reconhecida a capacidade de melhorar a qualidade da formação dos seus pares, sendo que este tem o *dever* de ser o catalisador da mudança, já que dinamiza um processo interativo e diligente, facilitador da aprendizagem experiencial, que permite a melhoria e a continuidade dos cuidados.

Para que a supervisão clínica em enfermagem seja um processo bem sucedido, deverão ser criadas condições que potenciem o sucesso da díade enfermeiro – supervisor. Recentemente, com a preocupação na acreditação dos hospitais, verificou-se a adesão a modelos de avaliação de qualidade que fazem uma referência expressa à temática da supervisão das práticas clínicas, considerada fundamental e decisiva na melhoria dos cuidados.

Mas, se por um lado, os serviços de saúde estão a apostar em processos de implementação da qualidade, por outro têm que melhorar a articulação entre estes e as organizações de formação. Isto porque são as organizações de formação que formam os profissionais que vão concretizar ali os seus processos de socialização profissional e, porque os alunos, no decurso da formação clínica, desenvolvem aprendizagens significativas em contextos condicionados pelos imperativos da qualidade. As organizações de formação têm um papel determinante no aprofundamento de uma verdadeira cultura da qualidade (Williams, 1998).

Outro aspeto que merece ser melhorado é a formação em contexto de trabalho. Como refere Friedberg (1993) os contextos organizacionais conseguem por si só gerar saberes e competências, explicando que é no confronto com estes que o ator e o grupo participam na sua definição, na estruturação de condutas, recursos e estratégias.

As pessoas, na organização, não assumem atitudes e objetivos lineares. Os processos supervisivos deverão contribuir para dotar as organizações de formações inovadoras que acompanhem os projetos em curso, pois tal como nos diz Costa (1998:41): *“a formação dos enfermeiros aproximou-se de uma formalização da formação em serviço, copiada dos modelos tradicionais, em clara desvalorização das diferentes formas de aprendizagem ligadas ao exercício do trabalho.”* Deparamo-nos com uma clivagem entre formação e produção mantendo-se uma visão instrumental (e taylorista) das formações em contexto de trabalho, paradigma que urge ser ultrapassado.

Qual a pertinência de se questionar a ação da supervisão nos processos de formação dos enfermeiros num contexto de implementação de um processo de acreditação hospitalar? A análise da estruturação dos processos supervisivos em torno destas questões reporta-nos para a análise de Friedberg em relação às consequências da organização do trabalho no desempenho dos trabalhadores, rejeitando a ideia do indivíduo como um ser passivo, que responde de forma estereotipada aos estímulos.

As organizações hospitalares constituem espaços sociais heterogéneos nos quais interagem diferentes grupos e papéis. Possuem uma dinâmica interna que, no quotidiano, confronta identidades, hierarquias, conflitos e alianças. Como defende Correia (2001) as instituições de trabalho constituem espaços de formação privilegiados. Uma das vertentes mais relevantes da supervisão clínica consiste em questionar as práticas, desocultar modalidades formativas e formalizar processos por vezes considerados marginais nos contextos de trabalho (Abreu, 2001).

Qual o papel da supervisão na promoção de uma atenção mais consistente à segurança dos cuidados? Em que medida interagem os atores intervenientes, no contexto da supervisão, tendo em vista a qualidade dos cuidados? Até que ponto todos estes atores se envolvem e sentem implicados no processo de promoção da qualidade? São de facto diversas questões, mas todas elas radicam nas funções da supervisão.

O presente estudo inscreve-se no âmbito da formação e supervisão das práticas clínicas em contexto de avaliação e acreditação da qualidade hospitalar, assumindo uma abordagem ecológica. Pretende analisar a forma como os enfermeiros de um determinado hospital colaboram na implementação de processos estruturais de qualidade. O estudo foi desenvolvido a partir da experiência de enfermeiros de uma instituição de saúde hospitalar, que se encontrava a

implementar um sistema de gestão de qualidade, com base no modelo da *Joint Commission International*.

Os processos supervisivos são essenciais para o desenvolvimento de sistemas de gestão da qualidade. Definimos, para este estudo, a seguinte questão de partida, centrada numa organização de saúde específica: “Que modalidades assumem as estratégias de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros, num contexto de promoção da qualidade e acreditação?”

Para obter uma resposta a esta questão precisamos de conhecer como se estrutura e dinamiza a organização hospitalar, tendo em vista o reconhecimento da qualidade e a promoção da mudança. Só assim poderemos analisar que contributos emergem deste estudo para os processos de supervisão, base para a monitorização da qualidade e desenvolvimento de um modelo de acreditação.

Como demonstram as evidências, os enfermeiros podem desenvolver programas inovadores nas organizações, no âmbito da gestão da qualidade de cuidados (estrutura, processos e resultados). Mas para além de uma atitude mais informada, torna-se necessário o domínio dos contextos clínicos. A natureza diferenciada dos serviços, consoante a divisão médica do trabalho, implica conhecimento das práticas clínicas, também elas diferenciadas, com reflexos nas formas de organização e nas estratégias de avaliação da qualidade.

Elegemos como objeto de estudo as dinâmicas formativas e supervisivas de enfermeiros, implicados num processo de avaliação e acreditação da qualidade da instituição onde trabalham. Este processo, acionado pelo Ministério da Saúde, foi sobretudo impulsionado pela direção do Hospital e traduz-se nas atividades diárias dos enfermeiros. O objetivo principal do estudo consiste em analisar as principais dimensões supervisivas e formativas utilizadas pelos enfermeiros, no decurso da implementação de um modelo de gestão e avaliação da qualidade, numa instituição hospitalar.

Do ponto de vista metodológico, optamos por um estudo de caso único (Yin, 2005) com base numa abordagem qualitativa, recorrendo a métodos de natureza etnográfica. Esta proximidade com o objeto de estudo deriva da sua complexidade - a organização tem necessidade de implementar um modelo de qualidade, partilhá-lo com os atores, identificar necessidades e definir estratégias.

Torna-se necessário analisar a forma como aqueles concebem os sistemas de supervisão das práticas clínicas e como os colocam ao serviço da qualidade de cuidados.

A melhoria contínua da qualidade em saúde implica um processo de mudança. Trata-se de mudar: (a) uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na «evidência científica» e na escolha informada; (b) uma melhoria baseada só no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros; (c) uma qualidade monodisciplinar, para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de cuidados de saúde; (d) uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade, para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade.

Organização e apresentação do estudo

Em termos gerais, este estudo está organizado em quatro partes, cada uma constituída por capítulos e subcapítulos articulados entre si.

Na primeira parte do documento 'Enfermagem e qualidade em saúde num processo de acreditação hospitalar', apresentamos o enquadramento teórico composto por três capítulos, ao longo dos quais se apresenta a revisão de bibliografia consultada. Começamos por explorar questões de natureza teórica ligadas à enfermagem e ao processo de acreditação da qualidade, para de seguida abordarmos os paradigmas subjacentes à supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros e formação em contexto clínico.

Na parte dois 'Opções metodológicas e contextos em estudo' o enquadramento metodológico apresenta, de forma sucinta, os fundamentos epistemológicos que enquadram a investigação. O modo de investigação, o tipo de estudo conduzido, o contexto no qual se desenrolou a pesquisa, o trabalho de campo desenvolvido, a descrição dos instrumentos e procedimentos utilizados, bem como a explicitação dos modos de triangulação usados neste processo investigativo, encontram-se também descritos nesta parte, estruturando-se em três capítulos, que terminam com a descrição dos contextos em que se realizou o estudo.

A terceira parte "Dinâmicas supervisivas e formativas em contexto de acreditação da qualidade hospitalar" é composta por cinco capítulos e é dedicada ao campo empírico. Apresenta-se a análise

e a discussão crítica da informação, recolhida através dos instrumentos *observação*, *questionário* e *entrevista*, por referência às questões específicas de pesquisa, bem como ao enquadramento teórico do estudo.

A análise dos dados foi um processo recursivo e mesmo a formação das taxonomias foi um processo de análise de resultados. Os resultados são divulgados em função de matrizes taxonómicas construídas.

As dinâmicas supervisivas e formativas em contexto de acreditação da qualidade hospitalar são analisadas e conceptualizadas na convergência de quatro vertentes: a qualidade em saúde e qualidade em enfermagem, as práticas supervisivas em contexto hospitalar, as dimensões formativas da(s) prática(s) e a socialização e gestão organizacionais, numa perspetiva ecológica.

Por último, apresentam-se as considerações finais, atendendo aos seus enquadramentos teórico e metodológico, bem como às informações recolhidas na fase do estudo empírico, permitindo uma leitura global do estudo. De igual modo, apresentam-se as limitações identificadas neste percurso investigativo, assim como algumas sugestões para a investigação e práticas futuras.

A bibliografia integra, além das obras referidas no *corpus* da tese, outras, que foram consultadas pela sua pertinência para o desenvolvimento da investigação.

No âmbito dos anexos, apresentam-se no final da tese os considerados mais pertinentes para a compreensão do estudo, sendo todos os outros agrupados em CD-Rom.

PARTE I

ENFERMAGEM, QUALIDADE EM SAÚDE E PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

1. A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

A promoção da qualidade é um processo que ganhou grande notoriedade a partir de 1980, mas não se trata de uma intervenção recente. O seu percurso pode ser relatado de muitas e várias formas – uns concordam que o conceito e filosofia de qualidade existem desde há muito tempo, outros discordam somente da datação do seu início.

É um facto que muitas organizações têm conflitos e tentativas de consenso sobre o *significado* da qualidade, e geralmente o resultado das discussões traduz-se por diferenças de opiniões, mostrando um processo que encontra resistência e inércia.

A satisfação do cliente tornou-se uma meta para as instituições, aumentando a competitividade entre si e excelência de cada uma. Da mesma forma, as instituições de saúde implementam a qualidade através da sua administração, que, tomando diferentes nomenclaturas (*Total Quality Management*, por exemplo), procuram implementar programas de satisfação do cliente, num processo progressivo e contínuo de busca pela excelência na sua ótica.

1.1. Enfermagem e qualidade – breve apontamento histórico

*“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades
Muda-se o ser, muda-se a confiança
Todo o mundo é composto de mudança
Tomando sempre novas qualidades”
(Luís de Camões)*

Antes de iniciarmos a abordagem ao conceito de “qualidade” parece-nos relevante fazer um pequeno e breve apontamento histórico da Enfermagem, de maneira a enquadrar as políticas de qualidade no crescimento da sua “identidade”.

Todos nós, em certa altura da nossa vida, nos sentimos atraídos por uma profissão, fazendo escolhas que nos levam a esta. Muitos são os motivos que nos levam a este tipo de escolha, que poderão ir desde um simples interesse ao prestígio que a profissão tem. A profissão de Enfermagem distingue-se das outras por ser de serviço ao Homem (por vezes doente), é portanto, uma profissão onde a opção de escolha não deverá ser baseada, apenas, na autossatisfação. Pelo contrário, quem a escolhe tem que pensar que vai dar mais do que receber: é uma profissão ao serviço do outro.

Esta abordagem de Enfermagem faz-nos perceber o porquê de, ao longo da história, esta ter crescido paralelamente à religião. Mas não foi só a religião o fator de influência. Como Nogueira (1990) refere, o progresso da Enfermagem não é independente ou desligado do ambiente nacional ou internacional, nem do curso geral da História.

A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. A divisão desses períodos (ainda que para fins de maior compreensão) varia de autor para autor, de historiador para historiador.

Existe um tempo na história do Homem de que pouco se sabe, mas que muito se tem estudado. É o tempo anterior à sua “alfabetização”, antes dos povos conseguirem transmitir por escrito as suas ideias. Neste tempo, a medicina e a prática de Enfermagem cruzam-se e desenvolvem-se de forma interligada.

As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estadió da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando, inicialmente, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nómadas primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Mas, como o domínio dos meios de cura passou a significar poder, o homem aliou este conhecimento ao misticismo.

No período pré-cristão, as doenças eram perspectivadas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do “demónio”. Por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos e enfermeiros. O tratamento consistia em acalmar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios. Usavam-se massagens, banho de água fria ou quente, purgativos, substâncias provocadoras de náuseas. Mais tarde, os sacerdotes adquiriram conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos. Alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientação política e religiosa, ruínas de aquedutos permitem-nos formar uma ideia acerca dos tratamentos dos doentes (Nogueira, 1990).

Após um período tão longo, começaram em diferentes locais, principalmente entre os povos ribeirinhos do Mediterrâneo, a aparecer diversas formas do Homem transmitir as suas ideias por escrito, por meio de figuras ou sinais, entre outros. Egípcios, Babilónios e Judeus, Gregos e Romanos todos participaram mais ou menos no crescimento do conhecimento, juntando o seu quê de originalidade.

Os egípcios deixaram alguns documentos sobre a medicina conhecida na sua época. As receitas médicas deviam ser acompanhadas da declamação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos e acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Havia ambulatórios gratuitos, onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados (Nogueira, 1990).

Moisés, o grande legislador do povo hebreu, prescreveu preceitos de higiene e exame do doente (diagnóstico, desinfeção, afastamento de objetos contaminados) e leis sobre o sepulcro de cadáveres para que não contaminassem a terra. Os enfermos, quando viajantes, eram favorecidos com a hospedagem gratuita (idem, ibidem).

Entre os assírios e os babilónios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como amputação das mãos, indemnização, entre outras. A medicina estava envolvida numa aura de misticismo, pois acreditava-se serem os demónios os causadores das doenças, daí os sacerdotes-

médicos venderem talismãs com orações usadas contra os seus ataques. Nos documentos assírios e babilônicos não há referência a hospitais nem a enfermeiros. Conheciam a lepra, cuja cura dependia de milagres de Deus, como no episódio bíblico do banho no rio Jordão (Geovanini *et al.*, 1995).

Na China, os doentes eram, também eles, cuidados por sacerdotes. As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves. Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da doença da qual cada um se ocupava. Os templos estavam rodeados de plantas medicinais. Os chineses eram conhecedores de algumas doenças, como a varíola e a sífilis; de alguns procedimentos, como cirurgias do lábio; de alguns tratamentos, como os das anemias (já prescreviam, por exemplo, ferro e fígado), da sífilis (prescreviam mercúrio), das doenças da pele (aplicavam o arsénico e usavam o ópio como anestesia). Construíram algumas Instituições de Saúde direcionadas apenas para o isolamento de doentes (chamavam-lhes hospitais) e casas de repouso. Porém, com este povo, pela proibição da dissecação de cadáveres imposta na época, a cirurgia não evoluiu (Geovanini *et al.*, 1995).

Em Roma, foi dada pouca importância à medicina, uma vez que esta durante muito tempo foi exercida por escravos ou estrangeiros, e o seu desenvolvimento sofreu influência do povo grego. No entanto, ações como as limpezas das ruas, ventilação das casas, acesso a água pura e abundante e criação de redes de esgoto permitiram que se distinguissem medidas de prevenção da doença. Os romanos eram um povo essencialmente guerreiro, e como tal esta filosofia estava implícita nos cuidados que o indivíduo recebia do Estado, já que estava destinado a tornar-se bom lutador, audaz e vigoroso (Nogueira, 1990).

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal (inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da era cristã), passa a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças, e na especulação filosófica, assente na investigação livre e na observação dos fenómenos, apesar de limitada pela ausência quase total de conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia do corpo humano (Geovanini *et al.*, 1995).

Este período (século V a.C. até à era cristã) é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates². A medicina tornou-se científica graças a ele que

² Hipócrates de Cós - nasceu na Antiga Grécia, considerado por muitos como uma das figuras mais importantes da história da saúde – é frequentemente considerado o "Pai da Medicina" ou o "Pai das Profissões da Saúde"- ainda que controversa esta nomenclatura.

deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos, passando a observar o doente, fazer diagnósticos, prognósticos e a instituir terapêuticas. Reconheceu doenças, tais como a tuberculose, a malária, a histeria, a neurose, as luxações e as fracturas, e os tratamentos que mais usavam eram as massagens, os banhos, a ginástica, a dieta, as sangrias, as ventosas, os vomitórios, os purgativos e os calmantes com ervas medicinais e medicamentos minerais (Nogueira, 1990).

A medicina árabe também deixou a sua marca na história. O acaso e a observação, o instinto e a razão levaram à descoberta de alguns remédios. O Corão e a tradição islâmica impunham regras de higiene: o veto a bebidas alcoólicas e a carne de porco, o jejum prolongado durante os meses do Ramadão, os conselhos de moderação alimentar são reconhecidos como valores dietéticos. Foram reunidas sob o nome de “Medicina do Profeta”, vários conselhos e práticas, de origem popular e religiosa, que eram consideradas como palavras do próprio Profeta e que parecem estar na base de práticas seguidas até à época moderna.

Outro período marcante na história da Humanidade foi a Idade Média. Esta época caracteriza-se pelo desenvolvimento de práticas de saúde monástico-medievais, que focalizavam a influência dos fatores socio-económicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo (Turkiewicz, 1995).

Aparece, então, a Enfermagem como prática *leiga*, desenvolvida por religiosos que abrangeu o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceites pela sociedade como características a ele inerentes. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos deram à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (idem, ibidem).

Documentos do século VI a.C. referem que os hindus conheciam os ligamentos, os músculos, os nervos, os plexos, os vasos linfáticos, os antídotos para alguns tipos de envenenamento e também o processo digestivo. Realizavam ainda alguns tipos de procedimentos, tais como: suturas, amputações, trepanações e corrigiam fracturas. Neste aspeto o budismo contribuiu para o desenvolvimento da Enfermagem e da medicina. Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. O Bramanismo fez decair a medicina e a Enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano – proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue (Nogueira, 1990).

Ainda nesta época, em Portugal, sabe-se que, tal como noutros países, grande parte do pessoal hospitalar que prestava cuidados básicos aos doentes, pertencia originariamente a ordens religiosas e militares ou a confrarias e irmandades. Aparecem designados ao longo do tempo como enfermeiros (as), hospitaleiros (as), irmãos e irmãs, religiosos (as), servas ou simplesmente mulheres.

Era o caso, por exemplo, dos eremitas de Santa Maria de Rocamador (1189) que se espalharam por diversos estabelecimentos hospitalares e similares, prestando cuidados de Enfermagem e funções de administração (Ferreira, 1990). Segundo a opinião de Basto (1934) a existência desta ordem regular de eremitas hospitaleiros não estaria, contudo, historicamente provada. Por sua vez, Ferreira (1990: 72-73) escreve que em 1459 a ordem foi extinta, por decisão de D. Afonso V (1432-1481), após autorização papal, porque tinha sido manipulada por ricos e interesseiros, negligenciando a administração dos hospitais a seu cargo.

Quanto aos Hospitalários, sabe-se que se estabeleceram em Portugal em princípios do Século XII (entre 1120 e 1132), e só no último quartel deste século é que se organizaram em ordem de cavalaria, passando a ter um importante papel na Reconquista, a partir do reinado de D. Sancho I (1154-1211). A partir do reinado de D. Afonso IV, por volta de 1340, o prior do Hospital passa a chamar-se *prior do Crato*, em consequência da ordem estar sedeadada nesta povoação alentejana (Ferreira, 1990).

Em todo o caso, os Hospitalários estabeleceram-se em Portugal mais tardiamente do que outras ordens militares, o que explicaria em parte que nunca tenham tido o poder, por exemplo, dos Templários. Presume-se que a sua atividade principal, antes e durante o reinado do primeiro rei de Portugal, tenha sido sobretudo o cuidado dos enfermos.

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciaram a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da Enfermagem no contexto dos movimentos que caracterizaram o Renascimento e a Reforma Protestante - final do século XIII ao início do século XVI. O regresso da ciência, o progresso social e intelectual do Renascimento e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem. Presa nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, tendo vindo a desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos (Turkiewicz, 1995).

Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de Enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo e, apenas no limiar da revolução capitalista, é que alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais (idem, *ibidem*).

Nas práticas de saúde no mundo moderno, sob a ótica do sistema político-económico da sociedade capitalista, destaca-se o aparecimento da Enfermagem como prática profissional institucionalizada (Nogueira, 1990).

O avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais. É na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e, como tal, o reflexo na Enfermagem, chegando ao fim da fase sombria em que esteve submersa até então.

A evolução crescente dos hospitais não melhorou, diz-se mesmo que foi a época em que estiveram sob piores condições, devido principalmente à predominância de doenças infecto-contagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados nas suas próprias casas, enquanto que os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada (Turkiewicz, 1995).

Em Portugal, entretanto, a administração dos hospitais passava, a partir de meados do XVI, para as Misericórdias. A Enfermagem, por sua vez, continuou, em grande parte nas mãos de religiosos, pelo menos até à extinção das respectivas ordens em 1834 (Ferreira, 1990).

Outras congregações também intervieram, em maior ou menor escala, na prestação de cuidados de Enfermagem e na administração dos serviços hospitalares, como por exemplo, os jesuítas (em particular, no Hospital Real de Goa), as ordens mendicantes, as Irmãs de Caridade, os irmãos hospitaleiros de S. João de Deus e os obregões (esta congregação de irmãos enfermeiros vestia o hábito franciscano).

É difícil, em todo o caso, documentar a evolução da Enfermagem até ao Séc. XIX por falta de investigação de arquivo. Na proto-história da Enfermagem em Portugal, há que referir o papel de S. João de Deus e dos seus discípulos (Nogueira, 1990).

Depois da sua morte, alguns discípulos fundam a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Com sede em Roma, esta congregação, essencialmente laica, vai ter um papel de relevo na Península Ibérica e nos territórios ultramarinos pertencentes a Portugal e Espanha (Índia, Brasil, África, etc.), na administração de hospitais, na assistência aos enfermos e, sobretudo, na assistência aos soldados e marinheiros: "*Durante parte dos séculos XVII, XVIII e XIX, quase todos os hospitais militares de Portugal e Espanha eram assistidos pelos Religiosos de S. João de Deus, os quais neles trabalharam até à exclausuração*" (Nogueira, 1990: 69), ou seja, no caso português até 1834 (ano em que foram extintas as ordens religiosas, por Decreto de 30 de Maio, bem como as ordens militares, por diploma de 30 de Junho) (Borges, 2009).

Por Decreto de D. João IV, de 3 de Maio de 1643, a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus ficou incumbida de fundar, construir e administrar toda a rede de hospitais militares de campanha, aquém e além-mar. De entre as dezenas de praças de guerra onde foram fundados hospitais reais conta-se a de Almeida (Borges, 2003 e 2004).

O primeiro manual sobre Enfermagem de que há notícia em Portugal, é a *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*, publicada em 1741. Da autoria do Padre Frei Diogo de Santiago, religioso de S. João de Deus, era destinada à formação dos noviços do Convento de Elvas, "para perfeição da vida religiosa e voto da hospitalidade" (Santiago, 1741).

Em pleno *Século das Luzes*, a Enfermagem era entendida como a aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição de médicos ou cirurgiões, sem qualquer vontade, pretensão ou reivindicação de autonomia técnica. De qualquer modo, a partir do livro do Padre. Santiago, pode fazer-se "*uma ideia aproximada acerca dos tratamentos e remédios que, naquele tempo, eram utilizados nos hospitais*" (Nogueira, 1990: 74).

O problema da melhoria da formação dos enfermeiros ter-se-á posto de maneira mais acentuada depois da reforma pombalina da Universidade de Coimbra. Em 1793, o Comissário Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus terá sugerido ao intendente Pina Manique que os membros da sua congregação passassem a frequentar o curso de medicina. Nessa época, os religiosos de S. João de Deus tinham praticamente o monopólio do exercício da Enfermagem nos hospitais militares do Reino e a melhoria dos seus conhecimentos médicos seria mutuamente vantajosa (Ferreira, 1990).

Quanto aos hospitais civis, a formação do pessoal de Enfermagem era ainda pior, e ter-se-á agravado com a extinção das ordens religiosas, em 1834, a tal ponto que ao longo da monarquia

constitucional haverá várias tentativas para a sua reintrodução (foi o caso, por exemplo, das Irmãs de Caridade).

À escala mundial, a Enfermagem começa a evidenciar-se, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Crimeia. Por este trabalho, recebe um prémio do Governo Inglês e, graças a este prémio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1859 no Hospital *Saint Thomas*, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola *nightingaleana*, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso com a duração de um ano, consistia em aulas diárias ministradas por médicos (Turkiewicz, 1995).

Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico era a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia decidir quais das suas funções poderia colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre a 13 de Agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, esta surge vinculada a um saber especializado, como uma ocupação assalariada que vem resolver a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica (Turkiewicz, 1995).

Apesar das dificuldades que as pioneiras da Enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas de Enfermagem espalharam-se pelo mundo a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos, a primeira escola foi criada em 1873. Em 1877 as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços a domicílio em Nova Iorque.

Em Portugal, o problema da formação do pessoal de Enfermagem colocou-se nos finais do séc. XIX, com a criação nos hospitais de Lisboa, Coimbra e Porto, dos primeiros cursos de formação prática em Enfermagem. Embora de vida efémera, esses cursos iriam constituir o embrião das primeiras escolas de Enfermagem, fundadas já no início do séc. XX, por iniciativa dos médicos e das administrações hospitalares (Ferreira, 1990).

No século XX (1901) foi fundada a Escola (Profissional) de Enfermagem com sede no Hospital de S. José que ministrava o curso básico com a duração de um ano e o curso completo de dois anos a funcionar nas próprias instalações do hospital (Nogueira, 1990). A partir daí, foram surgindo novas Escolas, muitas delas geridas por ordens religiosas ou fundações privadas, com formação centrada

no domínio da prática, na primeira parte do curso. A ênfase era dada à destreza e perícia manuais e a enfermeira seria um misto de bondade, habilidade e obediência (Soares, 1997).

Em 1899, surge mais um marco importante na história da saúde em Portugal ao criar-se a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública. A sua existência foi curta, já que em Fevereiro de 1911, por decreto do Ministro do Interior, António José de Almeida, esta é extinta, surgindo a Direcção-Geral de Saúde, que passa a ter a seu cargo a resolução e o expediente dos serviços de saúde pública, sendo os serviços de beneficência integrados na Direcção-Geral de Administração Política e Civil (Viegas, Fradas, Pereira, 2006).

No que respeita ao principal organismo internacional da saúde - a Organização Mundial da Saúde - face aos obstáculos que teve de enfrentar, também só viria a ser criada em Abril de 1948. No texto da sua Constituição, a definição da saúde dá um salto qualitativo muito elevado. É definida como um estado de completo bem-estar psíquico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade (*idem, ibidem*).

A saúde, tal como outros setores da vida nacional, não podia deixar de sofrer os reflexos das ideias predominantes da Revolução que se desencadeou em Portugal, em 25 de Abril de 1974. A Constituição de 1976 estipula que todos têm direito à proteção na saúde e o dever de a defender e promover, afirmando também que este direito é exercido pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Como consequência do preceituado naquela Constituição, é criado (1979), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (M.S., 2010).

Mais tarde, em Março de 1984, é criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), que pretendia ser um organismo com características para poder ser significativamente inovador mas que não conseguiu alcançar os seus intentos.

Depressa se verificou a necessidade de uma Direcção-Geral da Saúde com atribuições e poderes reforçados. Por isso, tendo por objetivo a personalização dos cuidados de saúde a prestar pelos serviços do Ministério da Saúde, a Lei Orgânica deste Ministério determinou a fusão da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários com a Direcção-Geral dos Hospitais, dando origem a um novo serviço central – A Direcção - Geral da Saúde. Nesta lógica, a Direcção-Geral da Saúde sucede de imediato na universalidade dos direitos e obrigações de que eram titulares a Direcção-

Geral dos Hospitais, a Direção - Geral dos Cuidados de Saúde Primários e as comissões inter-hospitalares (Viegas, Fradas, Pereira, 2006).

A definição e a orientação da política nacional de saúde continuam a ser do Ministério da Saúde. Todavia, o papel da Direção-Geral da Saúde é novamente reforçado, ainda mais, quando, além de ter como missão a promoção da saúde, acerca da sua natureza e atribuições se determina que ela não é um serviço, mas sim o serviço central do Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa, ao qual incumbe a orientação, a coordenação e a fiscalização das atividades de prevenção da doença e da prestação dos cuidados de saúde (idem, ibidem).

A nível mundial a Enfermagem continua a crescer e a tornar-se mais autónoma. O conhecimento de Enfermagem mostra-se, cada vez mais, como um instrumento facilitador do desempenho prático e do trâmite da documentação do cliente, possibilitando aos profissionais da área a organização da informação disponível e a determinação das intervenções que devem ser estabelecidas para atender às necessidades destes, promovendo condições para que seja avaliada a qualidade do atendimento de Enfermagem, a competência e a responsabilidade do profissional.

O termo “diagnóstico” surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando Manus propôs, de entre as responsabilidades do enfermeiro, a identificação dos diagnósticos ou problemas de Enfermagem. Mais recentemente, a partir da década de 70, têm-se desenvolvido estudos com o objetivo de estabelecer uma Classificação Internacional dos Diagnósticos de Enfermagem (Cruz, 1995).

A Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), criada nesta década, assumiu a responsabilidade de dar continuidade aos trabalhos até então desenvolvidos neste sentido. Em consequência destes trabalhos, foi estabelecida em 1986 a primeira Classificação Internacional denominada Taxonomia I dos diagnósticos de Enfermagem, substituída pela Taxonomia I – revista em 1989, com inclusão de algumas alterações e, atualmente já foi definida a taxonomia II (idem, ibidem).

A NANDA surge com um conjunto de diagnósticos de Enfermagem utilizados à escala mundial e adaptados às diferentes realidades. Este desenvolvimento emergiu da necessidade de se criar uma linguagem padronizada que comunicasse os tratamentos que os profissionais de Enfermagem executavam, fossem estes diretos ou indiretos. Aparece então a NIC (*Nursing Interventions Classification*) que descreve as intervenções que os enfermeiros executam, diretamente

relacionadas com os diagnósticos de Enfermagem da Nanda e com os resultados da NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (Oliveira *et al.*, 2007).

Atualmente surgiu outra classificação com relevo para a prática de Enfermagem em Portugal, constantemente atualizada e editada por um Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta classificação serve de guia condutor para os enfermeiros na formulação de diagnósticos de Enfermagem, planeamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, na maioria dos hospitais portugueses.

No século XX, em Portugal, os enfermeiros e as entidades reguladoras da saúde sentiram a necessidade de criar um organismo responsável pela legislação e “gestão” da profissão. A respeito da sua criação, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008) diz-nos que esta necessidade de se proceder à regulação e controlo do exercício profissional dos enfermeiros parte da própria evolução da sociedade portuguesa e das suas expectativas relacionadas com os padrões de cuidados que os enfermeiros, cada vez mais qualificados técnica, ética e cientificamente, podem prestar nas diversas instituições de saúde públicas ou privadas, e no exercício liberal da sua profissão.

Por outro lado, a criação deste organismo parte das solicitações por que os próprios enfermeiros pugnavam, desde o final da década de sessenta, pela necessidade sentida na adoção de um código deontológico e um estatuto disciplinar onde estivesse pautada uma conduta profissional que garantisse a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Atualmente, a Enfermagem vê as pessoas como seres totais (holísticos), que possuem família, cultura, têm passado e futuro, crenças e valores que influenciam nas experiências de saúde e de doença.

A Enfermagem é considerada uma ciência humana, não podendo estar limitada à utilização de conhecimento relativo às ciências naturais, lida com seres humanos que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser questionados e tão pouco considerados como elementos separados.

A Enfermagem tem-se desenvolvido ao longo do tempo num tipo *particular* de conhecimento. É frequente os enfermeiros depararem-se com situações que requerem ações e decisões para as quais não há respostas científicas, por conseguinte, em várias situações, outras formas de conhecimento se revelam a partir da sua própria experiência como pessoas.

O que caracteriza o seu exercício é o facto de englobar outros padrões de conhecimento, além do empírico, incluindo aspetos que refletem crenças e valores. A pessoa do enfermeiro, as pessoas com quem interage, assim como os conhecimentos próprios que resultam desta arte, são também incluídos, assim como a Enfermagem também se apropria de conhecimentos de outras áreas.

Existe um grande desenvolvimento da Enfermagem quer em termos humanos, quer em termos técnicos, pois durante a sua formação base, o enfermeiro tem de aprender um elevado número de técnicas e procedimentos, ter elevados conhecimentos de farmacologia e patologias, pois para além de conhecer os fármacos, tem de saber como administrá-los e quando os administrar. Resumindo, é cada vez maior o peso da responsabilidade e importância que os enfermeiros têm nas organizações hospitalares e na sociedade.

Hoje, em pleno século XXI, a Enfermagem é considerada uma ciência, e a nível académico é reconhecida como uma licenciatura. Os enfermeiros são, assim, um dos marcos mais importantes da vida das instituições de saúde.

Após este registo da história da Enfermagem no mundo e em Portugal, importa agora falar sobre a qualidade e de que forma esta se relacionou com a saúde e com a profissão.

A qualidade tem uma origem remota no tempo e encontra-se associada ao ato de verificar se um determinado objeto, executado como réplica de outro já existente, estava em condições de assegurar o desempenho proporcionado pelo que lhe serviu de modelo e atendendo mais à sua funcionalidade do que à sua forma. A medida das coisas era a importância da sua utilização (Correia, 2002).

Esta prática não deixou mais de ser utilizada e desenvolvida, acompanhando a evolução da atividade humana, tornando-se indissociável do desenvolvimento social e marcada pelas necessidades de satisfação dos clientes e de competição entre fornecedores, vindo a assumir um lugar de relevo no contexto político (idem, ibidem).

Até ao século XVII, as atividades de produção de bens eram desempenhadas por artesãos. Com inúmeras especializações e denominações, essa classe abarcava praticamente todas as profissões liberais então existentes: pintores, escultores, marceneiros, vidraceiros, sapateiros, arquitectos, armeiros e assim por diante. Do ponto de vista da qualidade os bons artesãos eram capazes de realizar obras refinadas e de grande complexidade e detinham o domínio completo do ciclo de produção, já que negociavam com o cliente o serviço a ser realizado, executavam estudos e provas,

selecionavam os materiais e as técnicas mais adequadas, construía o bem/produto e entregavam-no. Cada bem produzido era personalizado e incorporava inúmeros detalhes solicitados pelo cliente: o número de variações era quase ilimitado (Pires, 2007).

O padrão de qualidade do artesão era muito elevado e resultava na plena satisfação do cliente. A sua produtividade era, porém, limitada e a competição era controlada pelas corporações do ofício. O grande senão do trabalho artesanal era o preço de cada peça ou serviço, o que limitava o seu acesso a poucos consumidores. Essa situação pouco mudaria até meados do século XVII, quando o crescimento do comércio europeu promoveu o aumento da produção e o aparecimento das primeiras manufacturas, nas quais um proprietário, em geral um comerciante, dava emprego a um certo número de artesãos que trabalhavam por um salário e a produção era organizada sob o princípio da divisão do trabalho (idem. *ibidem*).

No entanto, só a partir das invenções da imprensa de tipos (séc. XV) e do tear hidráulico (séc. XVIII), ficará demonstrada a possibilidade de mecanizar o trabalho e produzir um bem em série. Mas, foi em 1776, com o desenvolvimento da máquina a vapor por James Watt, que o homem passou a dispor de um recurso prático para substituir o trabalho humano ou a tração animal por outro tipo de energia. Uma das atividades rapidamente mecanizada foi a produção de têxteis (Laneyrie-Dagen, 2000).

Nesse contexto, a quantidade de falhas, de desperdício e de acidentes do trabalho era elevada, em função das limitações das máquinas, da falta de formação dos operários e do precário desenvolvimento das técnicas administrativas. Começavam, então, a ser implantadas a inspeção final de produto e a supervisão do trabalho (Paladini *et al*, 2006).

A necessidade de estruturar as indústrias e de lhes dar uma organização adequada, melhorando a sua eficiência e produtividade, levou a diversos estudos sobre o seu funcionamento, o seu papel na economia e a sua administração. Os principais economistas políticos dos séculos XVIII e XIX ocuparam-se, eventualmente, desses temas. Também surgiram, nesse período, as primeiras iniciativas para serem criados sistemas de medidas e normas industriais. Mas foi no início do século XX, com os trabalhos de Fayol e de Taylor, que a moderna administração de empresas se consolidou (Paladini *et al*, 2006). Os seus trabalhos têm, até hoje, uma profunda influência na forma como as organizações operam e se estruturam e na visão predominante sobre a qualidade.

Fayol (1841-1925), em 1916, publicou a obra *Administração Industrial e Geral* originadora da escola da administração clássica, na qual defende a estruturação da empresa em seis funções básicas: técnica, comercial, financeira, contabilística, administrativa e de segurança, e subdividiu as atividades da função administrativa em prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Promoveu o lançamento dos conceitos de unidade de comando (cada funcionário tem apenas um supervisor), unidade de direcção (cada equipa tem apenas um líder e um plano de trabalho), centralização (concentração da autoridade no topo da hierarquia) e cadeia escalar (organização hierárquica da empresa), distinguindo as funções de linha e as funções de assessoria (Boddy,2007).

Taylor (1856-1915), por sua vez, é o criador da administração científica. Entre 1885 e 1903 dedicou-se a estudar a organização das tarefas e os tempos e movimentos gastos por um operário em sua execução e idealizou diversas formas de remuneração que premiassem os profissionais mais produtivos, pois acreditava que se o homem fosse estimulado pelo dinheiro, uma espécie de *homo economicus*, encontrava no salário a sua razão de trabalhar. Defendeu a optimização do local do trabalho e a formação do operário. Em 1911 divulga a sua obra *Princípios da Administração Científica* em que focaliza a estruturação global da empresa e defende a aplicação dos princípios da supervisão funcional, da padronização de procedimentos, ferramentas e instrumentos, do estudo de tempos e movimentos, do planeamento de tarefas e de cargos e dos sistemas de prémios por eficiência. Formalizou os conceitos de divisão do trabalho, de especialização profissional e de administração pela exceção (idem, ibidem).

Os *Princípios da Administração Científica* tinham por objetivo resolver os problemas que resultam das relações entre operários, originando uma transformação nas relações humanas dentro da empresa. O princípio subjacente era o de que um bom operário não deveria discutir ordens, nem de instruções, limitando-se a fazer o que lhe mandam.

Segundo Taylor os *Princípios da Administração Científica*, são quatro: O Princípio do Planeamento (defendia que dever-se-ia substituir o critério próprio do operário, o improvisado e o empirismo por métodos já definidos e testados); o Princípio da Preparação dos trabalhadores (os operários eram escolhidos de acordo com as suas faculdades, e depois eram preparados e treinados para produzirem mais e melhor, de acordo com o método planeado. Pressupõe o estudo das tarefas ou dos tempos e movimentos e a lei da fadiga, afirma-se a fadiga predispõe o trabalhador à diminuição da produtividade e perda de qualidade, acidentes, doenças e aumento da rotatividade do pessoal. Jaz aqui o seu conceito fundamental do *one and only best way*, ou seja, há

uma e uma única maneira de melhor executar uma tarefa); o Princípio do Controlo (defende a supervisão, ou seja, tem que se controlar o trabalho para se confirmar de que o mesmo está a ser feito de acordo com o método estabelecido e segundo o plano de produção); e o Princípio da Execução (defende a disciplina – é preciso rigor na distribuição das tarefas, nas atribuições das responsabilidades para uma melhor execução do trabalho (Frederico e Leitão, 1991).

Taylor influenciou a prática de Enfermagem através da sua teoria da administração científica melhorando a produtividade dos profissionais através de várias abordagens de gestão. Um exemplo da existência de reflexos desta teoria na prática reside na forma como os enfermeiros chefes gerem a sua equipa e elaboram os horários (Idem, Ibidem).

Para a introdução desta teoria nos serviços de saúde, mais propriamente na vida dos enfermeiros, foram feitas investigações de forma a analisar o tempo de execução de tarefas e a qualidade dos profissionais, aquando da sua realização, com o intuito de gerir as suas competências para uma determinada tarefa que posteriormente irá melhorar a eficácia e a eficiência dos serviços. Segundo os padrões de Taylor, o que se verifica é a desvalorização da experiência e dos conhecimentos dos profissionais de saúde, tentando implementar a sistematização das tarefas, recorrendo a um profissional especializado para cada intervenção (Idem, Ibidem).

Estas ideias resultaram na criação de padrões de realização de tarefas para os quais eram oferecidos incentivos, após cumprimento de determinadas metas (algo que se começa a verificar novamente no nosso século).

Por volta desta altura surge uma outra teoria que confrontaria esta, conhecida pela teoria de Maslow ou teoria da motivação. Para Maslow (1908-1970), as necessidades dos seres humanos obedecem a uma escala de valores a serem transpostos. Isto significa que no momento em que o indivíduo realiza uma necessidade, surge uma outra que ocupará o seu lugar, exigindo sempre que as pessoas procurem meios para satisfazê-la (Bueno, 2002).

Maslow apresentou uma teoria da motivação, segundo a qual as necessidades humanas estão organizadas e dispostas em níveis, numa pirâmide, em cuja base se situam as necessidades mais baixas – necessidades fisiológicas – e no topo as necessidades mais elevadas – as necessidades de auto-realização. De acordo com Maslow, as necessidades fisiológicas constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie. As necessidades de segurança constituem

a procura pela proteção. As necessidades sociais incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afecto e amor. A necessidade de estima envolve a auto apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social, de respeito, de *status*, de prestígio e consideração, além do desejo de força e de adequação, de confiança perante o mundo, independência e autonomia. A necessidade de auto realização é a mais elevada permitindo que cada pessoa se desenvolva continuamente (Gomes e Quelhas, 2002).

O comportamento humano, neste contexto, foi objeto de análise pelo próprio Taylor, quando enunciava os princípios da Administração Científica. O que verificamos da análise das duas teorias é que principal diferença entre Taylor e Maslow é a forma como percebem o indivíduo, ou seja, o primeiro apenas vê as necessidades básicas como elemento motivacional, e o segundo percebe que o indivíduo não sente, única e exclusivamente, necessidade financeira.

A teoria de Maslow também serviu de fundamento a teorias de Enfermagem, como o modelo de Virgínia Henderson. Este modelo privilegia as necessidades de baixo nível, onde o indivíduo é visto como ser com necessidades fundamentais que devem ver satisfeitas; quando este está impossibilitado de o fazer, só deve ser alvo de cuidados de Enfermagem no sentido de as satisfazer até à recuperação da sua independência.

Pouco mais tarde, no final dos anos vinte, as experiências desenvolvidas por outro marco histórico - Mayo e seus colaboradores -, conhecidas como "*experimento de Hawthorne*", onde analisou as relações humanas no trabalho, influenciou profundamente o estudo da administração. Após cinco anos de investigação, concluíram que os fatores psicológicos (desejo de segurança social e pessoal do trabalhador, de afeição, de participação e de auto-estima ...) são mais importantes para a produtividade que os fatores fisiológicos (alimentação, descanso, conforto...) (idem, ibidem).

O estudo dos fatores humanos na administração desdobrou-se na análise dos papéis da liderança, no estudo da formação e das atividades das equipas, dos papéis da compensação e da frustração no desempenho profissional e em diversos outros aspetos, que iriam consolidar a moderna visão da gestão da qualidade total.

Ainda durante a década de vinte, o estatístico Shewhart (1891-1967), dos Laboratórios *Bell*, desenvolveu os conceitos básicos da moderna engenharia da qualidade e apresentou-os na obra

Economic Control of Quality of Manufactured Products, de 1931, introduzindo os conceitos de controlo estatístico de processos e de ciclo de melhoria contínua (António e Teixeira, 2007).

Inicialmente, o modelo de Shewhart (ciclo de melhoria contínua) baseava-se na execução sistemática de três etapas na análise de um problema: especificação (do que se pretende), produção (das coisas para satisfazer a especificação) e inspeção (das coisas produzidas para ver se cumprem a especificação). Mais tarde Shewhart e o seu discípulo Deming aprofundaram o modelo, acrescentando uma etapa e dando-lhe uma visão cíclica: planejar (*Plan*, P), etapa em que se planeia a abordagem a ser dada, definem-se as variáveis a serem acompanhadas e formam-se os profissionais envolvidos no problema; executar (*Do*, D), etapa em que o processo em estudo é acompanhado de medidas que são colhidas; examinar (*Check*, C), etapa da verificação dos dados colhidos e da análise dos problemas identificados e de suas causas e ajustar (*Act*, A), etapa de agir sobre as causas, corrigi-las ou eliminá-las, para em seguida reiniciar o ciclo com uma nova etapa de planeamento (Paladini *et al.*, 2006).

A moderna conceção de gestão da qualidade total, que consolidaria a engenharia da qualidade (conceito utilizado no esforço da guerra americana durante a Segunda Guerra Mundial) num corpo de conhecimentos consistente, desenvolveu-se nos anos cinquenta, a partir dos trabalhos de Armand V. Feigenbaum, Joseph M. Juran e Winston Edwards Deming.

Juran (1904), talvez o mais conceituado consultor em gestão da qualidade da atualidade, em 1950, sugeriu a implementação de sistemas da qualidade através de três etapas distintas, planeamento, controlo e melhoria, e desenvolveu inúmeros artigos e uma dúzia de livros, entre os quais o *Juran's Quality Handbook*, hoje um importante manual de engenharia e gestão da qualidade. Define, ainda, a qualidade como a "adequação ao uso" do produto ou serviço e atribui grande importância à evolução contínua da qualidade, envolvendo o ciclo completo de desenvolvimento, produção e comercialização de produtos e de serviços (António e Teixeira, 2007).

Feigenbaum, por sua vez, lançou o conceito de qualidade total no seu livro *Total Quality Control*, de 1951. A sua abordagem é sistémica: entende que a qualidade deve ser projectada, deve ser "embutida" no produto ou no serviço. Não se consegue qualidade apenas eliminando falhas ou inspeccionando. Assim, é necessário especificar e implantar uma estrutura de trabalho para toda a organização, documentada, com procedimentos técnicos e de gestão integrados, para coordenar as

ações dos trabalhadores e dos equipamentos, de modo a garantir a satisfação do cliente a custos competitivos (idem, ibidem).

A partir dos anos 50, os japoneses iniciaram o desenvolvimento de programas de melhoria da qualidade. Rapidamente, porém, começaram a desenvolver novas técnicas e sistemas de produção que permitiram alcançar um elevado grau de qualidade, associado a níveis de falhas e de perdas ínfimas, aproximando-se, na prática, do ideal de produção com "zero erros". No início, desenvolveram técnicas para trabalhar em equipa e melhor aproveitar a competência de profissionais em apoiar a melhoria de processos, tais como os círculos de controlo da qualidade (Ishikama, 1997).

Posteriormente, desenvolveram novas formas de organização da produção, com o objetivo de otimizar a ocupação de espaço, devido ao alto custo da ocupação do solo no Japão, através da eliminação de *stocks* pelo sistema *just-in-time*, em que o produto é manufacturado no momento em que é feito o pedido, sem *stocks* intermediários na linha de produção. O controlo da produção é feito por cartões (kanban). As limitações de espaço levaram, também, a técnicas de melhoria da limpeza e organização do local de trabalho, como o 5S (os "cinco sentidos"). Desenvolveram, ainda, técnicas para flexibilizar a produção pois, em função do *just-in-time*³, a empresa não sabe exatamente que produto, entre os vários que tem em catálogo, será solicitada a fabricar num dado momento. Por esse motivo, cada equipa tem que estar preparada para trabalhar com diversos produtos e mudar a configuração do processo em poucos instantes. É o conceito de célula flexível de manufatura (idem, ibidem).

Nos EUA, o tratamento da qualidade desenvolveu-se a partir das indústrias bélica e nuclear e foi fortemente influenciado pelas exigências de segurança dessas aplicações. O estudo das falhas de segurança nessas áreas levou à conclusão de que estas eram provocadas, em boa parte dos casos, por problemas de natureza sistémica. A visão norte-americana ficou centrada em assegurar que o sistema da qualidade fosse consistente e confiável, garantindo que o produto final atendesse

³ A designação cinco S's é devida aos cinco conceitos que o compõem, cujas designações, em japonês, começam com a letra S: Seiri – Organização – Simplificação do posto de trabalho eliminando espaços e itens desnecessários; Seiton – Arrumação e Ordenação. Organização de objectos, materiais e informações úteis de forma mais funcional, possibilitando acesso rápido e fácil; Seisou – Limpeza. A prática da limpeza. Significa que estão permanentemente limpos os equipamentos, as ferramentas e os componentes; Seiketsu – Estabelecer procedimentos e normalizar. Elaboração de procedimentos o mais normalizado e normalizantes possível; Shitsuke – autodisciplina e saúde. Relaciona-se com os S's anteriores.

às especificações estabelecidas. Tal abordagem denominava-se, então, de Garantia da Qualidade (Lins, 2000).

Lembramos neste país, o médico Avedis Donabedian que publicou vários trabalhos a respeito da qualidade na saúde e os processos de avaliação. Por volta de 1987, Berwick, coordenou um projeto nos Estados Unidos que se propôs comprovar a aplicabilidade destes métodos na saúde. Desta forma, vinte e uma instituições passaram a receber consultoria sobre qualidade, de profissionais que, embora não conhecessem a área de saúde, eram originários de indústrias, tais como Xerox e Ford, tornando-se conhecidos pela implantação de programas de qualidades nestas empresas. Este trabalho culminou num resultado positivo pois, posteriormente, foi publicado que a gestão pela qualidade poderia também ser aplicada à saúde.

A postura europeia enfatizou, por sua vez, a relação fornecedor-cliente pelo lado da certificação dos fornecedores. Tal orientação decorria das necessidades de unificação do mercado comum europeu, que criava oportunidades de mercado nos vários países da comunidade. Assim, por exemplo, uma empresa grega poderia fornecer produtos para parceiros alemães, britânicos ou italianos. Para tal, em vez de necessitar de uma certificação de cada cliente, a empresa seria auditada uma única vez, por auditores independentes qualificados, dentro de critérios padronizados descritos nas normas *International Organization for Standardization (ISO)-9000*. Essa certificação era aceita em todos os países da UE e representava um requisito para acesso a esses mercados (Lins, 2000).

A Avaliação da Qualidade na saúde iniciou-se no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) que estabeleceu, em meados de 1924 o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) onde foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos clientes. Nele, três padrões relacionavam-se com a organização do corpo médico, com o exercício da profissão, e com o conceito de corpo clínico; outro preconizava o preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames dos clientes, bem como as condições da alta; e o último, referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de, no mínimo, um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia (Feldman *et al.*, 2005).

Em 1918 foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos EUA. De seiscentos e noventa e dois hospitais com cem leitos avaliados, apenas oitenta e nove cumpriram os padrões preconizados pelo

PPH. Em contrapartida em 1950, o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a três mil duzentas e noventa (idem, ibidem).

Com a união e parceria do CAC com as Associações Médica Americana, Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH) que logo, em Dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade a nível nacional. Esta “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços académicos e institucionais o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, bem como passaram a ser enfatizados os aspetos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a *Joint Commission International (JCI)* procurou então modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência.

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* passou a direcionar a sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através da monitorização de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, finalmente assumiu recentemente o papel de educação com a monitorização, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações.

Em Portugal a qualidade em saúde manifestou-se primeiramente pela adoção das cartas de qualidade, passando pela acreditação e, finalmente, pela implementação de modelos de excelência. No início da década de noventa, a área da medicina preventiva foi a primeira a adotar as medidas descritas nas cartas de qualidade que, de uma forma simples, descreviam as funções do centro de saúde com determinados compromissos que tinham de ser assumidos. Nesta altura os hospitais já davam os primeiros passos neste caminho, na sequência da Carta Nacional da Qualidade, ao passarem questionários aos clientes após alta, de forma a fazerem um diagnóstico da forma como foram prestados os serviços de saúde (Rocha, 2006).

A nível de cuidados primários os primeiros passos na área da qualidade deram-se com o projeto Alfa – adotado pela Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 1996, e o processo Moniquor (Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional). A nível hospitalar, em 1999 foi assinado o protocolo de colaboração entre o Ministério da Saúde (MS) e o *King's Fund Health Quality Service*, e paralelamente o MS juntamente com o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) decidem atuar em áreas críticas, como a admissão de clientes, incentivando a criação do manual da qualidade na admissão e encaminhamento do cliente. Pouco tempo depois surgem em Portugal hospitais a proporem submeter-se ao processo de acreditação pelo modelo da JCAHO (idem, ibidem).

É em 1999 que também se cria o Sistema de Qualidade em Serviços Públicos (SQSP) cuja finalidade é a de *“proporcionar aos serviços e organismos da Administração Pública os mecanismos de demonstração da qualidade dos seus procedimentos, dos seus sistemas e dos seus bens e serviços, de acordo com um conjunto de princípios de gestão eficaz e eficiente e funcionamento desburocratizado”* (Dec.-Lei n.º 66-A/99).

Após estas resenhas históricas, podemos constatar que a qualidade e a Enfermagem andaram sempre próximas, mas o seu cruzamento é apontado pela sociedade de investigadores no período de Florence Nightingale, quando são criados protocolos de atuação para as enfermeiras e dados os primeiros passos na sua rigorosa formação científica e rigorosa. A partir deste momento, o seu caminho nunca mais se separou, até aos dias de hoje com a criação de critérios de padrões de qualidade pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

À medida que o MS vai adoptando modelos de avaliação da qualidade na promoção desta nas Instituições de Saúde portuguesas, os modelos de administração/gestão também vão evoluindo. A fim de referirmos o modelo que atualmente se utiliza e introduzirmos o modelo proposto por Rego e Nunes em 2009, importa referir a evolução sentida até então.

O modelo de que mais recordações temos é o tradicional de Administração Pública, à luz do qual se criou em Portugal o Serviço Nacional de Saúde em 1979, o qual teve aspetos positivos e foi capaz de promover benefícios numa determinada altura. O modelo clássico de gestão hospitalar, na forma de instituto público tradicional, manifestou-se incapaz de concretizar os objetivos a que se propôs, no que respeita à eficiência na gestão, à eficácia administrativa e até mesmo ao nível da qualidade na prestação. A existência de um único modelo, revisto no correspondente estatuto

jurídico, que regulamenta a atividade organizacional dos serviços de saúde, não pareceu ser adequado (Rego e Nunes, 2009).

Após este, e ao longo das últimas décadas, têm sido introduzidos diversos modelos de gestão hospitalar com distintos formatos institucionais. A título de exemplo, a concessão de gestão do Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra), a gestão empresarial da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, os hospitais Sociedade Anónima e os hospitais Entidade Pública Empresarial. Daí que, associado aos modelos de gestão, aparece o termo “experimentalismo”. Trata-se da adoção de novas modalidades de gestão das unidades hospitalares, com avaliações constantes das diversas experiências com a finalidade de averiguar qual ou quais são as mais “produtivas” e, portanto, as mais eficientes, bem como identificar a possibilidade da sua coexistência (idem, ibidem).

O descontentamento relativamente a este modelo clássico de instituto público conduziu ao aparecimento, entre 1994 e 1999, dos modelos alternativos já referidos. Neste sentido, a figura jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde assume a seguinte classificação (Rego e Nunes, 2009):

- (a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial – hospitais do setor público administrativo (SPA);
- (b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial – hospitais entidades públicas empresariais (EPE);
- (c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos – hospitais SA;
- (d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos;
- (e) Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades públicas ou privadas mediante contrato de gestão – Hospital Fernando Fonseca, por exemplo.

Como verificamos têm vindo a suceder-se diversas reformas nas entidades de saúde públicas, contudo, pela insatisfação ainda sentida, em 2009 foi proposta a adoção de um outro modelo de gestão: modelo Hospital Fundação Estatal de direito privado (HFE).

Rego e Nunes (2009) referem que a grande diferença deste modelo relativamente a outros modelos de gestão hospitalar existentes, em concreto o modelo de Hospital EPE (Entidade Pública Empresarial, que confere ao hospital público o estatuto de empresa pública), modelo este

(fundacional) discutido e experimentado em diversos países, reside no processo de gestão e tomada de decisões. Segundo os autores, enquanto que nos hospitais EPE este processo resulta exclusivamente de um processo público estatal, no caso do HFE, a gestão e tomada de decisões é, não apenas pública e estatal, mas resulta da intervenção e participação da sociedade civil, prestando contas ao órgão público supervisor através de sistemas de metas e resultados.

No Quadro 1 pode observar-se a proposta comparativa entre os modelos Hospital EPE e Hospital Fundação Estatal de Direito Privado apresentada pelos autores:

Quadro 1: Análise comparativa entre os modelos Hospital EPE e HFE (adotado de Rego e Nunes, 2009)

Hospital EPE versus Hospital Fundação Estatal	Hospital EPE	Hospital Fundação Estatal
Propriedade	100% público	100% público
Dependência da administração pública	Direta	Indireta
Entidade instituidora	Estado	Estado
Objetivos	Prestação de cuidados de saúde de qualidade	Prestação de cuidados de saúde de qualidade
Direcção	Pública	Pública // <i>stakeholders</i>
Supervisão e direcção	De todas as atividade	De todas as atividade
Órgão de gestão	Nomeado pelo governo	Nomeado pelo governo e por grupos de interesse (<i>stakeholders</i>)
Processo de decisão	Em conformidade com os interesses públicos	Em conformidade com os interesses públicos e dos <i>stakeholders</i>
Regime jurídico	Misto (público e privado)	Privado
Financiamento	Contrato-programa	Contrato-programa
Contratos de trabalho	Contrato individual de trabalho	Contrato individual de trabalho
Regulação	Regulação específica e independente	Regulação específica e independente

1.2. Qualidade: Conceitos e Fases

*“A qualidade é como a beleza, ela está nos olhos de quem a olha”
(Reerink)*

A noção de qualidade no que respeita à prestação de serviços constitui, desde há algum tempo, objeto de estudo de investigações refletindo a preocupação que se lhe tem dado, principalmente noutros países.

A qualidade dos serviços oferecidos à população no âmbito da saúde assume hoje uma importância especial por diversas razões, entre as quais se salienta o papel dos profissionais desta área (entre eles os enfermeiros).

De uma maneira geral, podemos entender a qualidade como resultado de um esforço no sentido de desenvolver o produto ou o serviço, de modo a que este atenda a determinadas especificações. Não se consegue atingir qualidade se esta não for especificada, como tal entendemos por estratégias de promoção da qualidade o conjunto das técnicas e procedimentos para estabelecer critérios e medidas da qualidade de um produto, para identificar produtos que não estejam conformes a tais critérios, evitando que cheguem ao mercado, acompanhando o processo de produção e identificando e eliminando as causas que levaram às não conformidades.

O termo *qualitas* foi introduzido por Cícero como equivalente ao termo grego *poiotes*, que aparece pela primeira vez em Platão, como termo filosófico. «*É aquilo pelo qual as coisas se dizem tais*» (Fonseca, 1994:119). A qualidade determina o que uma coisa é na ordem essencial ou na ordem accidental, e pela qualidade as coisas diferenciam-se umas das outras e constitui-se um mundo diverso na sua unidade (Cabral, DD).

Através de toda a história da filosofia, a categoria da qualidade ocupou a reflexão dos filósofos e a tentação foi, frequentemente, de a reduzir à quantidade. Entretanto, recentemente, foi considerada uma função formal da gestão. De início era reativa, orientada para a inspeção e para o produto. Atualmente o número de atividades relativas à qualidade aumentou e estas são consideradas essenciais para o sucesso estratégico. Ontem exclusiva do departamento de produção, a qualidade

é hoje preocupação de funções tão diversas como compras, conceção, pesquisa de mercado, saúde e exige a atenção dos gestores de topo (Dray, 1995).

O movimento da qualidade e pela qualidade é irreversível e imparável e, quanto mais tarde se aderir a ele, pior. Segundo Dray, em 1995, havia um sentimento de incerteza no real significado de teorias de gestão pela qualidade, pela falta de bibliografia sobre o assunto em Portugal.

O desafio da qualidade na administração pode contribuir para a edificação de um Estado Inteligente que nos dê melhor qualidade de vida. Mas para isso, torna-se necessária uma transformação e metamorfose, e não meramente um trabalho tipo “colcha de retalhos” na reconstrução de um sistema de gestão capaz (idem, ibidem).

A qualidade não pode ser vista como uma política de momento, mas, como uma exigência para a própria existência, para que se evitem ruturas graves, e que o Homem tenha que ser considerado como o centro de todo o processo desse desenvolvimento organizacional, nomeadamente na gestão pela qualidade (idem, ibidem).

Para tudo isto, a mudança é necessária... mas só pode ser conseguida com um amplo processo de mobilização e adesão da generalidade dos trabalhadores de uma determinada instituição, fatores estes, sempre considerados imprescindíveis para alcançar o sucesso.

A qualidade é o motor de desenvolvimento, e, signifique ela certificação ou não, deve ser um objetivo máximo que nos permita melhorar todos os dias alguma coisa, seja em casa, no trabalho ou até na relação com os outros. É, subjetivamente dito, o esforço quotidiano de cada um de nós na melhoria de tudo: melhor produto para consumo, melhores condições e qualidade de vida.

Atualmente, a qualidade é reconhecida como peça-chave para a construção de um desenvolvimento sustentável que visa uma melhoria contínua dos diversos setores da sociedade. Mas esta temática merece alguma reflexão, sobretudo daqueles que já perceberam a importância e a urgência de consciencializar os cidadãos para o papel que o termo “Qualidade” tem no dia-a-dia. Aliás, sempre ouvimos falar nesta máxima, uns, porque atuam diretamente num departamento de gestão da Qualidade, outros, porque, quando se fala em aumento de competitividade e produtividade, aborda-se também essa questão e, ainda outros, porque inocentes consumidores suportam o chavão diária e ininterruptamente. Daí tornar-se difícil perceber o que este termo quer dizer.

O seu amplo campo de ação, assim como a sua subjetividade leva-nos, ainda hoje, à semelhança de Platão, a sentir dificuldades na sua definição. Analisemos algumas definições.

Considera J.M. Juran (citado por Dray, em 1995) que a palavra qualidade tem múltiplos significados. O seu uso é dominado por dois desses significados: por um lado, a qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e, dessa forma, proporcionam a satisfação em relação a ele; por outro, a qualidade é a ausência de falhas. O mesmo autor defende, ainda, que seria conveniente termos uma frase curta, de aceitação geral para definir, no sentido lato a qualidade que deve ser mensurável, ideal quanto aos resultados gerais, abrangente, mantida com facilidade e económica.

Esta definição torna-se redutora quando procura o “*ideal quanto aos resultados*” e “*ausência de falhas*”, transpondo-nos de imediato para uma sociedade baseada em utopias, gerida por momentos ‘*cor-de-rosa*’. Porém, temos que concordar que a qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e, dessa forma, proporcionam a satisfação em relação ao produto, pois está bem identificado na sociedade o motor de toda a gestão como sendo o Homem.

Por outro lado, Lopes e Nunes, em 1995, citados por Soares em 2004:78, referem que:

“... a qualidade é uma cultura e que só se atinge com a interiorização e a vivência, esforço contínuo de todos para fazer bem, produzir o melhor, definir o que é desejável e atingir em conformidade com os padrões definidos. A qualidade exige uma partilha de valores que tem a ver com a cultura da organização, com as ideias e valores, o que está correcto e é desejável.”

Esta definição já se aproxima mais dos valores que hoje defendemos por incluir a cultura, e o ambiente. Dá-nos, à primeira vista, a sensação que é uma procura de ideais, mas analisando-a bem, percebemos que esse será sempre o objetivo de um Homem consciente das suas limitações, reconhecendo o que é melhor para ele, colocando o patamar da qualidade a um nível que vai conseguindo atingir. O Homem começa a ver-se como um saltador à vara, que começa por pedir a fasquia baixa, pois sabe que consegue transpô-la sem a derrubar, e, à medida que se sente mais capaz, fá-la subir.

Teixeira, em 2002, refere-se à qualidade como um sinónimo de organização interna. Segundo o autor, esta é a definição do que deve ser feito e do modo como deve ser feito, de acordo com a realidade da organização, à luz dos requisitos de uma norma de referência. Se é verdade que estes

procedimentos resultam em responsabilidades acrescidas para a organização, é, de igual forma verdade que conduzem a benefícios em termos de uniformização e normalização do sistema nela existente.

De facto, se analisarmos todas as tentativas de definições que a história nos dá, desde os grandes filósofos da história, Platão e Aristóteles, aos grandes implementadores da gestão, Taylor e Fayol, aos nomes mais atuais, T. Peters, H. Waterman, P. Drucker, E. Deming, J. Juran, M. Hammer, D. Osborne... percebemos que cada definição é adequada ao uso que se lhe impõe. A contribuição destes autores foi e é essencial para a evolução da gestão pela qualidade. Partindo, então, desta premissa adequaremos o termo ao uso que lhe damos.

Quando se fala em controlo de qualidade a palavra *qualidade* não tem o significado de *melhor* em termos absolutos, mas antes de *melhor* para as expectativas do cliente, e dos resultados em geral para o meio que envolve.

O IOM (*Institute of Medicine*), em 1990, definia qualidade em saúde como o grau de desenvolvimento da prestação de cuidados aos indivíduos e à comunidade, bem como o tipo de metas definidas, tendo em conta os conhecimentos científicos atuais. Apesar de antiga esta definição ainda é considerada na comunidade científica.

Em 2000:14 Pisco, citando Palmer, definiu qualidade na prestação dos cuidados como “*a produção de saúde e a satisfação de uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos clientes*”.

Segundo o modelo da JCAHO, qualidade dos cuidados é o grau, segundo o qual, os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e estão em concordância com o conhecimento profissional atual (JCI, 2003).

Para este propósito, a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, identificou como componentes essenciais de cuidados de saúde de qualidade um elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os clientes, satisfação para os utilizadores e os resultados obtidos, ou seja, os ganhos em saúde (Pisco, 2000).

Nos nossos dias, os grandes desafios que se colocam à política de saúde são condicionados por questões como as alterações demográficas e o envelhecimento das populações, o desenvolvimento

tecnológico, a crescente complexidade dos cuidados de saúde, o aumento das expectativas dos clientes e os problemas de financiamento, que condicionam, não só o presente, mas sobretudo o futuro.

Mais uma vez verificamos que não existe apenas uma definição para o termo, mas uma adequação ao seu uso, e deve ser aceite como tal. Sá-Chaves (2000:21), acerca da qualidade enquanto conceito assente numa pluralidade, diz-nos isso mesmo:

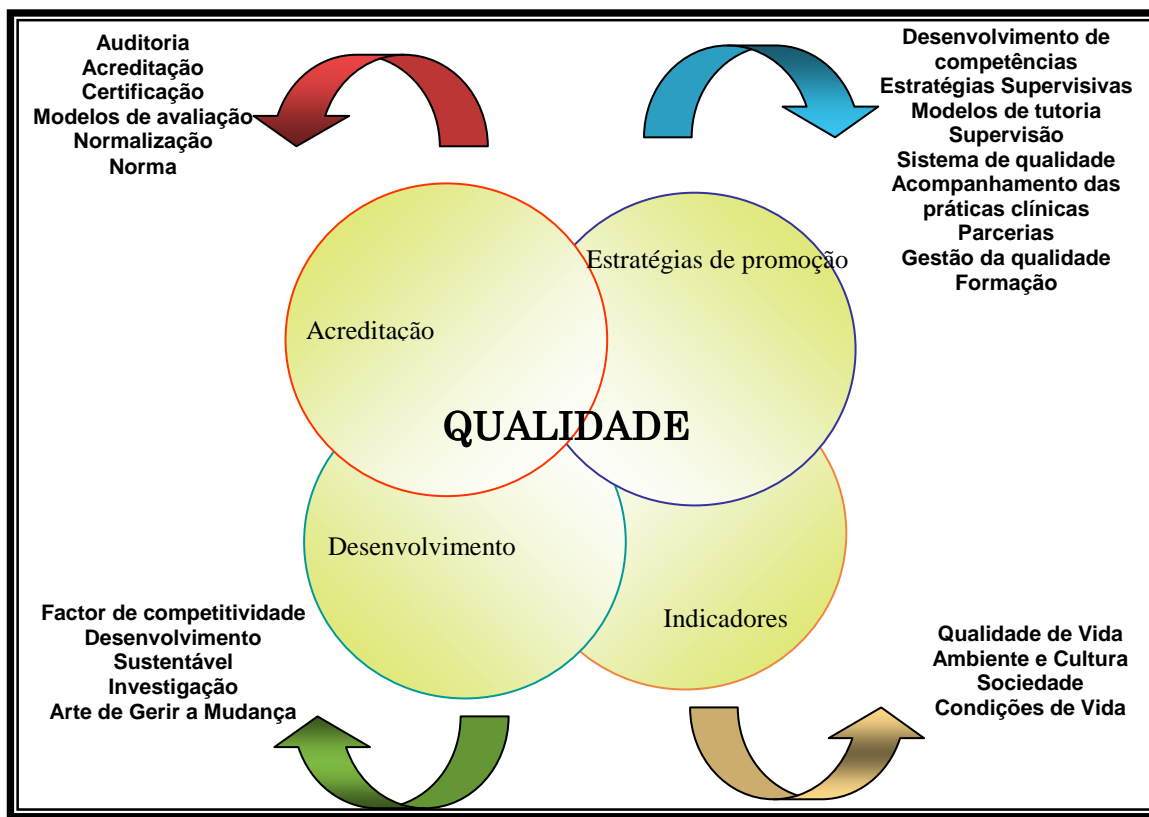
“Aceitemos o poder estimulador da diferença e o efeito multiplicador das perspetivas múltiplas e plurais. Aceitemos valorizar a heterogeneidade da informação como oportunidade reflexiva, permitindo que, nas trocas, o novo se apresente como tal, embora por vezes conflituando cognitivamente e afectivamente com o sistema das nossas arraigadas convicções, conhecimentos, crenças e práticas.”

Admitimos a pluralidade do conceito ao aceitarmos que este varia consoante a experiência envolvente. Ao considerarmos a experiência como uma unidade heterogénea, onde os contextos de interação e as lógicas dos atores são preferencialmente contraditórios e múltiplos, acreditamos na existência de contradições culturais e de pensamento.

Face ao exposto, encaramos a qualidade como uma necessidade no campo da saúde, contextualizada em Portugal e na realidade que hoje experienciamos, teremos que lhe associar alguns termos, e com a sua compreensão conseguimos conceber melhor o conceito de qualidade.

No entanto, para apreendermos melhor a terminologia (relativa à qualidade) é fundamental trabalhá-la, e após uma reflexão acerca dos termos, encontramos semelhanças entre alguns o que nos permitiu agrupá-los. Este trabalho de sistematização apresenta-se na seguinte figura.

Figura 1: Representação do conceito de qualidade segundo quatro eixos estruturantes



Esta abordagem permitir-nos estreitar a relação entre as expressões e caminhar no sentido de encontrar a definição que melhor se adapte ao contexto que se pretende estudar, solidificando a identidade e cultura que lhe estão subjacentes. Pode-se então propor um esboço de definição, não para o termo qualidade, mas para o que se pode entender por prática de cuidados de qualidade, segundo os quatro eixos que sustentam e estruturam o conceito numa perspetiva de acreditação e avaliação da qualidade em saúde.

Uma **prática de cuidados de qualidade** faz sentido para determinada situação de procura por melhor **saúde**, desenvolvendo **estratégias de promoção ao longo da existência da própria pessoa** e atendendo a determinados **indicadores** particulares da realidade de cada cliente. Ela advém da utilização complementar e consequente de recursos que a equipa de profissionais dispõe fruto do **desenvolvimento**, e inscreve-se num contexto de **acreditação**, ou seja, político, económico e organizacional com normas e modelos de avaliação claramente identificados.

O enquadramento legal dos conceitos relativos à qualidade e à prática dos cuidados de qualidade em Portugal foi estabelecido em 1983, através do Decreto-Lei n.º 165/83, de 27 de Abril, que cria o Sistema Nacional de Gestão de Qualidade (Correia, 2002).

Com a rápida evolução política e económica que se tem verificado nos últimos anos, a qualidade passou a desempenhar uma ação determinante na economia mundial, tendo o sistema, dez anos depois, sofrido uma adaptação a essa evolução e passado a designar-se “Sistema Português da Qualidade” (IQS, 2000).

Em 1998 foi apresentado o Sistema de Qualidade na Saúde, a legislação sobre o Instituto da Qualidade na Saúde entrou em vigor e foi institucionalizado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde. Neste mesmo ano, pela primeira vez, fez-se e publicou-se a primeira autoavaliação global da qualidade organizacional dos centros de saúde (IQS, 2000).

Disposto a introduzir mudanças de promoção da qualidade na saúde, o MS português criou, em 1999, pela Portaria n.º 288/99, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), um serviço dotado de autonomia científica, técnica e administrativa e que exerce a sua atividade a nível nacional.

Da melhoria da qualidade na área da saúde esperava-se, pois, um melhor desempenho profissional, maior respeito pelas perspetivas, preferências e valores dos clientes, maior acessibilidade, equidade e, sobretudo, utilização otimizada dos recursos disponíveis. As expectativas dos clientes são hoje mais elevadas do que nunca e, sendo a saúde encarada, cada vez mais, como qualquer outro produto ou serviço, tornam-se indesculpáveis maus resultados ou ineficiências (Pisco, 2000).

A internacionalização dos mercados, reforçada, no que se refere a Portugal, com a sua entrada na União Europeia, leva a reconhecer a qualidade como um desígnio, sendo hoje a competitividade grandemente assegurada pela compreensão dos seus conceitos e pela introdução nas cadeias de valor dos produtos e dos serviços (Correia, 2002).

Hoje, os processos de avaliação e acreditação da qualidade são parte integrante do plano nacional de saúde 2004-2010, inserido no projeto saúde XXI. Neste documento, dividido em dois volumes, estão definidas as prioridades para este período de tempo, assim como as orientações estratégicas, respetivamente. Em relação às prioridades menciona como projetos importantes a

implementação de sistemas de acreditação da qualidade e de incentivo à investigação e desenvolvimento em saúde.

Como resultado de uma desvalorização do peso curricular da investigação ou das suas expressões mais quantificáveis (comunicações em congressos e publicações), que são inviabilizadas perante cotações demasiado elevadas de itens de apreciação e quantificação difícil, como “competência tecnicoprofissional” no exercício das funções profissionais ou “capacidade e aptidão para a gestão e organização de serviços”, as atividades de investigação começam apenas agora a ganhar algum peso nos critérios contemplados na evolução das carreiras dos profissionais de saúde. A investigação é uma garantia fundamental da qualidade do trabalho clínico e uma componente indispensável na formação dos profissionais de saúde (MS, 2004).

Em relação à qualidade da prestação de serviços de saúde, segundo o conjunto de orientações estratégicas para a qualidade em saúde 2004-2010 elaboradas pelo MS, a situação atual é a de uma escassa cultura de qualidade. *“É por todos visível que o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores. É, por outro lado, insuficiente a divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso”* (MS, 2004: 120).

Referem ainda que existe um *défice organizacional dos serviços de saúde*, assim como *falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão*. Os diagnósticos efetuados e publicados, referentes ao desempenho dos serviços de saúde, têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham.

Os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião convergem na constatação da escassez (ou mesmo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde.

As orientações estratégicas e intervenções necessárias passam por procurar melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, otimizar a qualidade organizacional dos serviços, melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão.

E para atingir estas metas, o Ministério da Saúde (2004) refere que:

- Promover-se-ão medidas de implementação de programas de saúde, tecnicamente robustos, geridos e participados, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de efetividade das intervenções;
- Continuar-se-á a apostar na acreditação de hospitais, ao abrigo do protocolo com o KFHQS e, mais recentemente, com a JCAHO;
- Nos hospitais em que venha a verificar-se a inexistência de condições para a conclusão da acreditação no tempo previsto, proceder-se-á ao alargamento da aplicação desta metodologia e do Manual de Acreditação nas áreas de liderança e gestão de recursos, com especial ênfase na gestão dos riscos clínicos e não clínicos, higiene, segurança e ambiente.
 - Continuar-se-á a desenvolver a formação de auditores na área da qualidade em saúde;
 - O projeto de avaliação da qualidade organizacional de Centros de Saúde (MoniQuOr) irá evoluir para um sistema de qualificação destes centros no contexto da construção de um sistema nacional de qualificação dos mesmos, que deverá incorporar também os resultados da avaliação da satisfação dos clientes e profissionais.
- De forma a promover uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total, apostar-se-á na qualidade da gestão (QualiGest), tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) para os serviços públicos, aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF);
 - Apoiar-se-á a avaliação sustentada da satisfação dos clientes dos serviços de saúde;
 - Apoiar-se-á, também, de uma forma sustentada, a avaliação do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde;
 - Serão desenvolvidos projetos no âmbito da avaliação de indicadores de desempenho de unidades de cuidados críticos dos hospitais portugueses, com uma perspectiva de *benchmarking* de indicadores clínicos, de processo e de resultados dos hospitais.

Para dar resposta a esta exigência da qualidade, foram criados três grandes programas nacionais: Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde e Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial, como se pode observar no quadro que se segue. De forma esquematizada é apresentada uma ideia dos programas e entidades que por eles estão responsáveis, assim como as orientações e o enquadramento destes.

Quadro 2: Programas nacionais a desenvolver (In: MS, 2004:192)

Designação dos programas Nacionais a desenvolver	Entidade Responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projetos existentes	Enquadramento formal existente
Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais	IQS	Deve ser formalizado e operacionalizado	Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (IQS) Protocolo entre DGS e KFHQS, de 17 de Março de 1999; Contrato entre o IQS e KFHQS, em 27 de Setembro de 1998. [Contrato prorrogado com o KFHQS até Setembro de 2006]
Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde	IQS	Deve ser formalizado e operacionalizado	Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde (IQS) Redigida por medidas avulsas e vários projetos em desenvolvimento
Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial	INSA	Deve ser avaliado, revisto e operacionalizado	Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial (INSA) Lei n.º 307/93, de 1 de Setembro (Lei Orgânica do INSA), no seu art.º 3º, n.º3, alínea c)

Com a tendência política para a adoção de modelos de acreditação e avaliação da qualidade a nível hospitalar, as entidades responsáveis pelo desempenho dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, sentiram necessidade de criar referências de qualidade para as suas práticas.

“Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas” (OE, 2001:3).

A definição de padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem em Portugal tem sido um desafio da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros (OE), pretendendo ter um reflexo na melhoria dos cuidados de Enfermagem a fornecer aos cidadãos e uma reflexão e análise sobre o exercício profissional. Nesta a OE sentiu a necessidade de deixar claro os diferentes papéis

institucionais face ao assunto da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Em relação a isso ela refere:

“De acordo com a alínea d) do n.º 1 do artigo 30 do estatuto da OE, compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e, de acordo com a alínea c) do n.º 2 do mesmo artigo e com a alínea b) do n.º 2 do artigo 37, compete respetivamente às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da Enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade (OE, 2001:4).

Os enfermeiros portugueses dispõem, ainda, de um quadro de referência, assente nos seguintes pilares: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Código Deontológico do Enfermeiro, Padrões de Qualidade: enquadramento conceptual e enunciados descritivos, Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Como base de trabalho para a construção dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a OE contextualizou-a, criando um enquadramento conceptual fundamentado em quatro pilares: a saúde, a pessoa, o ambiente, e os cuidados de enfermagem.

Nesta fase estão definidas seis categorias de enunciados descritivos, que no fundo funcionam como indicadores (guias) para a implementação e promoção da qualidade. Serão um instrumento importante na ajuda da precisão do papel dos enfermeiros junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

Trata-se de uma representação dos cuidados relativa à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado destes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de Enfermagem. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro (membro de uma equipa multidisciplinar) persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, ajuda-os a alcançarem o máximo potencial de saúde, previne complicações para a sua saúde, maximiza o bem-estar e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente e conjuntamente com este desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

A OE refere que os enunciados descritivos de qualidade definidos traduzem prioridades face ao desenvolvimento profissional da Enfermagem e têm em vista a criação de uma dinâmica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, baseada em duas perspetivas principais: Qualidade Individual e Qualidade Coletiva (idem, ibidem).

No que refere à Qualidade Individual a OE, nos seminários divulgativos dos padrões de qualidade, afirmou que a promoção deste pressuposto passaria pela avaliação e inspeção da qualidade, pela implementação de um sistema de certificação individual de competências, com a acreditação de currículos, e/ou certificação individual de competências, aquando da inscrição na OE, fator obrigatório para a prática da profissão em Portugal. A OE fala, ainda, na reavaliação constante da prática dos profissionais do ativo, para a revalidação das suas cédulas profissionais (idem, ibidem).

Em relação aos profissionais estrangeiros que têm chegado a Portugal, a avaliação assentará nesta mesma linha de orientação. Para a promoção da Qualidade Coletiva desenvolver-se-á um projeto que passa pela monitorização dos indicadores de qualidade predefinidos, através de um resumo mínimo de dados. A OE contempla ainda a utilização de um sistema de informação para a prática de Enfermagem com a utilização de uma linguagem comum (CIPE).

Hoje, alguns modelos de acreditação da qualidade dos cuidados existentes em todo o mundo, estão já implementados nos hospitais do nosso país, outros numa fase de implementação. Embora levantando inúmeras questões em seu redor, a acreditação da qualidade dos cuidados é hoje um tema em foco na sociedade portuguesa, e será um marco da história da saúde no nosso país e no mundo, como um ponto marcante na viragem do século XX e início do século XXI.

Em Portugal, a opção do poder político tem recaído sobre os modelos propostos pelo KFHQS (Reino Unido) e pela JCAHO (EUA). Ambos os modelos solicitam uma profunda dinamização das instituições em torno da qualidade, dado que esta implica a aceitação de uma filosofia e um conjunto complexo de operações no terreno.

Falar de modelos de qualidade implica fazer referência a um projeto que tem avaliado os principais modelos existentes no mundo, com base na sua aplicação na Europa, o qual é denominado por *External Peer Review Techniques Project* (ExPeRT) (Shaw, 2000).

Este projeto foi fundado pela Comissão Europeia em Agosto de 1996 que o definiu como parte do programa BIOMED, e lhe atribuiu a função de responder a três objetivos principais (Glezerman *et al.*, 1999):

- Identificar as organizações promotoras da qualidade, catalogando os ideais e propostas de trabalho para a promoção da acreditação na UE;
- Estabelecer mecanismos próprios para suportar e implementar a introdução de um sistema de promoção de qualidade;
- Definir um modelo único que promova critérios comuns para todos os serviços de saúde, treinar o pessoal e operacionalizar o programa.

O projeto ExPeRT identificou alguns modelos que possuem mecanismos de avaliação da qualidade nos cuidados de saúde, na União Europeia, entre os quais: *JCAHO*, *EFQM* e *KFHQS* – entidade credoras, e *ISO* – entidade certificadora. De seguida passamos a explicá-los.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

O termo “*Accreditation*” reporta-nos à origem do sistema de acreditação dos hospitais, que surgiu nos EUA antes de 1917, ano em que se começou a mostrar mais relevante, com a utilização de mecanismos reconhecidos pela cirurgia. A partir deste termo surgiu o modelo de *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, que se espalhou pelo mundo, via Canadá, para a Austrália nos anos 70, tendo chegado à Europa nos anos 80.

Esta organização é a mais antiga a tratar do processo de acreditação em saúde em todo o mundo. Em 2000 já tinha acreditado cerca de 20000 instituições ligadas à saúde.

Face a estes resultados e com base no impacto que constaram ter na sociedade, começou a alargar-se a implementação do modelo, procedendo às respectivas alterações, criando-se o *New Joint Commission International*, e promovendo a participação de representantes de todo o mundo, e não apenas de membros diretamente ligados à saúde, como todos aqueles que pudessem melhorar o processo, como políticos, advogados... enfim, um grupo de trabalho multidisciplinar que desse resposta às exigências impostas pela sociedade.

O *Joint Commission International* (JCI) usa *standards* e normas específicas e tem o apoio de estudiosos/investigadores extra-organização, de sete regiões do mundo, que colaboram com o

programa. A maior diferença que este modelo tem quando comparado com os outros é a ampliação do seu campo de ação para as diferentes áreas onde podem ser integradas: social, legal e judicial, política e cultural, para além de que foi preparado para ser usado em todo o mundo e não foi criado apenas com base na realidade de um país.

A JCI é uma divisão da JCAHO, é uma corporação filial. A missão da JCI é a de melhorar a qualidade da saúde na comunidade internacional dando uma acreditação mundial aos serviços. É uma nova iniciativa criada para responder a uma exigência crescente de normas baseadas na avaliação da saúde em todo o mundo. O propósito desta iniciativa é oferecer à comunidade internacional um processo objetivo, baseado em normas, para avaliar as organizações de saúde.

Há mais de 75 anos que a JCAHO e a sua organização antecessora se têm dedicado a melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Aliás, o grande objetivo do programa é estimular a demonstração da melhoria contínua e sustentada nas organizações de saúde, aplicando normas e indicadores internacionais de consenso. Os serviços de acreditação baseiam-se numa estrutura internacional de normas adaptável às necessidades locais.

As iniciativas de normas da JCI refletem o grande compromisso da *Joint Commission* no apoio a esforços, de forma a melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cliente em todo o mundo. Fornece serviços de acreditação ao estabelecer normas, inspecionar as organizações concorrentes e ao tomar decisões de acreditação. Através das suas relações de colaboração com governos federais e estatais, é uma organização do setor privado numa associação do setor público/ privado com o intuito de supervisionar a qualidade da saúde prestada aos cidadãos. Para além disso, a JCAHO fornece programas de educação e realiza publicações de forma a divulgar informação sobre a melhoria da qualidade da saúde através da acreditação.

É uma organização internacional de dezasseis membros composta por médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas, que orientou o desenvolvimento das normas internacionais de acreditação. A organização é composta por membros das seis maiores regiões do mundo: América Latina e Caraíbas, Ásia e Orla do Pacífico, Médio Oriente, Europa Central e de Leste, Europa Ocidental e África.

Um comité internacional de normas continua o trabalho do grupo e faz recomendações sobre atualizações e alterações necessárias para que estas normas reflectam constantemente a prática atual.

De seguida apresenta-se uma breve visão geral do programa da JCI (2003:7):

- *A base do programa de acreditação são as normas internacionais de consenso.*
- *A filosofia fundamental das normas é baseada em princípios de gestão da qualidade e melhoria contínua da mesma.*
- *Normas identificadas como obrigatórias têm ser cumpridas por cada organização que procura ser acreditada. Estas normas estão a negrito em cada capítulo.*
- *O processo de acreditação é criado de forma a integrar fatores legais, religiosos e/ ou culturais dentro de um país. Embora venham a existir normas uniformes e rigorosas para os cuidados e segurança do doente, as considerações específicas de cada país para estes fatores farão parte do processo de acreditação.*
- *A equipa de auditoria no local e a agenda irão variar consoante o tamanho da organização e o tipo de serviços prestados. Por exemplo, um grande hospital universitário poderá precisar de uma auditoria de quatro dias por parte de um médico, um enfermeiro e um administrador, enquanto que um hospital regional ou social mais pequeno poderá precisar de uma auditoria de dois/ três dias.*
- *A Joint Commission International é criada para ser válida, fidedigna e objectiva. As decisões finais de acreditação serão feitas por um comité internacional de acreditação com base na análise dos resultados da auditoria.*

Muito se tem falado de acreditação, mas, afinal, o que é a acreditação? Para o modelo de que falamos a acreditação desenvolve-se da mesma forma que descrevemos anteriormente, no entanto, existem particularidades a ele inerentes. Segundo a JCI (2003), a acreditação...

...é um processo segundo o qual uma entidade, normalmente não governamental, independente e distinta, avalia uma organização de saúde de forma a determinar se esta satisfaz um conjunto de requisitos destinados a melhorar a qualidade dos cuidados. A acreditação é normalmente voluntária e as suas normas são normalmente vistas como muito favoráveis e alcançáveis. A acreditação proporciona um compromisso visível por parte de uma organização no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os clientes e para os profissionais. A acreditação conquistou interesse por todo o mundo como uma avaliação eficaz da qualidade e como uma ferramenta de gestão (JCAHO, 2003).

Para se proporem à acreditação, as organizações de saúde têm que cumprir os seguintes requisitos:

- *A Organização está atualmente em funcionamento como provedora de saúde no país e tem licença para tal (se exigido);*
- *A organização assume, ou está disposta a assumir, responsabilidade para melhorar a qualidade dos seus cuidados e serviços;*
- *A organização proporciona serviços dirigidos pelas normas da JCI.*

Uma organização de saúde que pretende ser acreditada inicia o seu processo de acreditação apenas quando submete e completa a candidatura a uma auditoria. Este documento dá informação essencial acerca da organização de saúde, incluindo a sua posse, demografia e tipos e volume de serviços prestados.

A candidatura a auditoria descreve a organização que procura a acreditação; exige que a organização forneça à JCI todos os registos e relatórios oficiais que tenham licença relevante, reguladora ou outros corpos governamentais; autoriza a JCI a obter quaisquer registos e relatórios acerca da organização que não estejam na sua posse; quando finalizada e aceite pela JCI e pelo candidato, estabelece os termos da relação entre a organização e a JCI.

Uma auditoria de acreditação avalia a conformidade de uma organização com as normas da JCI e com as suas declarações de intenção, e avalia essa conformidade com base em *entrevistas aos profissionais, aos doentes e outra informação verbal, observações dos processos de cuidados prestados ao doente feitas pelos auditores no local, políticas, procedimentos e outros documentos fornecidos pela organização, resultados da autoavaliação, quando esta faz parte do processo de acreditação*. O âmbito da auditoria da JCI inclui todas as funções relacionadas com as normas de uma organização candidata e todos os ambientes de cuidados prestados ao cliente.

Para conseguirem a acreditação, as organizações têm de demonstrar uma conformidade aceitável com todas as normas obrigatórias e opcionais e têm de atingir um resultado numérico mínimo nas mesmas. Acima deste nível básico de conformidade com as normas, o resultado numérico da organização irá indicar o nível total atingido pelas normas.

As organizações acreditadas recebem um relatório final de acreditação e um certificado de *award*. Tanto o relatório como o certificado indicam, numérica e geograficamente, o nível de conformidade com as normas da JCI atingido pela organização. Um *award* de acreditação é válido por três anos a

não ser que seja revogado pela JCI. No fim do ciclo de três anos de acreditação da organização, esta tem de ser reavaliada de modo a ter direito à renovação do seu *award* de acreditação.

A política de confidencialidade da JCI proíbe a circulação de informação recolhida numa organização durante o processo de acreditação. A única informação que a JCI dará a conhecer ao público será o estatuto da organização acreditada, isto é, se a organização é acreditada ou se a acreditação lhe foi negada.

A organização acreditada pode dar informação mais detalhada, incluindo o seu relatório de acreditação. No entanto, quando uma organização espalha informação incorrecta acerca da sua acreditação, a JCI tem o direito de esclarecer a informação que seria de outro modo considerada confidencial.

As decisões de acreditação são tomadas pelo Comité de Acreditação da JCI com base nas conclusões da equipa que realizou a auditoria. Na decisão de acreditação consta: a) acreditado ou b) acreditação negada. Uma organização deve esclarecer de forma favorável ou decidir todas as condições de *follow-up* antes do estatuto de acreditação ser determinado (por exemplo, uma visita requerida e focalizada no *follow-up* teria de ocorrer antes do Comité de Acreditação determinar o estatuto de acreditação).

Estas decisões baseiam-se no nível de conformidade encontrado na organização em cada uma das normas aplicáveis e nas declarações de intenção na data da auditoria. Cada norma é pontuada com: “satisfaz totalmente”, “satisfaz parcialmente” ou “não satisfaz”. Será exigida atividade de *follow-up* para as normas que não satisfazem e poderá ser requerida atividade de *follow-up* para as normas que satisfazem parcialmente.

Após ser tomada a decisão, é enviada por *e-mail* à organização em Relatório Oficial da Decisão de Acreditação, juntamente com um resumo das conclusões da auditoria de acreditação e com os resultados das atividades de *follow-up*.

A organização tem trinta dias a partir da receção do seu Relatório Oficial da Decisão de Acreditação para pedir, por carta ou por *e-mail*, a revisão do relatório sobre as conclusões da auditoria ou sobre os resultados das normas. Este pedido de revisão tem de ser acompanhado de informação e dados esclarecedores que o justifiquem. O Comité de Acreditação deverá considerar o pedido para revisão.

Uma organização não pode ser acreditada sem todas as condições que requerem um *follow-up* estejam resolvidas de forma satisfatória. Se, por altura da subsequente auditoria trienal, a organização não cumprir satisfatoriamente os requisitos obrigatórios da acreditação, o Comité de Acreditação tomará a decisão de negar a acreditação baseando-se apenas nos resultados da auditoria completa de acreditação.

A JCI compromete-se a fazer chegar ao público informação importante e exata das organizações avaliadas. Esta informação ajuda não só aqueles que prestam os serviços levando-os a melhorá-los, como também ajuda a educar os utilizadores da organização. Pode ainda ajudar os doentes a fazer escolhas informadas ao selecionar uma organização de saúde.

Ao mesmo tempo é importante que seja mantida a confidencialidade para determinada informação de modo a encorajar a franqueza no processo de acreditação. Esta atitude facilita a melhoria da qualidade da saúde e beneficia o público.

Uma organização acreditada pela JCI tem de ser precisa ao descrever ao público a natureza e o significado do seu *award* de acreditação. Por isso, uma organização não deve deturpar o seu estatuto de acreditação nem o das instalações e serviços aos quais o *award* de acreditação se refere. A JCI dará normas de procedimento adequadas a cada organização que receba acreditação para anunciar o *award* de acreditação.

Caso uma organização acreditada seja comprada por outra ou seja física ou organizacionalmente fundida com outra organização, a JCI pode decidir se a organização responsável pelo fornecimento de serviços clínicos deve ser reavaliada ou se deve ser feita uma auditoria inicial caso esta ainda não esteja acreditada. Ao impedir circunstâncias excepcionais, a JCI continua a acreditação da organização que está a sofrer o tipo de alterações descritas até determinar se é ou não necessária uma auditoria completa ou focalizada de acreditação.

Os *standards* elaborados pela *Joint Commission* estão direcionadas para áreas específicas da saúde e permitem, sobretudo, avaliar os *outcomes* (resultados), a segurança dos cuidados e a sua aceitação por parte dos utilizadores.

Contempla o trabalho de toda a equipa multidisciplinar dos profissionais de saúde, na conceção e aplicação dos *standards*. O seu campo de ação inclui e suporta o acesso aos cuidados de saúde (exemplo: acesso aos cuidados, apoio aos clientes, cuidados aos clientes, programas de educação)

para a saúde dos clientes e familiares, etc.) e, dá apoio aos que operacionalizam as ações (supervisores, grupos de trabalho...).

Em contrapartida os outros programas mostram as seguintes especificidades:

- O *visitatie* apresenta normas que são de difícil avaliação e adaptação para cada hospital;
- O *ISO certification* não apresenta uma uniformidade de procedimentos, pois em cada país há uma adaptação que se mostra bastante diferente do original;
- O *EFQM model* foi criado originalmente para a comunidade europeia;

European Foudation for Quality Management model (EFQM)

Este organismo foi criado originalmente para a comunidade europeia, pela Comissão Europeia e catorze companhias europeias, em 1988. Os atuais membros são mais de 800 organizações, abrangendo multinacionais, companhias nacionais e institutos de investigação em universidades europeias de mais de 38 países. A sua dupla missão é (EFQM, 2011)

- Estimular e assistir todas as organizações da Europa a participar em atividades de melhoria, conduzindo, por último, à excelência na satisfação do cliente, do colaborador, ao impacto na sociedade e aos resultados do negócio;
- Apoiar os gestores das organizações europeias no aceleração do processo de tornar a qualidade um fator decisivo para atingir vantagem global competitiva.

Os seus objetivos são (EFQM, 2011):

- Proporcionar uma estrutura chave estratégica e critérios para gerir uma organização e identificar as oportunidades de melhoria sem olhar à natureza ou ao tamanho dessa organização.
- Reconhecer internacionalmente o vencedor do *award* como um feito importante; os vencedores são reconhecidos como modelos da excelência do negócio.

Outros factos que apoiam os objetivos do EFQM (1999-2003):

- EFQM melhora continuamente as vantagens dos membros dando ênfase à cooperação eficaz de membros, à partilha de boas práticas e às abordagens melhoradas, que conduzem à melhoria contínua, à excelência do negócio e à competitividade.

- A filosofia, os processos, as ferramentas e as técnicas de total qualidade são elementos chave de programas a todos os níveis de educação e formação na Europa.

O EFQM é também uma associação do setor público/ privado. Existem relações coerentes e construtivas entre o EFQM e a *European Organization for Quality* (EOQ), as organizações nacionais da qualidade, os governos, a União Europeia e as organizações internacionais, com o objetivo de melhorar a eficácia, a eficiência e a competitividade de todas as organizações europeias. O EFQM procura atuar numa base financeira sólida com fundos vindos de cotas dos membros, receitas da venda de materiais e serviços e outros rendimentos como cursos de formação de assessor, incluindo cursos adaptados para companhias individuais. Para além disso, o EFQM fornece serviços de *benchmarking* e cursos de autoavaliação. Os *awards* europeus da qualidade são oferecidos em quatro categorias: Companhias; Unidades funcionais de companhias; Organizações do setor público; Pequenas e médias empresas (Glezerman [et al.], 1999).

O EFQM centra-se no uso da gestão total da qualidade (TQM) como o veículo para alcançar a excelência do negócio nas organizações europeias. O modelo *EFQM* é apresentado como uma ferramenta não prescritiva para avaliar o progresso das organizações no percurso da excelência. Consiste numa matriz de autoavaliação que conduz a uma melhoria contínua da qualidade. O eixo estruturante do modelo é a lógica RADAR, cujos elementos são os resultados, a abordagem, o desdobramento, a avaliação e a revisão. A autoavaliação é o processo de eleição para a melhoria da qualidade, englobando dimensões que concorrem para a excelência organizacional: formação, comparação, supervisão das práticas, gestão da mudança e partilha de “boas práticas”.

A filosofia deste modelo passa pelo processamento de três dimensões: estruturação de um plano dirigido ao serviço, a execução desse plano e a avaliação da saída que proporcionou em termos de qualidade (Glezerman et al., 1999).

King's Fund Health Quality Service

Um outro modelo existente é o KFHQS. Em termos genéricos o *King's Fund* é uma organização que zela pelo desenvolvimento e melhoria das condições de saúde no Reino Unido, tendo sido criada, inicialmente sem fins lucrativos pelo Príncipe de Gales, em 1887. Há cerca de 100 anos, com o Rei Eduardo VII, tomou o objetivo de angariar dinheiro para ajudar os hospitais de Londres (IQS, 2003).

O Serviço de Qualidade em Saúde (HQS), criado no âmbito do *King's Fund*, surgiu em Janeiro de 1988 e tem como missão a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, principalmente dos que são prestados nos hospitais. Desenvolveu um conjunto de normas próprias que determinam requisitos mínimos e recomendações. O modelo compreende seis fases: estabelecimento de padrões, autoavaliação, evolução do serviço, revisão por pares, relatório e, por fim, a acreditação. Como consequência da avaliação, são identificados erros e falhas e formuladas soluções ou recomendações para a implementação de um sistema de garantia da qualidade (*idem, ibidem*).

O modelo da qualidade do *King's Fund* baseia-se nas Normas ISO 9000. Apresenta como “imagem de marca” a concentração de um conjunto de competências nas autoridades locais de saúde, as quais teriam responsabilidades na definição de “standards” de “boas práticas”. Os programas CTQ (“*Commitment to Quality*”) são implementados com recurso a coordenadores e facilitadores, os quais integram sistemas de monitorização sucessiva das práticas. O processo de acreditação e re-acreditação (passados três anos) inclui diferentes estádios de supervisão das práticas clínicas (*idem, ibidem*).

O programa do *Health Quality Service (King's Fund)* é, basicamente, um processo de autoavaliação usando como referência uma estrutura de normas organizativas, que abarcam toda a estrutura organizativa do hospital, reconhecidas como constituindo determinados patamares de desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde. Fornece às instituições a revisão de todos os procedimentos organizacionais nela praticados com vista à melhoria das práticas de saúde às populações e um desenvolvimento profissional e pessoal, através da mobilização de todos no decorrer do programa (IQS, 2003).

O desenvolvimento de auditorias aos hospitais que são acreditados reconhece a qualidade às práticas de cuidados de saúde. No manual que rege essas práticas, destacam-se duas das sessenta e nove que compõem as seis sessões do documento, e que se subdividem em mil e trezentos critérios, por estarem dirigidas diretamente ao serviço da Enfermagem no seu desempenho e com breves referências à supervisão, para além de uma nova introdução no aspeto da gestão de risco (Soares, 2004).

Para além deste modelo e do JCI, também o EFQM faz referência à supervisão das práticas como forma de garantir sistemas de qualidade e de segurança de assistência.

International Organization for Standardization (ISO)

É a identificação do modelo adotado para o tratamento de aspetos específicos dos serviços de saúde, em particular na Alemanha e Suíça. Esses aspetos específicos centram-se principalmente nas questões ligadas à administração, aos procedimentos administrativos e não tanto nos resultados clínicos.

Tem sido dito que “ISO” deriva da palavra grega *isos* que significa “igual”. A *International Organization for Standardization (ISO)* tem a base em Gêneve, na Suíça, e é uma federação a nível mundial de corpos de normas nacionais. Por exemplo, o Instituto Nacional Americano de Normas (ANSI) é o membro do corpo americano do ISO. Os comités técnicos do ISO e os grupos técnicos nacionais que dão o parecer são convocados para o desenvolvimento e revisão de normas. As normas do ISO têm de ser aceites por um voto maioritário das nações membros do ISO (Glezerman *et al.*, 1999).

O propósito do ISO 9000 é fornecer uma base comum para a qualificação ou registo do fornecedor independente. As avaliações são geralmente feitas por um terceiro partido, no entanto, as regras do ISO também fornecem uma auto declaração por terem cumprido os requisitos do ISO. A isto chama-se certificação do primeiro partido mas não é aceite por todos os contratantes (*idem, ibidem*).

Existem cinco documentos principais de normas, do 9000 ao 9004. O ISO 9001 é reconhecido como o que lida com os requisitos do sistema da qualidade e é considerado a secção mais abrangente. Aplica-se quando a conformidade com requisitos específicos está para ser assegurada pelo fornecedor durante o projeto, o desenvolvimento, a produção, a instalação e a manutenção. É um documento bastante extenso e integra vinte secções (*idem, ibidem*).

Enquanto que muitos conceitos introduzidos nos requisitos do ISO podem ser aplicados à saúde, nalguns não se adequam facilmente, especialmente aos seus aspetos clínicos. Os requisitos da ISO estão fortemente centrados na produção e no uso de uma linguagem diferente da utilizada na saúde. Este é um assunto que torna a sua comparação com as normas da saúde um pouco difíceis. Na produção, o produto é a maior parte das vezes um item facilmente definido ou tangível. Este não é o caso na saúde. As normas da ISO centram-se na adesão a um processo específico de gestão

da qualidade concebido para produzir consistentemente um produto (ou serviço) que satisfaça especificações pré-estabelecidas e centram-se na avaliação dessa conformidade (*idem, ibidem*).

A sua utilização é mais sentida em departamentos específicos, como os laboratórios, centros de radiologia, transportes, ainda que também apoie os hospitais e clínicas.

Os hospitais e clínicas começaram por se apoiar nas normas da ISO 9001:2000, mas atualmente seguem a versão ISO 9001:2008 mais atualizada. Esta versão trouxe alterações para muitas organizações, ao incluir uma mudança de perspetiva, já que passa de uma estrutura antiga de vinte cláusulas para uma abordagem processual mais pragmática de "procedimentos" para "gestão de processos" e de "registos" para "resultados documentados".

Apesar de não se verificar um número elevado de alterações, a necessidade de alguns ajustes na gestão dos processos poderá ser sentida. Contudo, os responsáveis por estas alterações alertam para a não necessidade de auditorias extras para o seu cumprimento, uma vez que descrevem como alterações de reduzido impacto: (i) requerem pouca ou nenhuma formação suplementar; (ii) requerem poucas ou nenhuma alterações aos documentos; (iii) requerem poucas ou nenhuma alterações aos processos do sistema de gestão de qualidade. Referem ainda que as alterações ao documento inicial permitiram: (a) eliminar a ambiguidade dos requisitos; (b) favorecer a clareza do texto; (c) aumentar a compatibilidade com a ISO 14001; e (d) permitir uma maior facilidade de tradução (IPQ, 2008)

De seguida, de forma a sistematizar a informação atrás desenvolvida, resumimos num quadro as principais características de cada modelo, fundamentais para este estudo.

Quadro 3: Sistemas de qualidade em saúde – especificidades dimensionais (Adaptado de: 6 Internacional Sinase, 2008; Orvalho, 2009)

Sistemas de Qualidade em Saúde Dimensões da qualidade	JCI	KFHQS	EFQM	ISO
Especificidades do modelo	Apresenta cinco funções orientadas para o cliente: Acesso e Continuidade do cuidado; Direitos do doente e da família; Avaliação do doente; Cuidados do doente; Educação de pacientes e familiares.	Apresenta seis funções orientadas para a organização e para o cliente: Gestão Institucional; Gestão de Recursos; Direitos e Necessidades Individuais do Doente; Percurso do Doente; Normas Específicas de Serviço; Contratação de Serviços.	Apresenta dois critérios de avaliação: Critérios de Meios – Liderança; Planeamento e estratégia; Gestão de pessoas; Parcerias e Recursos; Gestão dos percursos e da mudança; Critérios de Resultados – Resultados orientados para o cidadão/Cliente; Resultados das pessoas (clientes internos); Impacto na sociedade; Resultados de desempenho-chave.	Apresenta seis funções de organização: Melhoria da Qualidade e Segurança dos doentes; Prevenção e controlo de infeção; Administração, Gestão e Liderança; Gestão do Ambiente hospitalar e da segurança; Formação e qualificação de profissionais; Gestão da Informação.
Referenciais /Indicadores de desempenho	Qualidade... Técnica; Recursos Humanos; Meios e infra estruturas; Gestão e Organização; Segurança; Ambiental; Social.	Qualidade... Técnica; Recursos Humanos; Meios e infra estruturas; Gestão e Organização; Segurança; Ambiental; Social.	Qualidade... Técnica; Recursos Humanos; Meios e infra estruturas; Gestão e Organização; Ambiental; Social.	Qualidade... Técnica; Recursos Humanos; Meios e infra estruturas; Gestão e Organização;
Enquadramento de um sistema de supervisão clínica	Sim	Sim	Não	Não

1.3. O Processo de Acreditação da Qualidade: na Profissão e na Organização

*“Quando se tem uma meta,
o que era um obstáculo passa
a ser uma das etapas do plano.”*

(Gerhard Erich Boehme)

A procura da qualidade nos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade exige cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, conseqüentemente, um melhor desenvolvimento técnico, a meta final de um programa de implementação da qualidade deve ser a procura da satisfação do cliente, por intermédio de uma atenção competente, com um mínimo de complicações ou sequelas.

A acreditação hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e seus líderes. O primeiro passo para a sua viabilização é, após a definição da missão e dos processos existentes, a criação de um manual de qualidade, que estabeleça os itens que devem ser avaliados de forma explícita e objectiva. O segundo relaciona-se com a existência de uma cultura organizacional de qualidade, com representações dos diversos grupos profissionais.

Na lógica do processo de acreditação, não se avalia um serviço ou departamento isoladamente. Mesmo que um serviço do hospital esteja plenamente preparado, com excepcional qualidade e que tenha alcançado um grau de complexidade compatível com o nível máximo, por exemplo, a instituição poderá ser acreditada no nível mais baixo, se os outros serviços não conseguirem alcançar outros níveis.

Atualmente, os vários hospitais estão preocupados em oferecer qualidade, o que faz com que se aprofundem os estudos para atingir a qualidade da assistência/cuidados prestados.

Os enfermeiros têm sido responsáveis por coordenar muitas atividades assistenciais, organizando o ambiente, exercendo um trabalho coletivo que depende da coordenação de atividades que reúnem conhecimento e capacidades para alcançar os objetivos assistenciais desejáveis, em concordância com os da organização.

E a prática educativa é de fundamental importância na Enfermagem, tanto para o cliente como para o profissional, pelo que a instituição tem a responsabilidade de propor programas apropriados às necessidades de qualificação nas novas situações, reciclar os seus trabalhadores, qualificando-os para as novas exigências assistenciais ou para as mudanças necessárias face à assistência e qualidade (Boller, 2006).

As instituições de saúde que procuram a qualidade dos serviços prestados deverão ter como meta principal a segurança e a qualidade dos cuidados, cujo reconhecimento é feito através da acreditação hospitalar. Diz-se que um estabelecimento hospitalar é acreditado, quando os seus recursos, processos e resultados possuem qualidade pelo menos satisfatória.

Acredita-se que os enfermeiros podem desenvolver programas inovadores nas organizações, centrados em novas concepções de estrutura e propriedades dos seus serviços qualificados, visando melhores práticas em saúde e melhor qualidade do cuidado.

No propósito da acreditação, a garantia de qualidade dos serviços prestado, através de padrões pré-determinados e criação de vínculo associado à racionalização dos serviços, é a maneira de garantir a qualidade hospitalar. Prevalece a intenção de garantir o cumprimento de normas de qualidade, favorecendo cada indivíduo como paciente e cidadão e a sociedade como um todo.

Processos de acreditação da qualidade: que envolvimento

Atualmente, a avaliação dos cuidados de Enfermagem insere-se num processo de acreditação e avaliação da qualidade das instituições de saúde. Para melhor se perceber todo este processo começamos por explicar o que é a acreditação.

Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão competente avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. Os padrões de acreditação são normalmente considerados ótimos e possíveis e são elaborados para estimular esforços para a melhoria contínua das instituições acreditadas (Rooney e Ostenberg, 1999).

A acreditação proporciona um compromisso visível por parte de uma organização no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os clientes e para os profissionais (JCI, 2005).

A decisão de acreditação de uma instituição de saúde específica é feita após uma avaliação periódica *in loco* por uma equipa de avaliadores composta por pares, geralmente realizada a cada dois ou três anos. A acreditação é geralmente um processo voluntário, no qual instituições decidem participar, em vez de ser decorrente de imposição legista ou regulamentar (Rooney e Ostenberg, 1999).

Uma das primeiras etapas ao estabelecer-se um sistema de qualidade é determinar as necessidades a que ele tem de atender, para que se elabore ou se escolha o sistema mais eficiente possível. Como a avaliação da qualidade não é planeada para incluir todas as diferentes necessidades encontradas na maioria dos sistemas de saúde é fundamental que as limitações do sistema sejam claramente identificadas, assim como as suas capacidades.

Os responsáveis pela tomada de decisões, ao escolher uma abordagem de avaliação de qualidade, frequentemente definem os seguintes objetivos e necessidades: melhorar a qualidade; manter a qualidade; garantir a segurança da população; facultar a classificação e reconhecimento jurídico; verificar se são atendidas as especificações de desenho e manutenção; promover um plano de gestão de risco; monitorizar o setor privado; implementar novas unidades e documentação de capacitações especiais; local recursos limitados; criar centros de excelência; fazer a abordagem de questões nacionais de saúde pública; formar novos sistemas ou redes de serviços (Pires, 2007).

Para se proceder a um processo de acreditação tem que haver a decisão de se proceder a essa acreditação! Este processo, baseado num modelo, tem que obedecer a um conjunto de princípios gerais que fará parte da Lei de Quadro do País e regulamentará as organizações, que, por sua vez, precisam de ser reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde.

Então, nesta primeira fase identificam-se as áreas funcionais – chave para o hospital, verificando quais obedecem aos requisitos do modelo e quais as que têm necessidade de melhorar, isto é que áreas obedecem ao cumprimento de determinados princípios já definidos, e quais as que não os cumprem.

Dado este passo, inicia-se a fase de implementação com uma avaliação inicial, onde se vão estudar os diversos serviços e setores, os objetivos de cada um, os recursos humanos, as práticas sócio-organizacionais e os critérios de *performance*, com vista à elaboração de protocolos, normas, procedimentos e estratégias de acompanhamento e coesão entre eles.

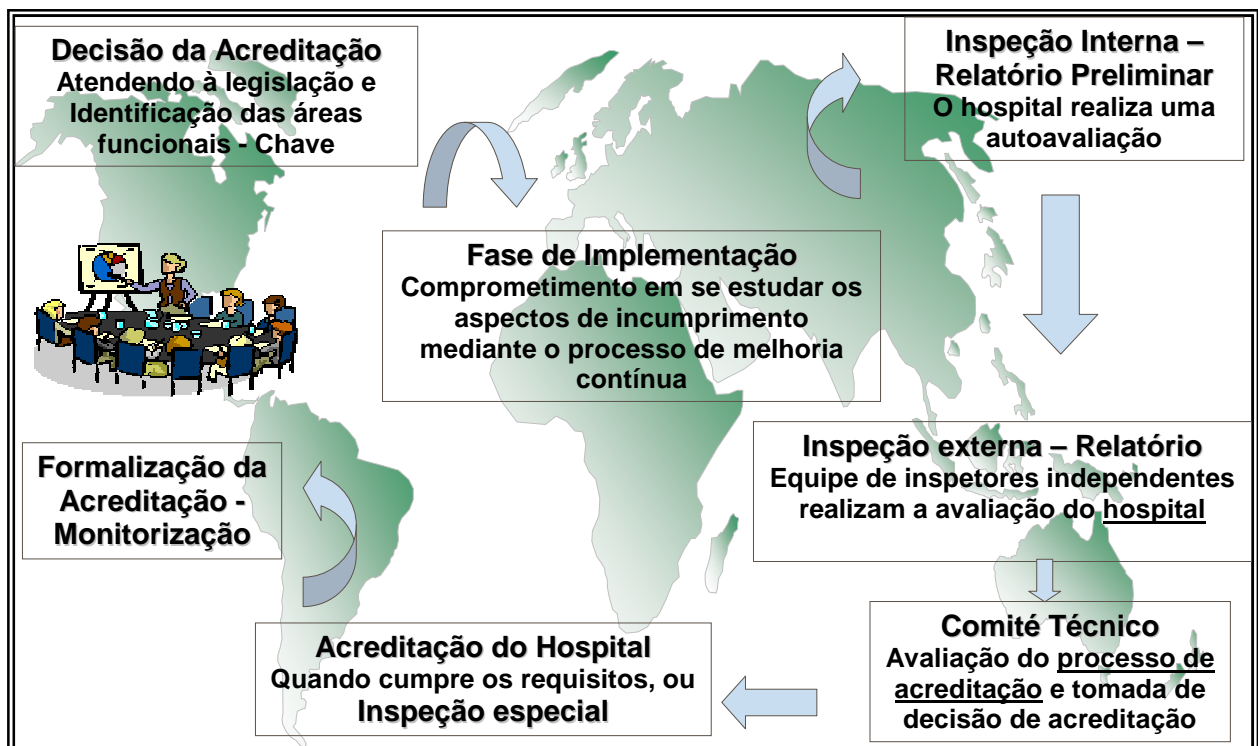
Os padrões de acreditação são, geralmente, desenvolvidos por um consenso de especialistas em saúde, publicados, analisados e revistos periodicamente para ficarem atualizados com o progresso na área da qualidade de serviços de saúde, avanços tecnológicos e terapêuticos e mudanças na política de saúde. Dependendo do escopo e da filosofia do modelo específico de acreditação escolhido, os seus padrões podem comportar-se como um sistema, organizando-se em torno de funções e processos-chave centrados tanto no cliente quanto na instituição. Alternativamente, os padrões podem ser agrupados por departamentos ou serviços dentro de uma instituição como serviço de Enfermagem... (Rooney e Ostenberg, 1999).

Após a definição das estratégias organizacionais e a sensibilização de todos os profissionais para o processo, o hospital realiza uma autoavaliação através de uma inspeção interna, ao cuidado de auditores internos. Dessa auditoria, resulta um relatório preliminar onde são identificadas ou não falhas no funcionamento do processo.

O processo de auditoria no local, tal como a autoavaliação contínua, ajuda as organizações a identificar e a corrigir problemas e a melhorar a qualidade de cuidados e de serviços. Os auditores, para além de avaliarem a conformidade com as normas e as suas declarações de intenção, dão formação e apoio às atividades de melhoria da qualidade na organização.

Quando o grupo responsável pelo processo considera que estão prontos para uma auditoria externa, propõem-na e um grupo de auditores externos, compostos por especialistas da instituição que fará a acreditação. Após esta auditoria, a decisão de acreditação do hospital passa por um comité técnico que avaliará todo o processo e formalizará ou não a acreditação, fornecendo à instituição um relatório final de acreditação e um certificado de *award*, que é válido por um certo número de anos, necessitando, ao fim desses, de uma reavaliação. A figura que se segue pretende de forma esquematizada retratar este processo que acabamos de descrever.

Figura 2: Esquemática de um processo de acreditação



Para que um programa de acreditação se desenvolva, cumpre abordar a questão da sustentação do programa, incluindo viabilidade financeira. O desenvolvimento inicial do programa pode ser feito por órgãos governamentais e fundações. Entretanto, programas mais bem sucedidos podem exigir que as instituições de saúde em busca de creditações paguem serviços, como os custos da avaliação *in loco*, educação e publicações. Além do valor intrínseco que a instituição e a sua direcção encontram ao atingir os padrões e melhorar continuamente os cuidados prestados, são geralmente as forças do mercado que acrescentam o incentivo financeiro para manter a acreditação, uma vez que esta seja conquistada (Rooney e Ostenberg, 1999).

Um dos pontos mais positivos da acreditação é o facto de que ela apoia esforços contínuos de melhorias por meio de consultas e de educação, além da avaliação, em vez de preconizar uma metodologia de inspeção e punição. Ao preparar-se para um levantamento de acreditação, uma instituição de saúde avalia-se a si própria a fim de determinar a sua conformidade com os padrões, bem como identificar oportunidades de melhoria. Essa autoavaliação pode fornecer informações importantes sobre a instituição (*idem, ibidem*).

Como se visa a que os padrões de acreditação sejam ótimos e passíveis de serem alcançados e não mínimos, podem ser revistos e atualizados com base na introdução de novos modelos de prestação de cuidados, políticas públicas, garantias de qualidade e conceitos de melhoria, bem como tecnologia de saúde (idem, ibidem).

Para conceituar qualidade nos processos de atenção à saúde, Donabedian, o mais conceituado investigador na área da Garantia da Qualidade em Saúde, enfatiza que o consumidor é capaz de ser juiz da Qualidade do cuidado que recebe, em três dimensões: no trabalho técnico, nas relações interpessoais e nas amenidades que cercam o cuidado. Na opinião de Donabedian:

“Não há razão para acreditar que os consumidores sejam tão ignorantes a respeito dos processos de qualidade técnica do cuidado quando a situação é familiar e, particularmente, se uma experiência prévia de bom cuidado sensibilizou adequadamente o paciente. Mas, numa forma mais fundamental, a qualidade do acto técnico em saúde não é definido pelo que é feito, mas pelo que se alcança. E os consumidores estão em situação privilegiada para dizer que resultados devem ser procurados, que riscos podem ser aceites em contraposição às expectativas de benefícios e a que custo” (Donabedian, 1992:357).

Para Donabedian, a melhoria das condições de saúde, atribuíveis à assistência ou aos programas de intervenção, são a raiz da definição de qualidade como um produto social, representado por concepções e valores sobre a saúde, expectativas sobre as relações entre clientes e prestadores de serviços, assim como o modo como são legitimados os papéis no sistema de saúde (Donabedian, 1992). Daí que a Garantia da Qualidade em saúde, segundo Donabedian, significa o esforço permanente realizado no melhoramento da saúde, através da monitorização e avaliação continuada da estrutura, do processo e dos resultados da prestação de serviços.

Berwick (1996) reforça esse conceito ao referir que a eficiência das decisões a que os médicos chegam tem de depender da fidelidade dos sistemas que entregam informações, formação, suprimentos e opções aos médicos. Enfatiza que a principal fonte de falhas de qualidade são problemas nos processos, ou seja, falhas em se adicionar valor aos clientes ou falhas em se atender às necessidades dos clientes. Avalia que uma maneira de pensar na prevenção como uma abordagem à gestão da qualidade é que ela transfere a inspeção para as etapas anteriores do processo.

Berwick (1996) salienta ainda que a supervisão dos resultados finais é necessária para que a organização possa manter-se no seu curso de atender às necessidades dos clientes, mas confiar na

inspeção final para conseguir qualidade é algo custoso e inevitavelmente imperfeito. É melhor supervisionar e entender os processos de trabalho para descobrir de que maneira as falhas são introduzidas nos produtos e serviços. Melhor ainda é ter um modo de inspecioná-los antes que eles se tornem processos reais. A meta da administração da qualidade é fazer corretamente já na primeira vez.

O mesmo autor alerta-nos que, para garantir a qualidade de cada parâmetro chave de um processo, deve-se ter uma definição clara do nível desejado de desempenho da qualidade, um instrumento de medir o desempenho, uma maneira de interpretar as medições e uma forma de pôr em prática para restabelecer o controle quando necessário.

Para Czapski (1999) a incorporação dos conceitos de qualidade na área de assistência à saúde dá-se não só em função das necessidades de organização do sistema para controlar os crescentes custos relacionados com a manutenção e recuperação da saúde, mas também em função da visão de que a saúde é um indispensável bem de produção, pré-requisito essencial da capacidade humana de gerar riqueza.

Sob essa óptica a locação de recursos à saúde passa da contabilização de despesas a investimentos, incentivando-se a manutenção da saúde. Assim o foco do sistema deixa de ser a quantidade e a qualidade dos serviços prestados, direcionando-se para indicadores do nível de saúde da população.

Ainda segundo Czapski (1999:37) *“esse conceito é essencial quando pensamos em definir a qualidade na saúde, exigindo que se procurem indicadores tanto do nível de higiene da população como também dos serviços relacionados à recuperação da saúde e dos resultados e custos envolvidos. Para que isso aconteça é preciso alterar a estrutura e a operação de muitos dos prestadores actuantes no sistema – cuja ação é essencialmente de recuperação da saúde -, que deverão assumir a responsabilidade da manutenção da saúde, antecipando-se à ocorrência da doença”*.

Este mesmo autor refere que essa mudança de postura requer que o prestador vá além da manutenção das portas abertas, e vá ao encontro da comunidade, inserindo-se nos seus hábitos de vida, aumentando a promoção da saúde já muito impregnada nos Centros de Saúde, mas pouco evidenciada nos Hospitais (por exemplo), dando o melhor de si em prol da racionalização do uso de

recursos e do compromisso entre o nível técnico da atenção dispensada, a humanidade no cuidado ao cliente e o custo.

A utilização de indicadores clínicos na aferição da qualidade dos processos de atenção à saúde congrega os conceitos de: (a) Donabedian, uma vez que o autor defende que a garantia da qualidade dá-se através da monitorização e avaliação contínua da estrutura, do processo e dos resultados da prestação de serviços, (b) Berwick, que defende que para se conseguir o controlo dos processos é necessário estabelecer parâmetros chave e, (c) Czapski, pois, segundo este, a qualidade em saúde é definida através de indicadores de higidez da população, dos serviços voltados à recuperação e aos seus resultados.

Casparie (2000:190) define indicador clínico como *“um elemento mensurável da assistência que fornece uma impressão de qualidade dessa assistência. Ele pode ser usado para a procura de potenciais de qualidade, para a monitorização de processos previamente definidos e para uma avaliação após a introdução e desenvolvimento de atividades de melhoria de qualidade”*.

O autor sugere que se questionem todos os indicadores antes de serem usados, apesar da noção de indicador parecer ser um conceito atraente para a gestão da qualidade: primeiro, para certificar-se da validade do indicador – em qual extensão pode o indicador refletir a qualidade da assistência? Segundo, sobre a questão do registo – pode o indicador ser mensurado percorrendo um caminho válido e de confiança? Terceiro, se as atividades apropriadas poderão, se iniciadas após o indicador, fornecer um sinal.

Segundo Donabedian (2003:20), *“antes de se pensar em avaliar a qualidade da assistência, tanto em termos gerais como em situações específicas, é necessário que haja um acordo sobre como esta qualidade é definida e quais os elementos que a constituem”*.

Em jeito de conclusão, não nos podemos esquecer que, associado a todos os conceitos referidos ao longo deste capítulo, está o conceito de mudança, que apesar de estar referido no final, deve ser visto como um dos principais, já que é a aceitação ou não deste que vai determinar todo o caminho a percorrer.

A mudança é um processo contínuo, presente no nosso dia-a-dia e inerente, tanto à dimensão pessoal como profissional. A melhor forma de a gerir é procurar antecipá-la, tornando-a geradora de oportunidades. É importante compreender a mudança para melhor adaptar culturas,

comportamentos, estruturas, negócios e tecnologias. De forma mais ativa ou reativa, a mudança provoca resistência. Sabemos que cada um de nós tem diferentes comportamentos e agimos de forma diferente face a novas situações nas organizações. Uns mais fortes, mais racionais outros mais cautelosos, analíticos.

Ao gestor cabe o compromisso de fazer com que as pessoas superem essas dificuldades, criando *feedback*. Terá que se adaptar rapidamente às mudanças, ser pró-ativo, trabalhar em grupo, ser visionário, promover a motivação, administrar conflitos, assumir riscos, saber escutar e comunicar. A mudança nas organizações exige que os seus dirigentes ajam de forma rápida, mudem de estratégias, redirecionam ações e que se insiram num novo contexto, para serem competitivas. Mas antes de tudo, temos que conhecer as razões da mudança, gerir o processo, definir o foco, estabelecer um plano estratégico, avaliar e acompanhar a mudança.

Num artigo escrito por Richards *et al.* (2001) encontramos exemplos de histórias com sucesso de medidas adoptadas pelos gestores e as suas equipas para a promoção e implementação da qualidade:

(a) Implementação de uma linha de cuidados centrais numa unidade de cuidados intensivos neonatais no Hospital Allegheny General em Pittsburgh (1995) – Nesta unidade existia uma percentagem elevada de infeções nosocomiais, pelo que iniciaram um conjunto de medidas preventivas baseadas em protocolos, criados de forma a diminuir consideravelmente este problema diagnosticado e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O cuidado central relacionava-se com as suas fardas, e após o estudo da questão, resolveram mudar de farda pelo menos três vezes por semana, e verificaram que de 1995 para 1997 a percentagem de bebés com baixo peso (abaixo de 1000gr) infetados tinha diminuído 40%.

(b) Redução da utilização de cateteres urinários nas Unidades de Cuidados Intensivos médicos, cirúrgicos e coronários no Hospital St. Raphael em New Haven (1995) – Os profissionais de saúde verificaram que nestes serviços com o uso prolongado de cateteres urinários (>21 dias), o risco de infeção era diretamente proporcional. De forma a prevenir este problema, começaram por dar formação à equipa multidisciplinar, o que permitiu que a própria equipa elaborasse protocolos específicos de atuação. Depois de elaborados, foi novamente dada formação aos profissionais diretamente implicados nestes cuidados ao cliente e o que se verificou foi uma diminuição significativa do número de infeções do trato urinário dos clientes algaliados, nas três unidades.

Com estes estudos consegue-se comprovar que a chave para a promoção de uma política de qualidade é determinada pela individualidade de cada instituição de saúde acrescida do envolvimento que esta permite aos seus profissionais trabalhadores. O facto de serem hospitais que são avaliados a nível nacional, entrando no processo de benchmarking, permite que tanto profissionais como clientes aumentem a sua confiança, quando se vêem resultados.

É este o trabalho que se espera do gestor e das suas equipas numa altura de mudanças como esta, que se observa nas instituições de saúde portuguesas.

Dinâmicas profissionais na promoção da qualidade

A promoção da qualidade na área da saúde assenta fundamentalmente em três indicadores essenciais: o contexto de assistência, os clientes, e o profissional produtor de cuidados. Este último indicador é aquele que maior questionamento gera em seu redor, por nos parecer ser o motor na implementação e ascensão de todo este processo de qualidade.

São estes profissionais reflexivos, o coração e todo este processo, pois está no trabalho deles o segredo do seu desenvolvimento. Daí que, as grandes questões que se colocam nesta área, assentem essencialmente no ponto de vista do sistema humano e não no ponto de vista organizacional, pois este último está minimamente estruturado e até reconhecido cientificamente, existindo, mesmo, no nosso um instituto responsável por este aspeto (IQS, 2003).

Muitos são os termos que já nos habituamos a ouvir relacionados com a qualidade. Mas a questão que todos os dias se coloca é como deverá ser um modelo eficiente de promoção contínua de qualidade num contexto clínico? A resposta a esta questão explica o esqueleto de todos os modelos de qualidade que se conhecem, e a que mais à frente faremos referência.

Então, para a implementação e promoção da qualidade, diz Glezerman, Witznitzer *et al*, 1999, num estudo que realizaram quando aplicaram “*A model of efficient and continuous quality improvement in a clinical setting*”, serem necessários sete elementos: i) criar uma base de dados com os problemas que forem levantados; ii) envolver todos ou a maioria dos elementos dessa instituição na construção do processo; iii) monitorizar, de forma contínua, os processos organizativos; iv) aplicar indicadores clínicos de qualidade; v) criar um grupo responsável pela discussão da resolução dos problemas; vi) criar um grupo responsável pelos processos organizativos; e vii) criar protocolos e documentar procedimentos.

Estes elementos mostraram-se eficientes na melhoria da qualidade de alguns hospitais, uma vez que o indicador de avaliação que utilizaram foi as queixas dos clientes, e estas baixaram consideravelmente. Ao analisarmos estes sete elementos verificamos que a maioria dos recursos necessários são os humanos, já existentes no serviço, pois só os profissionais de cada serviço podem ajudar neste procedimento, por conhecerem a realidade que lá se vive, o que facilmente faz perceber que foram poupados muitos outros recursos adicionais.

Estas medidas tornam-se, assim, vantajosas, uma vez que a realidade da nossa sociedade mostra que a maioria dos hospitais que estão a aderir a estes procedimentos são sociedades anónimas e, mesmo que não o fossem, a retenção de custos é sempre um objetivo de uma boa gestão.

Ao analisar melhor alguns estudos, verifica-se que a chave de ouro deste movimento centra-se nos profissionais que trabalham nessas instituições. Há teóricos que atribuem à atmosfera que se cria e ao trabalho de equipa a razão do sucesso da implementação dos modelos, em vez do próprio programa. Sem dúvida que o trabalho da equipa torna-se fundamental e importante, mas a estruturação do programa não deixará nunca de ser o fio condutor de toda a ação.

Por conseguinte, os passos que se dão iniciam-se com a tomada de consciência do pessoal interveniente, motivando-os para as práticas a aplicar. Só depois se inicia todo o procedimento de levantamento de problemas, criação das bases de dados, monitorização dos cuidados e indicadores de qualidade. Após tudo isto, criam-se grupos de discussão, promovendo *workshops*, conferências reuniões de grupo, e espaços de discussões.

Os indicadores de qualidade são específicos de cada serviço e das falhas ou problemas por estes detetados e/ou levantados. Collopy (2000) defende que os indicadores são definidos apenas como medidas que proporcionam procedimentos clínicos ou melhoria de cuidados. Diz ainda que, para cada indicador se torna necessário um envolvimento teórico, com pesquisas bibliográficas, discussões de grupos e monitorização do seu tratamento, pois, muitas vezes, para se alterarem determinadas práticas para a melhoria da qualidade, são precisas mudanças, como por exemplo, de legislação (no caso da aplicação de determinados fármacos), de programas de educação para a saúde (exemplo: profilaxia do trombo-embolismo), de equipamento, de documentos (exemplo dos consentimentos informados).

Indicadores são instrumentos elaborados e usados para valorar o cumprimento dos objetivos e metas. São as variáveis dependentes de um modelo experimental, usadas para quantificar o resultado das ações. São critérios explícitos de medida, que permitem estabelecer conclusões objetivas sobre aspetos particulares dos programas.

Um indicador não é uma medida direta de qualidade, é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual está relacionado. Esta é quantitativa e pode ser usada como um guia para monitorizar e avaliar a qualidade de cuidados importantes e as atividades dos serviços de suporte. Identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde, que devem ser motivo de uma revisão. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um facto (Teixeira *et al*, 2006).

Uma forma de se usar indicadores de qualidade em Enfermagem é ouvir queixas e insatisfações de profissionais da saúde e clientes. Através da escuta, da compreensão, do acolhimento, do reconhecimento e, sobretudo, através do respeito, muitos problemas podem ser resolvidos ou pelo menos, minimizados. Logo, a humanização, enquanto um conjunto de valores humanos e éticos também é um indicador de qualidade em Enfermagem que aponta novos caminhos e novas possibilidades para atingir a qualidade e credibilidade (Backes *et al*, 2007).

Os atributos necessários para a definição de indicadores são: (a) Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas; (b) Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados; (c) Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados; (d) Simplicidade – quanto mais simples de procurar, calcular e analisar, maiores são as possibilidades e oportunidades de utilização; (e) Objetividade – todos os indicadores devem ter um objetivo claro, para assim aumentar a fidedignidade do que se procura; (f) Baixo custo – os indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, pelo que acabam por ser colocados de parte.

O controlo da qualidade das práticas depende do trabalho que toda a equipa desenvolver. Weinberg e Stason (1998) detetaram que, apesar da criação de procedimentos e a sua aplicação na clínica serem importantes, não havia uma continuidade de monitorização, isto é, não se reavaliavam os procedimentos com base na análise dos resultados obtidos com a sua aplicação, porque os

profissionais não registavam, não monitorizavam. Então, com base em estudos que realizaram, concluíram que o ingrediente principal para a manutenção da qualidade era a monitorização dos procedimentos e dos seus resultados após serem aplicados, havendo um controlo. Com esta ação consegue-se manter, melhorar ou até modificar os protocolos de forma a conseguir-se melhores resultados de trabalho.

No que se refere aos indicadores detetados para a prática dos cuidados de Enfermagem, estes resumem-se essencialmente ao tempo, motivação, *stress*, satisfação, competências e postura, assim como a relação destes com o levantamento ou não, por parte do enfermeiro, das necessidades dos clientes.

Williams (1998), num estudo que efectuou num hospital Australiano, observou que numa perspectiva de Enfermagem, um cuidado de Enfermagem de qualidade baseia-se na possibilidade de se prestarem cuidados individuais ao cliente, com base na identificação e levantamento das suas necessidades a nível físico, psíquico e social.

Os enfermeiros desse hospital apontavam como os principais indicadores, para que este procedimento pudesse ser levado a cabo, o tempo, o *stress* e satisfação que eles sentiam, isto é, constatavam que, quando tinham falta de tempo para responder à solicitação do serviço, por falta de recursos humanos para a quantidade de clientes que existiam, a satisfação que tiravam do seu trabalho era baixa ou nula, os seus níveis de *stress* aumentavam e os clientes aumentavam as suas queixas, por outro lado, quando podiam dedicar-se apenas a um cliente, tinham tempo para levantar as suas necessidades nos diferentes níveis e responder às suas solicitações, prestando bons cuidados, anulando as queixas dos clientes.

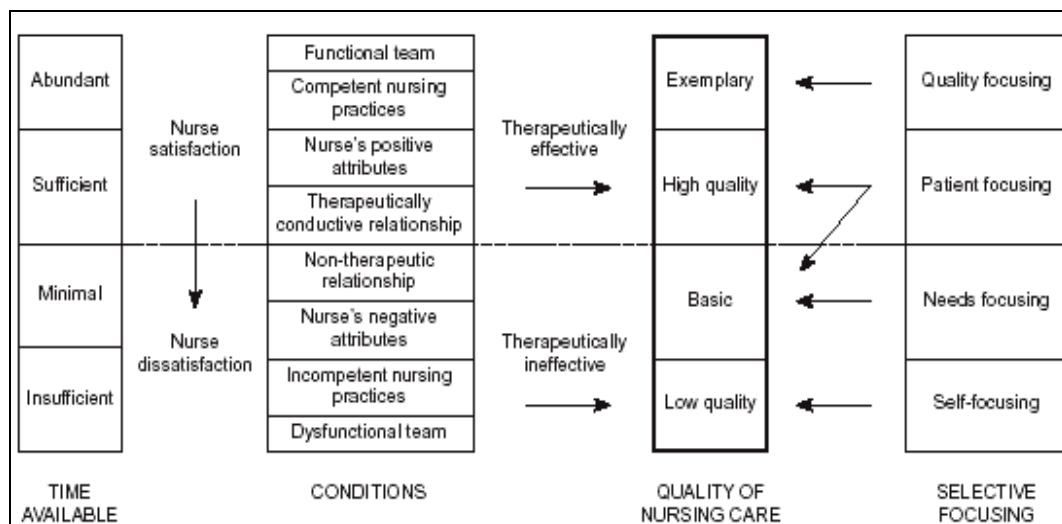
Mas não foram apenas estes os indicadores identificados, existem outros que, embora não se destaquem tanto, merecem a nossa atenção. No seu estudo, Williams classificou as prestações dos enfermeiros em quatro níveis: Cuidados exemplares, Cuidados de alta qualidade, Cuidados básicos e Cuidados de baixa qualidade, que se relacionavam diretamente com o tempo que possuíam para avaliar as necessidades de cada cliente, resultando numa atitude terapêutica efetiva ou ineficaz.

Então, eles consideravam que as suas atitudes terapêuticas eram efetivas quando conseguiam prestar um cuidado exemplar ou de alta qualidade, pois tinham tempo abundante ou suficiente para levantar as necessidades de cuidados. Em contrapartida, referiam que os seus cuidados eram

básicos ou de baixa qualidade, quando as suas atitudes terapêuticas eram ineficazes, por terem pouco ou insuficiente tempo para as suas atividades.

Com base nestes dados verificou-se que estes resultados partem, também, do foco de atenção que o enfermeiro dá ao seu trabalho seu dia-a-dia. Conforme o tempo que tem para a sua prática, o foco de atenção pode centrar-se na qualidade dos cuidados, no cliente, nas necessidades básicas às quais é preciso responder, e em si próprio, o que resultará num diferente nível de prestação de cuidados, como pode ser observado na figura que se segue.

Figura 3: *Selective focusing and therapeutic effectiveness theory of the delivery of quality nursing care from the nurse's perspective* (In: Williams, 1998:814).



Transpondo esta realidade para o contexto dos hospitais portugueses, podemos verificar que as mesmas dificuldades se detetam, pois o rácio de enfermeiro cliente ainda é grande, na maioria dos serviços, rondando 1:6 em média. Daí que, pode-se concluir esta seria uma teoria aliciante para ser aplicada com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, porém, à semelhança do que eles concluíram, a falta de tempo que temos, assim como a falta de recursos humanos condiciona a sua aplicação, como ideal de modelo.

Ainda assim, consideramos existirem aspetos nesta teoria que poderão ser tidos em conta noutras áreas: o fenómeno da terapia efetiva, o processo de seleção do foco de atenção, o levantamento das necessidades do cliente (na colheita de dados do processo de Enfermagem), estratégias de redução de *stress*, identificação das principais características de cada elemento da equipa, que seja positivo para o bom relacionamento desta, redefinição das competências dos enfermeiros aplicadas

à nossa realidade, tendo em conta os aspetos da qualidade; valorização dos atributos positivos de cada enfermeiro, continuar a estudar e investir nas questões da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Um outro estudo refere que a chave para a qualidade dos cuidados de Enfermagem pode basear-se num modelo centrado no enfermeiro e nas suas competências pessoais e de desenvolvimento profissional. O modelo que Glen (1998) apresenta identificando como '*The Harré's model*' mostra ser preciso adquirir e trabalhar dois tipos de competências: as responsáveis pelo desempenhar do papel profissional, *power to do*, e aquelas que envolvem as motivações, emoções e condutas que possibilitam o desempenho das teorias humanas naturais, *power to be*.

Segundo o autor, para que este modelo possa ser aplicado, torna-se necessário contemplá-lo nos planos curriculares das escolas de formação, pois só assim podem ser trabalhadas as competências. De facto, apesar de se apresentar redutor, este modelo mostra a importância de, cada vez mais, se pensar nos currículos das escolas, atendendo às necessidades que se detetam no seio da realidade hospitalar de cada país, trabalhando-se desde o início as competências que se pretende que o enfermeiro do século XXI tenha, nunca omitindo os processos de acreditação de qualidade presentes nos hospitais e esquecidos a nível da formação inicial.

Falta-nos agora saber quais os custos da implementação de um modelo deste género para um hospital.

A sistematização da assistência em Enfermagem constitui um meio para o enfermeiro aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizar a sua prática profissional, administrar o seu tempo, realizando tarefas com qualidade. A prática assistencial deve ser apoiada por sistemas de informação clínica adequados, completos e disponíveis, que garantam a segurança do cliente/família, através do suporte à tomada de decisão, diagnóstico e terapêutica durante o tratamento, prevenindo surpresas e reações adversas, corrigir métodos e melhorar continuamente a qualidade da assistência e a obtenção de dados e indicadores que permitam medir, avaliar e comparar o grau da qualidade assistencial oferecida à população-alvo.

Segundo Marquis, (1999) para que uma instituição hospitalar supere as suas expectativas de crescimento e produtividade, resultado da valorização do ser humano em busca pelo certificado de Acreditação Hospitalar, torna-se necessária uma orientação e formação dos profissionais

envolvidos, realizando cursos, programas de formação contínua para as áreas de Enfermagem e de administração, formação para a acreditação hospitalar e promoção da motivação para a qualidade. O controlo de qualidade envolve o estabelecimento de padrões baseados num modelo de cuidado que deve ser utilizado como instrumento de medida, necessitando ser passível de mensuração atingível e que sirva como guia aos profissionais.

Sendo assim, a melhoria da qualidade na assistência de Enfermagem tem configurado uma necessidade de rever e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem, no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação.

Como prestadoras diretas do cuidado ao cliente, o profissional Enfermeiro apresenta como fundamento do seu papel, a busca da qualidade na sua prática, através, entre outros, da identificação de problemas e da implementação de ações corretivas ao cliente, procurando dessa forma a melhoria da assistência de Enfermagem.

Por reconhecerem o trabalho dos enfermeiros importante, nesta área, a *Joint Commission* criou um projeto-piloto "NQF (*National Quality Forum*) 15: *National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care*" criado por vários investigadores e em 2003 iniciado pelo NQF. O projeto inclui quinze medidas de base sensíveis à assistência dada pela equipa de Enfermagem ao cliente internado (JCB, 2008).

Essas quinze medidas encontram-se agrupadas em três grandes categorias: (a) as que estão centradas no cliente; (b) as que estão centradas nos procedimentos de Enfermagem, e, por fim, (c) as que estão centradas na organização e nas dinâmicas do sistema implementado (Idem, *Ibidem*).

Ainda em curso, este projeto teve a sua origem num pequeno grupo, para procederem à avaliação sistemática do processo, responsável ainda pelo recrutamento de instituições de saúde participantes e pela criação de um guia de implementação. Tinham como objetivos iniciais (i) Avaliar o potencial impacto das medidas a desenvolver na promoção de cuidados de Enfermagem de qualidade; (ii) Avaliar a capacidade para determinar a assistência específica de Enfermagem dentro dos processos de cuidado multidisciplinares; (iii) Avaliar a segurança tanto das medidas como dos elementos de dados, quando implementado segundo as especificações técnicas *standardizadas* (idem, *ibidem*).

O projeto ainda se encontra em curso pelo que não se podem divulgar resultados. Mas este caminho que se percorre permite já reconhecer o papel dos enfermeiros na promoção e implementação destes processos nas instituições de saúde.

A organização de saúde e a sua complexidade

O setor saúde, como os demais setores da sociedade, tem fronteiras imprecisas. É um dos setores sociais que se encontra ligado estreitamente a outros, como a educação, o trabalho e a segurança social, e dependente dos setores económicos. O seu objetivo é proporcionar à população de um país o nível mais alto de saúde que é possível alcançar num dado momento histórico, com os recursos disponíveis. Saúde é parte integrante do bem-estar social, daí que os indicadores de saúde são componentes essenciais de indicadores mais complexos de qualidade de vida.

Não cabe aqui uma discussão sobre os conceitos de saúde e doença, e de vida e morte. Basta dizer que saúde e doença são generalizações necessárias para descrever diferentes graus de sucesso na interação dos indivíduos com o meio que os cerca e na dinâmica interna do seu próprio corpo.

O setor saúde de um país é só parcialmente capaz de influenciar os indicadores de saúde. Boa parte da capacidade de influenciá-los num sentido positivo recai noutros setores responsáveis por outras dimensões da saúde. O nível de saúde de um país depende, em última análise, de um trabalho harmónico, em parceria, de vários setores da sociedade, públicos e privados. Fala-se hoje inclusive de um terceiro setor, em que entram recursos para a saúde, oriundos de organizações não governamentais (ONGs) e de vários mecanismos desenvolvidos por iniciativa da sociedade civil.

Este terceiro setor já se encontra enraizado nas instituições de saúde e parte deste estudo assenta nele mesmo – os processos de implementação da qualidade. Estamos a trabalhar com um conceito de espaço dotado de grande complexidade, pelo que não foi considerado apenas o espaço económico.

Um outro conceito, relacionado com os anteriormente abordados, é a cultura organizacional. As pessoas que integram uma organização têm características individuais e coletivas na sua maneira de pensar e agir na sua convivência no dia-a-dia do trabalho. A forma como as pessoas pensam, as

suas condutas e símbolos têm um significado concreto e fazem parte da cultura organizacional. Tais pressupostos são encontrados em qualquer organização, inclusive, na área de saúde.

As variações culturais existentes nas organizações estão ligadas aos diferentes tipos de pessoas que as compõem. De facto, ao longo do processo histórico, a mudança social afetou o desenvolvimento da cultura organizacional, a exemplo dos hospitais. Nos primórdios da era cristã, eram os locais onde se recebiam enfermos pobres, incuráveis ou insanos para serem cuidados, geralmente, por religiosos e leigos. Eram entidades assistenciais, de cultura religiosa, dentro de uma estrutura, em que a proteção e o amor ao próximo constituíam os fundamentos.

Atualmente, o hospital é reconhecido como uma organização de prestação de serviços, de conhecimentos e de formação. Embora seja visto como instituição humanitária, enfrenta os mesmos problemas existentes nas empresas. Talvez tenha uma cultura organizacional mais complexa, principalmente, quando assumiu um caráter mais profissional. Como se sabe, o hospital é composto por uma diversidade de trabalhadores, que vão desde os médicos e enfermeiros aos diferentes profissionais da área de saúde. Há, além disso, outros profissionais como, terapeutas ocupacionais, advogados, engenheiros, contadores, administradores, técnicos em informática, profissionais de marketing, pessoal de apoio - limpeza, lavanderia, manutenção, etc.

Nesse ambiente de elevado grau de complexidade quanto aos seus procedimentos, é comum haver conflitos entre as diferentes culturas profissionais existentes na organização. Isso explica-se, em virtude da formação de uma cultura profissional, com trajetória diversificada, ou seja, as pessoas, geralmente, vêm de outras instituições com visões e experiências diferentes das que existem na organização onde trabalham.

Na linguagem corrente a palavra *complexo* é usada com frequência e, muitas vezes, complica quem a usa e quer dar maiores explicações sobre um determinado assunto. Ouvimos constantemente as expressões: a situação é complexa, o problema é complexo, a busca de solução é uma tarefa complexa. A ideia que nos fica de complexidade é de caos, desordem, obscuridade. É o oposto do que a palavra, pela sua etimologia, quer dizer. A palavra vem de *complexus*, entrelaçado, tecido em conjunto. Em vez de usar a palavra como subterfúgio, devemos procurar entendê-la melhor, para que nos ajude na abordagem de problemas (Morin, 2003).

É muito difícil separar a ideia de *pensamento complexo* da de *transdisciplinaridade*, pois, como diz Morin, o pensamento complexo elabora-se nos interstícios entre as disciplinas, a partir do pensamento de matemáticos, físicos, biólogos e filósofos. Duas revoluções científicas deste século estimularam o seu desenvolvimento: a revolução quântica do início do século e a revolução sistêmica em meados do século. A complexidade está para o mundo real, como a transdisciplinaridade está para o mundo académico. A complexidade inclui a transdisciplinaridade.

Para melhor compreender a complexidade subjacente às organizações de saúde, podemos afirmar que as estas são fenómenos sociais abstratos, e que encontram nos hospitais ou unidades de saúde a sua manifestação mais concreta, com características bem definidas.

As organizações de saúde caracterizam-se por terem uma função básica, que é atender as necessidades de saúde das pessoas. Para isso, dispõem de uma estrutura constituída por profissionais que possuem um conjunto de crenças, valores, ideias e comportamentos comuns, embora às vezes divergentes, bem como relações reguladas por normas e procedimentos. Na realidade, a organização de saúde é um fenómeno cultural que varia, conforme o estágio de desenvolvimento da comunidade da qual faz parte (Morgan, 1996).

A cultura tem um papel fundamental na vida das organizações, e explica-se pelo facto de que as organizações são constituídas por pessoas que vivem em constante interação simbólica. Nessa interação, estabelecem uma conduta coletiva, ou seja, um universo simbólico que serve de referência e, além disso, direciona comportamentos, atitudes e ações. Estudar a cultura da organização, a partir dessa perspetiva, permite perceber como as pessoas interpretam e compreendem as suas experiências (Ferreira, 2001).

Não existe apenas uma definição de cultura. Ao tratar-se de um conceito que se institui como eixo disciplinar da antropologia, as suas definições acompanham as transformações e discussões emergentes nesse campo. Por outro lado, se a cultura for entendida como um sistema de significados que cria algum tipo de identidade compartilhada, uma espécie de código que orienta as práticas sociais de pessoas que pertencem aos vários grupos e categorias sociais dentro de uma sociedade, essa definição deve ser ajustada aos tipos de fenómenos particulares que se pretendem analisar. É possível fazer um recorte do fenómeno ou problema relativo à cultura numa organização de saúde, a partir da sua pertinência a distintas dimensões, tais como cultura política, cultura cívica, cultura organizacional e cultura profissional (Geertz, citado por Vaitsman, 2000).

As organizações de saúde caracterizam-se por apresentar um determinado padrão de interação entre os seus membros. Essa característica é produto de uma história social, política e, até mesmo, cívica, que as configura de forma diferenciada das organizações industriais. Ora, se a cultura de uma determinada organização pode ser entendida como um sistema de significados compartilhados pelos seus membros, o qual configura uma identidade coletiva, as organizações de saúde são marcadas pela maneira como foram criadas as relações entre o saber da medicina e a sociedade, assim como as relações dos sujeitos (profissionais da saúde) com a instituição.

A complexidade que se apresenta na análise desse tema mostra que a cultura organizacional, conforme explicita Ott (1989 citado por Vaitsman, 2000), é considerada como uma espécie de “mini-sociedade”, onde se constrói um sistema de significados próprios. Por outras palavras, essa análise envolve valores, crenças, pressupostos, percepções, normas e padrões de comportamento, muitas vezes, não perceptíveis. Significa que não são facilmente observados ou apreendidos, embora estejam presentes. Quando essas configurações da organização de saúde são compreendidas pelo gestor, os seus membros podem ser mobilizados para agir em determinadas direções, conforme as diretrizes que norteiam a gestão organizacional.

Por outro lado, pode-se imaginar que as organizações de saúde são configuradas por uma rede de relacionamentos construídos ao longo da sua história social, enquanto instituição prestadora de serviço à sociedade. Portanto, incorporam elementos da própria sociedade, porque estão inseridas num ambiente social, incluindo-se aí as dimensões políticas, culturais e éticas.

Quando o sujeito se sente parte duma organização de saúde, cria-se uma identidade coletiva, conforme as características que a organização apresenta. Porém, deve-se considerar que, no plano corporativo, os profissionais da saúde adquirem uma identidade individual que traz implicações na questão da ética profissional, em termos das relações entre as categorias da área de atenção à saúde (relações entre enfermeiros e médicos ou enfermeiros e outros profissionais: terapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc.). Nessa identidade, também deve ser destacada a questão das relações entre profissionais da saúde e cidadãos, caracterizadas, muitas vezes, por conflitos ou hostilidades e, em algumas situações, por falta de atendimento médico.

É preciso salientar ainda que, quando se faz um estudo sobre as organizações de saúde perante a sociedade atual, o aspeto cultural deve ser um ingrediente privilegiado na análise de gestores e administradores. Esse aspeto deve ser objeto de análise, especialmente, por parte das autoridades

do setor de saúde. Com isso, podem traçar-se políticas públicas adequadas para a melhoria do atendimento hospitalar.

Nas organizações de saúde a cultura, o poder e a identidade estão intimamente relacionados, de forma que um desses aspectos pode fornecer significado ao outro. Uma cultura organizacional é capaz de reafirmar os valores e ideologias de um grupo em relação aos demais, constituindo a base desse grupo. Portanto, a cultura pode conceder poder e, conseqüentemente, alimentar as identidades dos membros de uma organização.

Nas organizações de saúde, o poder serve para sustentar a identidade que se torna legitimada pela sociedade. Todavia, o seu propósito é definir a identidade dos sujeitos, embora o seu efeito os torne subordinados e inseguros, quanto ao desempenho. Estas são detentoras de significados para os diversos profissionais que atuam nessa área, possibilitando-lhes conquistas pessoais.

Cook e Yanow (1996) defendem que a cultura organizacional influencia fortemente a aprendizagem, mas seria necessário não perder de vista que a organização é, ela própria, um grupo humano que constrói, confronta, partilha e troca significações. Este processo estaria no centro das dinâmicas de aprendizagem organizacional e apresentar-se-ia como estruturante para a própria cultura organizacional (idem, ibidem:33):

“De facto, se bem que seja possível considerar que a aprendizagem organizacional está na dependência estreita da cultura organizacional, a relação entre ambas é, na realidade, interativa e configurada por múltiplas influências recíprocas. No fundo, se considerarmos a organização como um grupo humano, seria possível conceber que a última é sempre o produto de conflitos, de estilos de exercício de poder, de percepções sobre as tecnologias e as finalidades da organização e de partilha intersubjectiva de significações, aspectos que podemos categorizar na primeira. A cultura organizacional adquire uma independência própria, mas qualquer das suas componentes pode ser posta em causa e sofrer mudanças. Isso seria, contudo, mais problemático quando estão em causa as componentes mais funcionais do sistema (estruturas e procedimentos), bem como as componentes que se instituíram em rotinas”

Evidentemente, se a organização desenvolver uma cultura, no sentido de promover o avanço na carreira profissional, propiciará satisfação aos funcionários. Todavia, se não for preenchida essa expectativa ou se as pessoas sentirem que sua identidade foi diminuída com o surgimento de nova cultura, provavelmente, a organização comprometerá os seus valores. Assim, quando o gestor utiliza a cultura organizacional para integrar e alcançar unidade, isso pode ter um efeito negativo, como, por exemplo, estimular a formação de subculturas e o descomprometimento do indivíduo.

Portanto, uma cultura organizacional só pode ser entendida e fomentada dentro de uma dimensão relacional e política. A identidade e a cultura interagem na demarcação de um campo simbólico propício para a reprodução mútua.

2. SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS DOS ENFERMEIROS

Existem conceitos, modos e opiniões acerca da supervisão clínica. Alguns autores referem-se a esta como uma inovação para o desenvolvimento profissional, mostrando-se muito otimistas quanto aos seus resultados num futuro próximo. Outros pensam que esta é outra estratégia que será utilizada pelos chefes de serviço para avaliar os profissionais da sua equipa, mostrando-se renitentes quanto ao seu processo de desenvolvimento.

Em Enfermagem, a supervisão clínica constitui-se como estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação e desenvolvimento profissional e pessoal, existindo diferentes conceitos e modelos (Abreu, 2002).

A supervisão clínica, na área de Enfermagem, tem merecido especial atenção nos países do norte da Europa, nos Estados Unidos da América e no Canadá. O debate sobre este conceito teve origem na área da psicoterapia e hoje estende-se a todas as profissões na área da saúde.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) surge em Portugal associada à formação profissional, aos programas de acreditação da qualidade, ao acompanhamento das práticas clínicas e às preocupações com as condições de exercício e saúde dos profissionais, assim como à sua qualidade de vida.

Há, contudo, alguma confusão no seio dos profissionais em relação à comparação com outros termos como a liderança clínica, a governação, por conseguinte torna-se relevante abordar alguns conceitos comumente associados à supervisão e acompanhamento das práticas clínicas.

2.1. Os processos interativos de supervisão: conceitos e práticas

"O que o mestre é vale mais que os ensinamentos do mestre."
(Karl Menninger)

Temos assistido a uma série de mudanças nos processos de Educação/Formação, da educação profissionalizante cujo objetivo será preparar alguém para executar determinada tarefa ou profissão. Deste racionalismo técnico, chega-se a um novo paradigma, a racionalidade crítica que se baseia na prática profissional e nas competências subjacentes a esta para, num exercício prático e reflexivo, dar lugar à construção do saber. É neste contexto que surge a ideia de supervisão clínica na enfermagem, cuja fundamentação se encontra sediada na área da educação.

A supervisão da prática clínica, por enfermeiros com aptidões e vocacionados para esta atividade, terá um papel crucial no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer em formação quer em processos de integração num primeiro contacto com a vida profissional. Deparamo-nos então com uma realidade que nos ajudará a promover e melhorar a aprendizagem ao longo da vida, assim como a formação em contexto de trabalho.

A utilização do termo "clínico" encontra-se influenciado pelo modelo clínico de formação de médicos sobre o modelo de formação de professores, não havendo, porém, qualquer relação com o tratamento de patologias ou anomalias psíquicas. Cogan utilizou este termo para distinguir a supervisão clínica da supervisão geral retratando a diferença entre os contextos que abordam e aos olhares para que se dirigem (Sá-Chaves, Araújo e Sá, Moreira, 2006).

Frederico e Leitão (1999) reconhecem que na supervisão se promove o crescimento técnico e humano dos funcionários pela aprendizagem de "*conhecimentos, habilidades e atitudes*", fundamentais para o estabelecimento de padrões de elevada qualidade no desempenho.

A palavra supervisão utilizada no nosso vocabulário refere-se, essencialmente, a um acompanhamento pedagógico por parte de um supervisor (alguém com mais experiência, conhecimentos e competências), quer a nível da formação inicial quer da formação contínua. Neste sentido, parece não ser possível colocar-se em causa a importância desse acompanhamento,

utilizando como instrumento a observação dos alunos e dos profissionais, no contexto de desenvolvimento de saberes e competências.

A supervisão clínica deverá ser vista como uma relação de ajuda para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e para fomentar uma maior qualidade das práticas (Abreu, 2002).

A supervisão clínica em Enfermagem visa, acima de tudo, a promoção da mudança, com o propósito de se conseguir cuidados seguros e de qualidade conforme poderemos observar na figura que de seguida apresentamos.

Figura 4: Patamares da supervisão clínica em enfermagem (Adaptado de Abreu (2001)).



É a promoção da mudança, com a finalidade de se conseguir cada vez mais qualidade de cuidados, o objetivo principal da Ordem dos Enfermeiros para a profissão de enfermagem. O processo de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros tem sido alvo de atenção da Ordem sempre. No entanto, recentemente, tem estado à discussão pública um novo modelo de desenvolvimento profissional (MDP) onde a supervisão clínica dos enfermeiros é a figura central.

O MDP preconiza o exercício profissional tutelado (EPT) como *um período de indução e de transição para a prática profissional (no caso do título de enfermeiro) ou para a socialização a um novo perfil de competências (no caso do título de especialista), suportando a gradual assunção de*

responsabilidade e intervenção autónoma, de uma forma que se pretende segura para o profissional e para os clientes (OE, 2009:4).

A efetivação desta finalidade do EPT operacionaliza -se com a certificação de competências e o processo de supervisão clínica. No entender da OE, ser supervisor clínico requer o cumprimento de um perfil adequado em termos profissionais e a vontade em querer ser supervisor, isto é disponibilidade pessoal. Acrescenta que ser supervisor clínico, além de requerer formação e uma certificação como tal e de ser acompanhado, deve ser averbado à cédula profissional.

Depois de abordarmos as dinâmicas e características da supervisão clínica, importa agora compreender o conceito em si. O conceito de supervisão clínica tem sido alvo das mais diferentes definições por parte dos autores/entidades que têm desenvolvido trabalhos nesta área. Embora diferentes, todas se complementam, destacando-se as seguintes definições:

(a) Proposta pelo documento “*A vision for the future*” (NHSME, 1993) que o retrata como um *processo formal* de apoio profissional e de aprendizagem, que permite a cada sujeito individualmente, desenvolver conhecimentos e competências, assumindo responsabilidades pela sua própria prática, aumentando a proteção do consumidor e a segurança do cuidado em situações clínicas complexas.

(b) Proposta pela OE no âmbito do modelo de desenvolvimento profissional, onde define “supervisão clínica” como *um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Por isso, pode afirmar -se que o processo de supervisão, num período de prática acompanhada de forma contínua, visa a autonomização gradual do supervisado, em contexto de trabalho, centrado na prática clínica, nos processos de tomada de decisão autónoma. A ação, a reflexão e a colaboração entre supervisor e supervisado são eixos centrais na supervisão clínica (OE, 2009:4).*

(c) E o adotado no questionário aplicado no trabalho empírico, onde a supervisão clínica em enfermagem é entendida por Abreu e Maia (2003:8) como um “*processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes / clientes e o aumento da satisfação profissional*”.

Tomando como referência estas definições e todas as características e dinâmicas associadas ao termo, entendemos a supervisão clínica em enfermagem como um processo formal e dinâmico de acompanhamento e desenvolvimento das práticas profissionais, que visa a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a segurança dos clientes e a satisfação profissional, através da análise, reflexão e monitorização da atividade desenvolvida.

Mas, em contexto de acreditação da qualidade, não se pode abordar apenas as questões da supervisão clínica ligada aos profissionais, porque a presença dos alunos em contexto clínico é uma constante que necessita de um olhar atento de todos nós.

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde não contemplava, até há relativamente pouco tempo a supervisão clínica em Enfermagem como é entendida e exercida nos países do norte da Europa como a Finlândia, a Suécia, o Reino Unido e noutros países como os Estados Unidos da América e o Canadá.

O que mais se aproxima a esta visão de supervisão clínica é um sistema de controle das práticas de cariz administrativo. Um exemplo concreto desse sistema na enfermagem é o Decreto Regulamentar nº. 3/88 de 22 de Janeiro, que regulamenta a gestão hospitalar e que, determina no seu artigo 30º, ponto 2, que ao enfermeiro chefe, entre outras funções compete:

“(...) supervisionar os cuidados de enfermagem, garantindo a máxima eficiência e qualidade e promovendo a sua constante melhoria e atualização; garantir a existência na unidade das melhores condições de humanização e hoteleiras; programar as atividades da unidade, definir as responsabilidades e obrigações específicas do pessoal de enfermagem e demais pessoas sobre a sua responsabilidade; colaborar na preparação do plano de ação e da proposta de orçamento respectivo e contribuir para a sua execução; prover a utilização económica dos recursos; desenvolver e incentivar um clima de trabalho participado e em equipa, dando particular atenção a reuniões periódicas de avaliação dos cuidados, da produtividade e dos custos e, por fim, manter a disciplina do pessoal sob sua orientação e assegurar o cumprimento integral do regime de trabalho que o liga ao hospital”.

Mais recentemente, entrou em vigor o Decreto - Lei nº188/2003 de 20 de Agosto, que reformula a regulamentação da gestão hospitalar, nos hospitais do setor público administrativo, mantendo como funções do enfermeiro chefe a supervisão dos cuidados de enfermagem e a garantia da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Daí que se constate que a realidade a que assistimos nas instituições de saúde em Portugal, em particular nos hospitais, é a de que não existe uma diferenciação entre um supervisor clínico e um

supervisor administrativo, identificada pelos enfermeiros da prática. Isto é, quem predominantemente realiza atividades de supervisão são os enfermeiros chefes, confluindo as funções de supervisor clínico e supervisor administrativo, como conclui o estudo publicado por Garrido (2005) realizado num Hospital da Região Centro, que vai ao encontro da legislação que anteriormente explanamos.

Em relação a isso, Garrido (2005:149) diz:

“A insuficiente diferenciação entre supervisão administrativa e supervisão clínica pode condicionar irremediavelmente a discussão sobre a supervisão clínica, comprometendo o seu sucesso e condenando-a ao fracasso em muitas organizações, pelo que, a sua implementação implica urgentemente: sensibilização, definição de um modelo, definição do perfil dos supervisores, formação e, finalmente, a implementação da supervisão clínica.”

A incorporação da supervisão clínica numa estratégia de administração constitui, por isso, a base de um dos debates mais significativos da sua implementação no seio da enfermagem. Uma discussão profunda sobre este assunto tem permitido uma maior consciencialização.

Margaret Buttegieg, na introdução da obra de Swain (1995), defende que a supervisão administrativa e supervisão clínica apresentam funções diferentes, pelo que não deveriam ser empreendidas pela mesma pessoa. Essa opinião é partilhada por inúmeros autores (Kohner, 1994; McCallion e Baxter, 1995; Burrow, 1995; Swain, 1995; Bond e Holland, 1998), utilizando diversos argumentos, dos quais destacamos:

- Os enfermeiros não apreciam a identificação e análise de problemas com os seus chefes, mas fá-lo-iam livremente com outras pessoas que lhe inspirassem mais confiança;
- A supervisão clínica conduzida de forma administrativa remete para a uma prática restritiva em vez de reflexiva e de desenvolvimento;
- Qualquer conotação com psicoterapia ou aconselhamento, administração directiva, avaliação de desempenho individual ou avaliação de pessoal, contribui para afastar os enfermeiros da supervisão clínica, por temerem que esta possa ser usada contra si;
- As estratégias de gestão e a supervisão das práticas, associada às áreas de gestão e administração para controlo económico, impedem a relação supervisiva, inviabilizando a oportunidade de resolução de problemas;

- A gestão de um serviço e, cumulativamente, a execução da supervisão, acarreta uma situação de *stress* adicional que pode levar prematuramente à exaustão pessoal;
- É complicado um supervisor poder conciliar uma função responsabilizadora com um supervisionado, sem afetar seriamente o relacionamento próximo que a supervisão clínica tende a construir;
- A supervisão clínica deve claramente ser separada das matérias que se relacionam com incentivos, promoções ou disciplina.

Mais assertiva foi a UKCC (*United Kingdom Council Center*) (1996:16), ao estipular na sua declaração de princípios, que a supervisão clínica não poderia ter caráter de “*subordinação hierárquica, nem ser confundida com controlo administrativo ou avaliação de desempenho. A supervisão clínica é distinta da supervisão administrativa, apoiando-se numa visão diferente. A supervisão é uma forma de apoio clínico profissional*”. Refere, ainda, que o “*supervisor clínico deve ser indicado por quem necessita ser apoiado nas suas práticas, não devendo ser designada diretamente pela organização*”.

Ao nível da avaliação de desempenho e mérito profissional foi possível conceber um sistema motivador criado pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro e regulamentado pelo Despacho nº 2/93 de 30 de Março.

Porém, esta evolução, tal como refere Ceitil (2001), acarretou alguns problemas e dificuldades, nomeadamente por falta de formação, competência e fatores de ordem pessoal. As chefias habituadas a um modelo de controlo corretivo e disciplinar, não desenvolveram competências adequadas para comunicar eficazmente com os seus colaboradores, conduzir reuniões de equipa, apelar ao empenhamento e participação, ou ainda, fazer entrevistas de orientação ou de avaliação.

Por outro lado, num estudo efetuado por Cottrell e Smith (2002), estes revelam como a implementação da supervisão clínica também pode falhar na prática devido às relações interpessoais, dado que podem tornar a supervisão clínica menos efectiva. Na mesma linha de pensamento, Abreu (2002) refere que o êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem depende da qualidade da relação entre o supervisor e o supervisionado.

Tem que haver uma boa relação profissional entre os intervenientes e uma confiança mútua refletida na compreensão, suporte e compromisso na prática, embora nem sempre se concretize

estes aspetos como refere Goldhammer *et al.* (1993), citados por Tracy (2002), num estudo que realizaram.

Thomas e Reid (1995) alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais: Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa, falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisado questionar o papel do supervisor, em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

As organizações têm sido muito pragmáticas na adoção da supervisão clínica da Enfermagem e, na ausência de conhecimento e de pesquisas mais efetivas sobre o assunto, têm adiado a formação dos supervisores e a implementação da supervisão das práticas. Os compromissos financeiros para o investimento na supervisão clínica ainda não estão planeados pois, num ambiente de competição contínua, as organizações parecem estar muito cautelosas em dar um passo no desconhecido.

Para Cunha (1991), citada por Frederico e Leitão (1999), as causas da dificuldade em supervisionar em Enfermagem surgem da:

- filosofia dominante de enfermagem por não valorizar o aumento de competências profissionais e de relação interpessoal;
- política de saúde autoritária e dominadora ou centralizadora que não estimula a reflexão e a tomada de decisão consciente;
- falta de formação específica em supervisão;
- escassez de recursos humanos, materiais, estruturais e monetários.

Falar-se em supervisão clínica implica falar-se em todos os processos que envolvem os enfermeiros no seu contexto de trabalho e de aprendizagem. Cottrell e Smith (2000) referem a existência de cinco tipos de encontros na supervisão clínica:

- Individual: encontro de um enfermeiro com outro colega mais experiente que age como supervisor;
- Par: encontro de um profissional com outro com igual experiência;
- Grupo conduzido: encontro de um grupo com um enfermeiro mais experiente que age como supervisor;

- Grupo/par: encontro de um grupo de profissionais com experiência similar em que nenhum dos elementos age como líder ou supervisor;
- Equipa: encontro de equipa multidisciplinar para discutir casos clínicos com ou sem designação de supervisor.

Num processo de supervisão, ainda que seja importante o trabalho realizado e as condições em que foi realizado, o foco de atenção principal é sempre o trabalhador. Para os diferentes autores, a supervisão clínica engloba um conjunto de aspetos que são inerentes à sua conceptualização, Brocklehurst (1994), citado por Abreu (2001) apresenta alguns:

- A relação que se estabelece é uma dimensão central no processo de supervisão;
- O processo de supervisão só será bem sucedido se houver um forte empenho de ambos os atores;
- O processo de supervisão implica a existência de uma estrutura e de procedimentos específicos;
- A supervisão está subordinada a um conjunto bem definido de propósitos, como seja, assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências, motivar, encorajar e dar suporte à equipa.

A visão que temos hoje de supervisão é a de um processo de desenvolvimento humano, através da construção do conhecimento, como aprendizagem da vida pessoal e/ou profissional. Sendo que o objetivo fundamental da supervisão é a formação e orientação do profissional, baseado nas suas necessidades e dirigida à utilização plena das suas capacidades, tendo em vista o desenvolvimento de novas competências.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão como verificamos anteriormente, não é tarefa fácil, pelo que muitos autores limitam-se a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão.

Abordando, então, as características de um bom supervisor clínico, gostaríamos de refletir acerca da opinião de muitos autores.

Cotrell e Smith (2000) referem que o bom supervisor tem que ter presente as seguintes características:

- Perícia – o reconhecimento pode ser informal, através da habilidade, da experiência, ou do *status* e da formação, e poderá vir dos pares;
- Experiência – o supervisor clínico em enfermagem será reconhecido como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade. A prática clínica é altamente desejável;
- Aceitabilidade - é importante que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona;
- Formação – é desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua atividade supervisiva, bem como formação contínua. A formação básica é considerada necessária mas não suficiente para assegurar elevada qualidade em supervisão. A formação e experiência adicionais em supervisão, são consideradas essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas.

Por sua vez, Alarcão e Tavares (2007) reconhecem ainda a existência de características menos gerais, como a capacidade de prestar atenção e o de saber escutar, consideradas fundamentais pela maioria dos investigadores; mas salienta-se também a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspetivas dos formandos, de procurar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar.

Se se pretende seguir uma estratégia construtivista, uma das tarefas do supervisor é descobrir as ideias, expectativas, medos e vivências que poderão estar na base dos comportamentos dos profissionais.

Os supervisores devem ser capazes de observar e analisar a prática clínica, para além de a exercerem, de discutirem com os colegas aquilo que sabem, os valores que defendem e a qualidade das suas intervenções. Devem perceber que, muitas vezes, é considerado um modelo profissional, mas não necessita de ser um perito em todos os assuntos, daí que deve incentivar os alunos e/ou colegas a questionar as coisas, discutindo com eles as situações, mostrando a sua linha de pensamento e orientação, os seu valores e a forma de lidar com as exigências da profissão (Silva, 1996).

Esta atitude reflexiva é importante no momento em que hoje nos encontramos. Como já referimos anteriormente, a profissão de Enfermagem desenvolve a sua história em diferentes períodos

acompanhando a evolução do conhecimento e da própria sociedade até aos dias de hoje em que se encontra num momento onde é valorizada a investigação como forma de se produzir conhecimento. Ao constatar este facto, percebemos que entramos numa era onde não existem certezas absolutas, nem conhecimentos verdadeiros, existem apenas mudanças constantes.

Esta questão já era levantada no final do século XX, por exemplo quando Barnett (1997) abordava a questão da incerteza no mundo e subsequentemente na formação e no ensino com a afirmação de que *determinado mundo requer determinada educação*⁴.

A aceitação da incerteza como uma característica inquestionável do mundo em que vivemos implica repensar a educação/formação e a pedagogia nos seus diferentes contextos. Há muito que se reconhece a necessidade de preparar os jovens para as constantes e rápidas mudanças da vida moderna, através do desenvolvimento da sua autonomia, mas a concretização deste objetivo pressupõe que os profissionais estejam eles próprios, preparados para adequar a sua ação às necessidades educativas/formativas e motivações dos seus alunos (Paiva *et al.*, cit. Vieira, 2006).

Neste quadro, ser supervisor exige um conjunto de competências que permitem encarar a incerteza como um estímulo para crescer e não como um constrangimento desmobilizador. Para formar profissionais competentes não faz sentido proporcionar-lhes apenas estratégias de adaptação à realidade, pois não há apenas uma forma de nos adaptarmos a algo que não é estável (Paiva *et al.*, cit. Vieira, 2006). Daí que o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a realidade em que se desenrola a ação clínica e sobre o impacto desta ação é um dos objetivos principais de quem realiza a supervisão dos profissionais e o acompanhamento dos alunos, enquanto futuros profissionais.

A observação entra aqui como uma estratégia importante e fundamental num processo que se quer dinâmico. Freeman (1999:2) reportando-se a esta estratégia diz-nos que:

What you see depends on who you are and where you stand; or, put another way, it is difficult to separate doing from seeing. To grasp the emic perspective, we must either do the work ourselves or hear it and see it as the insiders do. If we are outsiders in the classroom, we will not see the same things, in the same ways, as the teacher and students who learn there.

⁴ *An uncertain world requires an uncertain education.*

Encontramos nesta afirmação palavras que são ditas diariamente, e que, muitas vezes, deixamos fugir sem apreendermos o seu real significado - o que observamos nos outros depende daquilo que somos e dos contextos onde nos inserimos. A interpretação assenta na autovisão do que somos para percebermos e ajudarmos os outros, e na consciencialização de que os contextos são fortemente influenciadores de uma aprendizagem e até da visão que podemos (ou não) ter de uma pessoa.

Na verdade, o supervisor serve muitas vezes de modelo: um modelo de como (não) pensar a enfermagem, um modelo do que (não) valorizar na prática dos cuidados de enfermagem, um modelo daquilo por que (não) *lutar* em contextos clínicos. Na melhor das hipóteses, um modelo do *profissional reflexivo* (Schön, 1990).

Independentemente de como se vai realizar a supervisão, quando vamos observar devemos questionar: o que é? para quê? quem? quem deve? como? conscientes que os quadros conceptuais de referência influenciam marcadamente a nossa observação.

Observar é distinto de ver, para observar não basta ter os olhos bem abertos e ver, é preciso olhar e querer ver – é uma ação implicada. Observar é ter um olhar diferente, um olhar de quem quer conhecer. *A observação consiste na recolha de evidências, normalmente visuais, de uma forma sistemática e tão precisa quanto possível, de forma a conduzir a julgamentos bem informados e a mudanças consideradas necessárias nas práticas aceites* (Tilstone, 1998:6, cit. Pedrosa, 2000).

A observação nunca é neutra (Estrela, 1996), é um processo em que a sua função primeira é a de recolher informação sobre o objeto tomado em consideração (Postic e De Ketele, 2000).

Mas, observar para quê? As respostas diversificam-se! Podemos observar para intervir de modo fundamentado (teremos que saber observar e problematizar) ou então, observamos para poder intervir e avaliar. A observação está na base da interpretação, do diagnóstico e da avaliação (descrever; descobrir; tomar decisões; regular; explorar; verificar; compreender; apreciar; avaliar; agir; formar; classificar...)

Podem observar-se: fenómenos, situações, processos, objetos, sujeitos, comportamentos... Três perspetivas permitem definir melhor o objeto de observação e conseqüentemente, caracterizar os diferentes métodos de observação: factos ou representações (entrevistas); atributiva ou narrativa; alospetiva (observação feita pelo outro) ou introspetiva (autospetiva).

À parte das estratégias e relações supervisivas que se estabelecem, torna-se relevante clarificar alguns conceitos comumente associados à supervisão e acompanhamento das práticas clínicas, como sejam gestão/gestor, chefia/chefe, liderança/líder, supervisão/supervisor e avaliação/avaliador, como facilmente confundíveis, mas com características que lhes conferem identidade própria.

Uma das mais conseguidas distinções entre gestão e liderança foi proposta por Bennis e Nanus (1985), citados por Neves (2001: 395): *“gerir consiste em realizar, em assumir responsabilidades, em comandar; liderar consiste em exercer uma influência, em guiar, em orientar. Aqueles que gerem, a quem chamamos gestores, sabem o que devem fazer, aqueles que lideram, a quem chamamos líderes, sabem o que é necessário fazer”*.

Uma das áreas mais estudadas na gestão é o universo das práticas de chefia. As chefias exerceram sempre um grande impacto na vida quotidiana das pessoas que trabalham nas diversas organizações, constituindo um importante fator de estudo. A especificidade e a importância das suas ações são determinantes para a eficácia das organizações mas, também, para perceber a evolução dos modelos tradicionais de chefia para outros conceitos, que pressupõem novas perspetivas de abordagem, como a supervisão e a liderança.

Reflexões como esta desmentem categoricamente as pessoas que frequentemente utilizam os conceitos de gestor, chefe e líder como se fossem sinónimos, o que não é rigorosamente verdade. Existem características fundamentais e imprescindíveis para que um indivíduo possa ser líder, gestor, chefe ou supervisor.

Há um outro processo que se cruza com o supervisivo que é o de liderança, pelo que consideramos pertinente referi-lo, embora de forma pouco aprofundada.

Liderança, líderes e estilos de liderança, são conceitos que bem conhecemos mas para os quais não conseguimos encontrar a receita perfeita...Muitos estudos demonstram que existem diferentes estilos de liderança, cuja nomenclatura diferem de autor para autor, no entanto, atualmente concordam no aspeto de que quanto mais estilos um líder possuir, melhor.

Uma investigação efetuada pela consultora Hay/McBer com base numa amostra aleatória de 3871 executivos de todo o mundo, levanta um pouco o véu em torno do mistério da liderança eficaz. A pesquisa identificou seis estilos de liderança distintos, como se apresenta de seguida (quadro 4) –

cada um deles decorrente de diferentes componentes da inteligência emocional, tendo chegado a uma conclusão: os líderes com os melhores resultados não se apoiam somente num estilo de liderança, mas em vários, dependendo das situações (Goleman, 2000).

Quadro 4: Os seis estilos de Liderança (In: Peter Drucker, "Management's new paradigms", Forbes; in: Goleman, 2000)

	1. Coersivo	2. Autoritário	3. Paternalista	4. Democrático	5. Modelo	6. Treinador
O <i>modus operandi</i> do líder	Exige concordância imediata.	Estabelece elevados níveis de <i>performance</i> .	Cria harmonia e constrói laços emocionais.	Procura o consenso através da participação.	Mobiliza as pessoas em torno da visão.	Prepara os colaboradores para o futuro.
O seu estilo numa frase	"Faça aquilo que eu digo"	"Faça como eu faço, já."	"As pessoas estão sempre primeiro."	"O que pensa sobre o assunto?"	"Venham comigo."	"Tente isto."
Competências de inteligência emocional	Determinado para atingir objetivos, iniciativa, autocontrolo.	Rectidão de carácter, força para atingir objetivos, iniciativa.	Empatia, construção de relacionamentos, comunicação.	Cooperação, liderança de equipa, comunicação.	Autoconfiança, empatia, catalisador de mudança.	Desenvolver os outros, empatia, autoconsciência.
Quando é que o estilo funciona melhor	Numa crise, numa reestruturação ou em problemas com empregados.	Obter resultados rápidos de uma equipa muito motivada e competente.	Quando é necessário motivar as pessoas que estão sob forte pressão.	Atingir consensos ou o empenhamento de empregados de valor.	Quando a mudança requer nova visão ou uma orientação clara.	Ajudar um empregado a aumentar a sua <i>performance</i> .
Impacte global na organização	Negativo	Negativo.	Positivo.	Positivo.	Fortemente positivo.	Positivo

Segundo Goleman (2000:45) "os estilos podem ser comparados aos diferentes tacos existentes num saco de golfe de um jogador profissional. Durante o jogo, o profissional escolhe os tacos com base nas exigências da tacada. Por vezes tem que ponderar a sua seleção, embora normalmente esta seja automática. Ele sente o desafio à sua frente, escolhe a ferramenta que melhor se coaduna com a situação e joga. Esta parece ser a forma como os líderes de grande impacte operam."

As primeiras abordagens ao tema liderança visavam definir quais os traços de personalidade que tornam um mero chefe num bom líder. Todavia, depressa os pensadores da gestão se aperceberam de que a eficácia de um determinado tipo de líder varia muito, consoante a situação que era chamado a liderar. Assim, Daniel Goleman não é pioneiro a alertar para o facto de que não existe um estilo de chefia melhor do que os outros.

Em meados da década de sessenta, Fiedler apresentou a teoria contingencial e, já no final da década, Ken Blanchard e Paul Hersey surgiram com o conceito de liderança situacional. Blanchard, guru popularizado com a coleção *O gestor um minuto*, introduziu alterações no modelo, surgindo com a liderança situacional II (Canha, 2000, cit. Goleman, 2000).

O aspeto mais revolucionário da teoria de liderança situacional é a crença que não há um estilo de liderança que seja melhor que os restantes – tudo depende da situação. Os estilos de liderança diferem consoante a variável situacional mais importante – as pessoas que o líder tenta influenciar: a sua motivação (querer) e a sua competência e experiência (saber). Para Blanchard, o líder deve conduzir as pessoas ao longo de uma linha de evolução: de direção a delegação, passando pela fase de orientação e apoio (idem, ibidem).

Tal como a educação que se dá às crianças, a liderança nunca será uma *ciência exata*, mas também não tem de ser propriamente um mistério para aqueles que a praticam. Nos últimos anos, as pesquisas têm ajudado os pais a compreenderem os componentes genéticos, psicológicos e comportamentais que afetam o seu desempenho.

O ambiente de trabalho está em constante mudança e um líder tem de responder em conformidade com essas alterações. Hora a hora, dia a dia, semana a semana, os líderes devem escolher os seus estilos como profissionais, usando aquele que é correto numa determinada altura e na medida certa. A recompensa virá nos resultados obtidos!

A liderança é um processo de influência, capaz de dinamizar o grupo e levá-lo a agir em determinado sentido. Um supervisor, como líder que é, tem que ser parte de um grupo e trabalhar com a equipa no sentido de atingir os objetivos a que se propõem.

A liderança visa uma organização de técnicas para se atingirem objetivos. Alia boas técnicas de organização, a outras destinadas a levar as pessoas a fazer de boa vontade, e bem, aquilo que tem de ser feito.

Para que esta seja eficaz não deve existir procrastinação (tratar-se constantemente de assuntos da semana passada), desorganização (deve existir uma adequada gestão de tempo e de papéis), concentração de poder (o líder deve ser capaz de delegar funções).

Numa equipa existem objetivos que se cruzam, pelo que os outros membros poderão ajudar mais e melhor promovendo o aumento da rentabilidade. A delegação de funções é uma estratégia importante na liderança. A transferência de iniciativas e de autoridade, mas não de responsabilidade, para outrem, a fim de que se executem as tarefas acordadas, significa confiar no trabalho da outra pessoa, dando motivação e levando a acreditar que é capaz.

No entanto, na delegação de funções é fundamental atenderem-se a três fatores: a confiança nos subordinados, o tempo disponível e o impacto. É fundamental evitar-se o pessimismo ou otimismo exagerados e, para contornar este aspeto, o líder deve despende algum tempo a trabalhar com as pessoas, a observá-las e a refletir em conjunto, para assim formar um julgamento mais seguro, e não se criarem falsas expectativas. A assertividade é uma característica importante do líder.

Por outro lado, o tempo que se tem disponível para se desenvolverem determinadas atividades de forma a atingir os objetivos previamente estabelecidos, assim como os contextos onde se desenrolam essas atividades, influenciam a delegação de funções. Quanto mais se partilham as decisões, mais tempo se demora, e poderá acontecer que não exista tempo suficiente para se explicar, para ver se compreendeu e para fornecer as informações suficientes, para que a outra pessoa aja. Vale a pena gerir bem o rácio/tempo, pois não é desejável que se gaste grandes parcelas de tempo em aspetos que depois são consideradas pouco importantes. Este aspeto também ficará tanto melhorado quanto mais o líder se vai tornando experiente.

O impacto da função atribuída deve ser previamente pensado pelo líder, para não criar frustração na pessoa que ficou destinada à sua execução, depois de se ter atingido o resultado.

Como forma de atender a estes aspetos, recorre-se a determinadas técnicas como:

- Selecionar o pessoal adequado. Partindo de uma frase da gíria dos militares, *não há maus soldados, só maus oficiais*. Deve ser o líder a geri-los de forma a motivá-los, assumindo a responsabilidade e não culpar apenas o *soldado* pelo fracasso e má qualidade do trabalho desempenhado.
- Formar e desenvolver as capacidades dos indivíduos. Um líder/supervisor é alguém mais experiente, que tem um maior conhecimento do trabalho que se desenvolve no serviço. Assim, uma das suas obrigações é a de dar formação (demonstrar, acompanhar e estar disponível para esclarecer dúvidas).

- Fornecer informações e assegurar-se da sua compreensão. Tanto a formação, como a delegação, requerem, de ambas as partes, um domínio considerável das técnicas de comunicação. O que está a ser delegado deve ser claramente definido: a autoridade para o fazer deve ser expressa, as pessoas envolvidas também precisam de ser informadas, e é preciso verificar se houve compreensão. O “*delegado*” deve conhecer bem o contexto da organização: as finalidades e políticas.
- Apoiar na retaguarda. Há um provérbio popular que diz *ensinar a pescar não é dar o peixe, mas a cana*, quando o objetivo é de desenvolver a iniciativa do subordinado, em contexto de formação, mesmo que seja pedida ajuda ou conselhos, não se deve dar respostas, mas dever-se-á ajudar na construção de um caminho que os leve até lá. Este procedimento conduzirá a um processo de independência do supervisionado.
- Controlar de modo sensível e sensato. Ninguém gosta de se sentir apenas pressionado, sem que lhe seja dado um voto de confiança.

Delegar funções é diferente de abdicar e, neste contexto da liderança, importa mais ser pró-ativo, antecipando as necessidades, do que apenas reativo. Um supervisor não pode ter como pensamentos: *não posso confiar em ninguém, tenho que defender o meu grupo de todas as críticas, não posso voltar atrás, cabe-me tomar todas as decisões, sou o único, o mais competente, tenho que chamar a mim todos os assuntos.*

Para que estes pensamentos sejam cada vez mais raros, torna-se importante conhecer-se bem que papel cada pessoa desempenha no grupo, nomeadamente o líder. Neste sentido, devem trabalhar-se conceitos como o autoconhecimento – o *self* constitui a base das interações sociais, e ajuda-nos a compreender o nosso comportamento e a percebermo-nos como uma pessoa com certas atitudes, valores ou comportamentos. Como aspetos do *self*, observa-se o auto-conceito (capacidade de compreender os próprios comportamentos), a autoestima (capacidade de se avaliar a si próprio) e a autoapresentação (manifestação comportamental que resulta da forma como as pessoas se apresentam umas às outras); autoconsciência (é um processo de introspeção, com recurso à auto focalização), autovigilância (vigiar os nossos comportamentos, interações, e emoções) (ESEnfP, 2007).

A supervisão, como uma forma de liderar, significa confiar e esta confiança deve fluir em ambos os sentidos, significando ser flexível e repensar as situações sempre que as circunstâncias mudem

e tornando-se numa exigência, significa defender o grupo quando se justificar, significa procurar consensos e sentidos. Caso contrário chamar a atenção, ouvir para compreender, conhecer e não julgar, concordar e discordar, significa impulsionar a discussão organizada de ideias, promover o empenho dos elementos do grupo na pesquisa de respostas, na troca de informações e observações.

Logo, um supervisor deve ter como principais capacidades: assertividade, energia realizadora (pró-ativo), calma e autodomínio, sentido da realidade, competências profissionais e relacionais, crença no seu trabalho, sentido de autoridade quando necessário, espírito de decisão e iniciativa, respeito pela dignidade humana, conhecimento do outro, motivação, espírito de justiça, firmeza, humildade, capacidade de formar e educar, organização e avaliação, capacidade de repreensão, capacidade de recompensar, capacidade para delegação de responsabilidades (Ferraz e Couto, 2002).

A satisfação no trabalho é um fenómeno muito complexo, sendo apresentado pela generalidade dos especialistas como um sentimento e forma de estar positivos perante e na profissão.

2.2. A supervisão clínica como espaço de aprendizagem e suporte

*“A experiência é uma lanterna dependurada nas costas
que apenas ilumina o caminho já percorrido.”*

(Confúcio)

Num processo de supervisão existem aspetos que deverão ser tidos em atenção e previamente estudados e compreendidos para o potenciar como, por exemplo, o modelo de supervisão a seguir.

Nas leituras realizadas sobre as dimensões de supervisão abordadas pelos autores portugueses, verificamos que são as opiniões de Abreu (2003) e Alarcão & Tavares (2007), as mais valorizadas no seio da comunidade académica e profissional.

Segundo Abreu (2003), a supervisão clínica deverá responder a um conjunto de variáveis relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional, sendo que o processo de supervisão clínica desenrolar-se-á segundo um ciclo de seis etapas: objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação, avaliação.

Por sua vez, segundo Alarcão e Tavares (2007) o ciclo da supervisão deverá ser constituído por quatro fases: encontro pré-observação, observação propriamente dita, análise dos dados, encontros pós-observação.

Sem serem antagónicas, as ideias dos autores confluem para um mesmo conceito de supervisão, incidindo sobre situações reais, sobre indivíduos em interação e sobre dinâmicas de colaboração. A resolução de problemas, a tomada de decisão ou a definição de uma personalidade estão dependentes de uma interação entre a teoria e a prática, bem como com a configuração do “*modus operandis*” e de processos de autonomização que deverá ser progressiva.

Por outro lado, a prática da supervisão clínica adquire estruturas, modelos e cenários que se constituem na descrição e explicação da realidade da supervisão, descrevem os sistemas, estratégias, meios e requisitos que permitem responder aos interesses de cada um e de todos os intervenientes no processo (Fonseca, 2006).

Todos os modelos existentes acerca deste assunto permitem-nos fazer uma determinada leitura da realidade prática da supervisão, sendo que, cada um deles e todos eles realçam premissas que se complementam e facilitam a construção de caminhos próprios.

Nestas últimas décadas surgem diversos modelos de supervisão clínica em enfermagem, como sejam os de Hawkins e Shoet (1989), Page e Wosket (1994), Butterworth e Faugier (1994). Existem alguns traços gerais que unem os vários modelos possíveis e que surgem das várias correntes de pensamento: modelos de desenvolvimento, de integração e modelos orientados (Frawley-O'Dea, 2001).

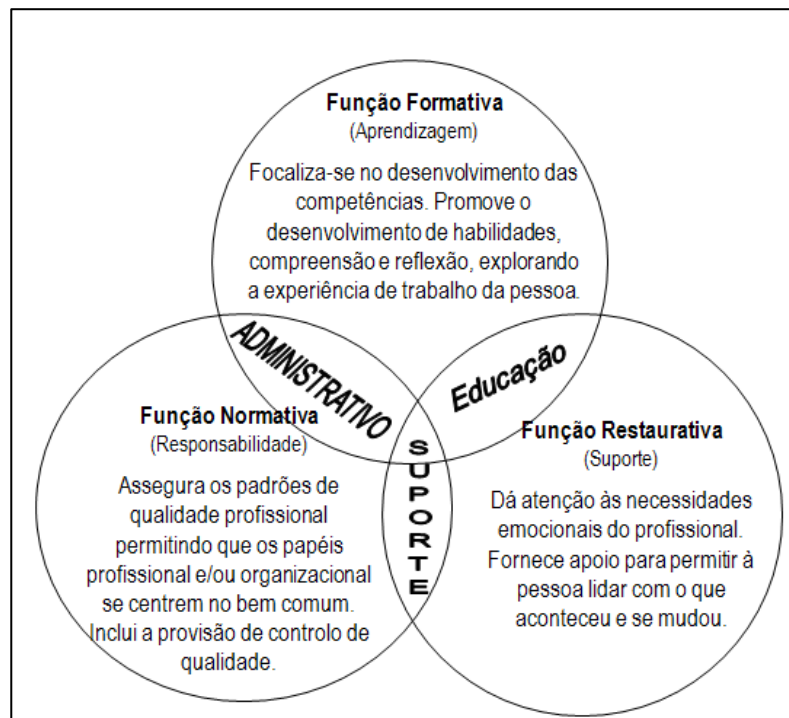
Na especificidade da supervisão clínica em enfermagem encontramos os seguintes modelos:

- Centrados no aconselhamento, (Proctor, 1986, 2001) são caracterizados por uma base psicológica com narrações biográficas e reestruturação com processos de formação e de promoção da qualidade.
- Centrados na interação e suporte, (Hawkins e Shoet, 1989) são caracterizados por valorizarem a relação supervisiva e os papéis de ambos os intervenientes para ultrapassar os problemas emocionais e da qualidade das práticas.
- Centrados nos problemas (Rogers e Topping-Morris, 1997) cuja intervenção é feita através da técnica da sua resolução.
- Centrados nas práticas (Nicklin, 1997) em que se definem as etapas fundamentais para a supervisão como forma de atingir “as boas práticas” através de gestão, formação e medidas de suporte: definição do objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação (Abreu, 2002).

No entanto, aquele que nos tem suscitado maior interesse pelo enquadramento no nosso estudo é o “*The supervision alliance model*” de Proctor (1986, 2001). Esta autora enfatiza o facto da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisado. Existe uma estrutura, que integra os gestores, que têm que administrar o serviço dentro de constrangimentos financeiros e outros profissionais de saúde e os clientes que são as figuras centrais em todo o processo. Cada cliente é um ser único e o destinatário último e privilegiado do processo, constituindo os clientes, no seu conjunto, a face pública da qualidade de cuidados desenvolvida num serviço.

É provavelmente o modelo mais conhecido pela sua antiguidade e aplicabilidade no contexto clínico, pelo que a literatura aborda-o sob as mais diversas opiniões. As suas ideias estruturantes emergiram das práticas profissionais, de onde surgiram as funções essenciais – normativa, formativa e restaurativa. A figura que se segue realça sucintamente as principais características que as definem.

Figura 5: As três funções do modelo interativo de Proctor (adaptado de Discroll, 2007:16)



A autora defende que o supervisor é responsável por criar um clima e uma relação que permitam ao supervisionado refletir sobre a sua prática profissional, dentro de limites claros de liberdade e responsabilidade previamente acordados entre a administração, o supervisor e o supervisionado, inseridos num contexto supervisiivo específico.

Descreve, por isso, como são organizadas as funções de supervisão, as orientações fundamentais e os conteúdos das sessões de supervisão. As suas ideias estruturantes emergiram da prática profissional e as tarefas e responsabilidades do supervisor clínico, que congregam as funções essenciais da supervisão clínica, constituem os componentes fundamentais e mais expressivos do modelo.

Os elementos interativos do modelo de Proctor (as funções formativa, restaurativa e normativa) fazem sentido no contexto supervisiivo percecionado neste estudo: a formativa desenvolve-se com a reflexão sobre os e nos momentos de trabalho que desencadeiam tempos de ensino-aprendizagem, de entendimento e desenvolvimento de competências nos enfermeiros prestadores de cuidados; a restaurativa consegue-se pelo acompanhamento feito pelos profissionais do estudo, através da colaboração, suporte e estabelecimento de estruturas favorecedoras de estabilidade de cada

elemento e conseqüentemente de toda a equipa; a função normativa percebe-se na função administrativa da enfermeira chefe de enfermagem e pelos responsáveis de serviço pelo controlo que exercem para a qualidade dos cuidados.

O olhar dirigido a este modelo deverá compreender as suas limitações. Enquanto modelo foi idealizado para que todas as suas funções estejam equalitativamente distribuídas no decorrer de um processo supervisivo. Contudo, é interessante verificar que o supervisor clínico poderá ter a sua preferência para determinada função consoante o contexto em que se insere.

Observemos um enfermeiro que trabalhe num serviço de saúde mental. Provavelmente irá adotar uma função mais de suporte (restaurativa), mas se for, um enfermeiro *tutor/mentor* adotará uma função mais formativa.

Independentemente da postura que o supervisor adote nos processos supervisivos que estabeleça, a ligação que estas três funções proporcionam, permite potenciar, ao máximo, esta ferramenta de gestão, formação e suporte.

Embora a melhoria da qualidade na prestação de cuidados seja entendida como a finalidade última da SC, há também benefícios para cada profissional, que estão implícitos nas funções da supervisão descritas por Proctor (1986) como, por exemplo: na ação formativa, pelo processo educacional de desenvolvimento de competências através da reflexão e exploração do trabalho realizado ou a realizar pelo supervisando; na função restauradora, pela ajuda de suporte profissional aos enfermeiros que trabalham em constante pressão e *stress*, através da atenção dada às suas necessidades emocionais, tendo em conta que o trabalho com os clientes afeta os enfermeiros, pelo que importa lidar com os estados emocionais de forma construtiva; e, por fim, na função normativa através dos elementos administrativos e de controlo de qualidade da prática profissional, assegurando-se de que os padrões profissionais, os papéis do profissional e da organização são convergentes.

De acordo com Alarcão e Tavares (2003), existe uma panóplia de cenários de supervisão, ainda que muitos sejam motivo de questionamento por se limitarem à mera reprodução de modelos, esquecendo a autonomia e o desenvolvimento pessoal do supervisando. Não pretendemos mostrar uma análise exaustiva destes vários cenários, apenas serão enumerados e mais tarde abordados de forma sintética aqueles que consideramos mais pertinentes para o desenvolvimento deste

trabalho. São eles: o Cenário da imitação artesanal, Cenário da aprendizagem pela descoberta guiada, Cenário behaviorista, Cenário clínico, Cenário psicopedagógico, Cenário pessoalista, Cenário reflexivo, Cenário ecológico e o Cenário dialógico. Mais tarde, Sá-Chaves (2002) propõe um cenário que congrega as diversas orientações, numa perspectiva reflexiva, que designa como “Cenário integrador”.

É ainda nesta temática de cenários de supervisão que Sá Chaves (2002), entrando em linha de conta com o supervisor como uma pessoa adulta em presença de um outro adulto, que tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, não deve fazê-lo como se faz a um aluno do secundário. Devem considerar-se as experiências passadas, os sentimentos, percepções e capacidades de auto reflexão, não dando receitas como fazer, mas sim, criar junto do supervisionado, com o supervisionado e no supervisionado um espírito de investigação-ação, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos. E é com base nestas reflexões que Sá Chaves (2002) chama a este cenário Integrador e, a partir dele, desenvolve o conceito de supervisão *não standard*, a única que permite respeitar o direito à diferença.

Segundo Alarcão e Tavares (2003), por um lado, os cenários têm uma existência mais real e objetiva no interior das pessoas, sobretudo dos grandes teóricos ou investigadores. Por outro lado, todos os cenários englobam e repartem entre si elementos que se interpenetram no desenvolvimento conceptual de cada um deles, ou seja, cada cenário é contextualizado quer histórica, quer culturalmente, daí que as suas conceções sobre determinado fenómeno estejam intimamente ligadas a estas situações.

No entanto, os autores alertam que todos estes cenários mais virtuais que reais, não devem ser entendidos como compartimentos estanques que se excluem mutuamente, na medida em que poderão coexistir em simultâneo vários destes processos. A estes nove cenários subjazem diferentes conceções relativas a: relação entre teoria e a prática; formação e investigação; noção de conhecimento como saber constituído e transmissível ou construção pessoal de saberes; papéis do supervisor ou professor; noções de educação e de formação de professores ou supervisores; assunção da escola como centro de formação ou como mera estação de serviço à formação.

A chave para uma supervisão eficaz está em compreender a diversidade de estilos de aprendizagem ou comportamentos existentes e ser capaz de os ter em conta ao planear as

estratégias de ensino e de aprendizagem. Assim como, as estratégias de aprendizagem descrevem o modo como as pessoas aprendem e como lidam com as ideias em situações do dia a dia.

Garmston *et al.* (2002), refere-se a três categorias de modelos: modelos técnico-didáticos, modelos artístico-humanistas e modelos desenvolvimental-reflexivos. Já para Glickman (1985), existem fundamentalmente três estilos de supervisão: não-diretivo, de colaboração e diretivo.

Estes estilos estarão diretamente relacionados com os dez tipos de *skills* interpessoais identificados pelo mesmo autor numa relação direta de maior ou menor ênfase que cada supervisor dá a algumas destas atitudes.

Assim, o supervisor de tipo não-diretivo é aquele que manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do professor, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas. Sabe calar-se para ouvir o supervisando a falar, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explícita ou implicitamente, lhe vai manifestando, sabe encorajá-lo, ajudá-lo a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos e pede-lhe informações complementares quando elas são necessárias.

O supervisor que prefere estratégias de colaboração verbaliza muito o que o supervisando lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados, ajuda a resolvê-los.

O supervisor de tipo diretivo, pelo contrário, concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do professor.

Às vezes, optar por apenas um estilo de supervisão é difícil. Normalmente o que se observa nos supervisores é um misto de atitudes e comportamentos que nos levam à não distinção linearizada do estilo adotado.

A respeito da supervisão clínica aos alunos, Canham (1998) sugere que a supervisão clínica (reflexiva e prática) devia ser integrada no seio dos programas de formação inicial, para preparar futuros cuidadores (de enfermagem), a pensar e a praticar reflexiva e cooperativamente. Dar-lhes-ia, além da compreensão dos conceitos e modelos de supervisão clínica, competências básicas para desenvolver relações profissionais.

É importante e urgente a presença de alguém especializado, vocacionado, interessado, disponível e que se responsabilize integralmente, na supervisão de alunos de enfermagem, em ensino clínico.

Têm-se vindo a criar, por todo o mundo, modelos de tutoria que tentam dar respostas às dificuldades sentidas pelas partes nesta orientação aos alunos, enquanto futuros profissionais.

Até à introdução do projecto 2000 no Reino Unido, a aprendizagem clínica era conduzida por um modelo aprendizagem-tipo pelo que os estudantes aprendiam “na profissão” fornecendo simultaneamente uma contribuição no serviço.

Hoje não existe um consenso sobre a terminologia a utilizar nos processos de tutoria que se desenvolvem em ensino clínico. Contudo, a investigação aplicada e os estudos nesta área permitem identificar quatro modelos distintos de orientação das práticas clínicas: *mentorship*, *preceptorship*, *multi-tutor* e *integrativo*.

Na literatura inglesa, aparece-nos a figura do Mentor e do Preceptor. O Mentor, segundo Andrews e Wallis (1999), é um amigo inteligente e de confiança. Esta imagem mostra o mentor como uma pessoa mais velha e inteligente, que tem a responsabilidade por um jovem em aprendizagem e desenvolvimento. O mentor, nesta perspetiva, é encarado como um *guardião*.

O conceito de *mentorship* está amplamente documentado na literatura em matéria de formação clínica. Mentor, na *Odisseia* de Homero, era o amigo de Odisseus que apoiava o filho deste nas ausências do pai. No contexto da formação clínica, o mentor é o profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem de um formando, regra geral mais novo. Darling (1984) descreve *mentorship* como uma relação de proximidade entre duas pessoas, sendo uma delas um profissional experiente e a outra o formando. Vance (1982) usa a expressão “relação paternalista” (cit. Andrews e Wallis, 1999).

O termo tem sido tradicionalmente associado a profissões como a medicina, profissões ligadas às leis e aos negócios. Começou a aparecer na literatura de enfermagem por volta de 1980. Iniciou-se por esta altura, uma preocupação relativamente ao conceito e à determinação da natureza do papel do mentor, pois a figura está um tanto confusa pelas “inter-trocas” usadas com termos como preceptor, supervisor e assessor.

Um estudo feito por Wilson-Barnet *et al.* (1995, cit. Alarcão e Sá-Chaves, 1994), refere que, na prática, os termos *mentor*, *preceptor* e *supervisor* são usados para definir a mesma figura. Neary *et al.* (1994) introduziu termos adicionais, como co-orientador e “prático facilitador”.

O termo *mentor* transporta uma multiplicidade de significados. A tentativa de defini-lo tem sido uma preocupação de alguns anos. O *English National for Nursing, Midwifery and Health Visiting* (ENB, 1987) reportou-se ao conceito como sendo um *'wise reliable counsellors'* e *'trusted advisors'*, muito aproximado da definição convencional. Mais tarde, em 1989, redefine-o como sendo *'a person who would be selected by the student to assist, befriend, guide, advised and counsel'*. Numa perspectiva critic-reflexiva, a abordagem à ideia de *mentor*, continua a não privilegiar a vertente da avaliação e supervisão, tal como sugerem Andrews e Wallis (1999).

Em 1992, o *Welsh National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting* (WNB, 1992: 13, cit. Andrews e Wallis, 1999) apresentava a seguinte definição de *mentorship*:

"Reserved for long term relationships between people, one of whom usually is significantly older and/or more experienced than the other... the nature of the relationship is implicit in the term protégé suggesting as it does a recognition of potential and a concern for the individual's well-being, advancement and general progress."

Esta definição, que evidencia "uma relação longa entre duas pessoas, uma das quais, usualmente, é significativamente mais velha e experiente que a outra", bem como a natureza da relação, está implícita no período protegido sugerindo como o reconhecimento do potencial e relativo ao bem-estar individual, evolução e progresso geral", clarifica a natureza e o papel do *mentorship*.

No mesmo documento (idem, ibidem), o WBN define *preceptorship* e estabelece as grandes diferenças entre eles. *Preceptorship* refere-se a um processo diferente que compreende a responsabilidade de ensino e "*clinical performance*". Acrescenta Kaviani *et al.* (2003:197) que "*é um enfermeiro que ensina, aconselha e inspira, servindo como um modelo de suporte ao crescimento e desenvolvimento dos mais novos, que, por um certo tempo, tem a função de os socializar no novo papel.*"

O UKCC, do Reino Unido, reconhece-lhe um importante papel na área da formação clínica, designadamente no período de integração do formando numa unidade de cuidados. Morrow (1984) descreve o preceptor como um profissional que ensina, que dá apoio emocional, que inspira, constituindo-se como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objetivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel. Reportando-nos ainda ao UKCC, este considera pré-requisitos do *preceptor* um mínimo de doze

meses de experiência profissional no campo das práticas em que se situam as aprendizagens do elemento que irá apoiar (Andrews e Wallis, 1999).

Bain (1996) defende o princípio da adequação do nível de formação do preceptor em função do tipo e segmento de formação do formando. Indica que o preceptor pode desenvolver no formando um forte sentido de responsabilidade, necessitando para isso que ele próprio seja formado para desenvolver o seu papel como formador e prestador de cuidados (Andrews e Wallis, 1999). Os autores diferenciam *mentor* de *preceptor*, não só quanto ao tempo que dura a relação (curto ou longo prazo), mas também quanto à natureza da dimensão que os envolve. A ideia de *mentor* está mais adequada a relações ligadas ao protecionismo e a longo prazo, ou seja, podendo ser encarado numa dimensão relacional, enquanto que ao *preceptor* caberá a responsabilidade de, a curto prazo, ensinar a *performance* clínica e socializar os novos profissionais em contextos práticos, para que, em pouco tempo, eles possam realizar as suas funções.

Tanto o *preceptor* como o *mentor* devem possuir características pessoais, entre elas, vontade de partilhar conhecimentos e habilidades com aqueles que se iniciam na prática dos cuidados de enfermagem e ajudá-los a integrar nela os conhecimentos teóricos à prática (Kaviani *et al.*, 2003).

Outros modelos descritos na literatura são, por exemplo:

- O modelo *multitutor* (Nolinske, 1995) envolve um conjunto de tutores de uma determinada unidade de cuidados que desenvolvem a sua atividade de forma concertada. Dois ou mais formandos são apoiados por dois ou mais tutores. O modelo permite atender às diversas dimensões do processo de aprendizagem, com recurso às diferentes capacidades dos tutores. Para Nolinske (1995), a atividade do tutor deve envolver o apoio no desenvolvimento das práticas, a introdução de estratégias diversas de ensino-aprendizagem e o suporte emocional. O modelo revela-se particularmente adequado perante as dificuldades de manter uma relação contínua entre um tutor e o formando; exige ainda uma relação de proximidade entre os tutores, que trocam informação entre si com vista ao desenvolvimento do formando (Andrews e Wallis, 1999).

- O modelo integrativo (Andrews e Wallis, 1999) pressupõe a existência de uma interatividade entre o ensino teórico e o ensino em contexto clínico. As atividades desenvolvidas no decurso do ensino teórico devem permitir a emergência de questões-problema que são dimensionadas na presença de enfermeiros das unidades de cuidados. Estes enfermeiros, em conjunto com os

docentes, fazem a *ponte* para o contexto clínico, no qual voltam a equacionar as questões levantadas pelos alunos. Este modelo parece ter a vantagem de permitir uma maior interatividade entre a teoria e a prática, entre os professores e os enfermeiros das unidades de cuidados e entre a investigação e a clínica (Abreu, 2003).

A prática sugere, como refere Abreu (2002) a aprendizagem na intimidade, através do confronto consigo próprio, mas igualmente a formação no contacto com o mundo, a ideia de que a ação humana não é solitária mas coletiva - é uma co-ação. Os alunos e os enfermeiros necessitam do apoio dos docentes ou dos tutores, de forma a lerem a experiência como uma “*experiência positiva de vida*”, que permita a construção gratificante de representações sobre si próprio e sobre a profissão. Num contexto de formação que valoriza o compromisso da e com a pessoa, vale a pena sublinhar o “*carácter reflexivo e apropriativo dos percursos individuais de formação, em que os processos de desenvolvimento pessoal e de desenvolvimento profissional aparecem como não dissociáveis*” (Canário, 1992: 35; cit. Canário *et al.*, 1997).

Seja qual for o modelo de tutoria, é fundamental que este se desenvolva no contexto de uma visibilidade crescente das instituições de saúde como “*espaços de formação reflexivos*” que se traduzem no reconhecimento de que os profissionais possuem a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação (Alarcão e Tavares, 2003).

Na nossa perspetiva, o modelo que se adequa melhor aos objetivos da acreditação da qualidade é o do *mentorship*. Como já referimos anteriormente, o *mentorship* é um profissional experiente e com formação diferenciada que apoia, orienta e ajuda um futuro profissional na sua integração às práticas clínicas.

Abreu (2003) refere, em relação à implementação do *mentorship*, o modelo da *Joint Commission* nomeadamente:

“os standards de qualidade que integram o modelo da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA)*, que de forma objetiva enfatizam a segurança dos cuidados prestados aos utentes/clientes, formulam um conjunto de normas e critérios relacionados com os alunos em contexto de formação clínica(…)”
“(…)Áreas como a responsabilidade na prestação de cuidados, a preparação prévia dos estudantes ou o domínio da informação referente à unidade de cuidados são equacionados pelo modelo, o que faz emergir as instituições de formação de enfermeiros como parceiras nos processos de acreditação. Neste sentido, as escolas devem obrigar-se a preparar os alunos para a filosofia da qualidade e para

conhecerem algumas ferramentas utilizadas pelas instituições de saúde como produto da procura de excelência.”

A supervisão, um processo de importância vital nos ensinamentos clínicos de enfermagem, necessita para além do envolvimento dos docentes, de suporte por parte dos enfermeiros das instituições e de ser considerada parte integral, tanto da teoria como da prática. Visa essencialmente a autonomia, a competência, a responsabilização e *aguça* o espírito crítico (Canham, 1998).

A supervisão deve ser vista como uma dupla mediação entre o conhecimento e o aluno, num processo facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta dupla mediação consiste, por um lado, na criação de condições propiciadoras de uma envolvimento da aprendizagem cognitivamente estimulante e afetivamente gratificante e, por outro lado, na monitorização de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática (Sá-Chaves, 2000).

Na supervisão, todos os níveis do processo são importantes, mas chegados à fase de autonomização e distanciamento crítico, é preciso que se tenha aprendido também, que as decisões pessoais de quem trabalha na área da saúde e que “joga” com a vida de outros, podem ter consequências importantes na vida de outras pessoas, de famílias e até na sociedade.

Assim, podemos constatar que o objeto da supervisão em ensinamentos clínicos é a qualidade da prática dos cuidados de enfermagem realizados pelo aluno de enfermagem, bem como os processos utilizados baseados na experimentação e na reflexão.

Devemos orientar o aluno para pensar reflexivamente nas suas ações, pois “*o elemento reflexão é hoje a tônica do discurso sobre as finalidades educativas, quer nos ocupemos delas ao nível da formação dos alunos, quer dos professores ou dos supervisores*” (Alarcão, 1993).

Consciente da importância que este processo de supervisão clínica poderá ter a nível do desenvolvimento da profissão de enfermagem a Ordem dos Enfermeiros Portugueses com vista à excelência dos cuidados, apresentou na Assembleia-Geral de Março 2007, uma proposta de um modelo de desenvolvimento profissional dos enfermeiros baseada na tutoria/Supervisão como estratégia que melhor servirá o desenvolvimento dos enfermeiros numa caminhada rumo à especialização e aquisição de novas competências ao serviço dos cidadãos.

Existe um conjunto vasto de modelos de supervisão, contudo, apesar das características próprias que define cada um, existem ferramentas de trabalho que lhes são transversais e que são fundamentais para as relações que se travam, tais como, por exemplo, a comunicação, a observação, o questionamento e as relações interpessoais.

É através da relação interpessoal que o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais destacando-se, a título de exemplo, a necessidade de confiança, de proteção, do sentido de pertença, de amor, de auto-estima, de afirmação, de atualização de si e do reconhecimento das suas diferenças. Cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e na sua singularidade.

A relação interpessoal, na sua vertente da relação de ajuda, é um tipo de interação fundamental à disposição dos enfermeiros para organizarem um sistema de comunicação que responda de forma particular às necessidades de cada pessoa com quem interagem.

Todos os dias nos preocupamos, incessantemente, com a relação que devemos (ou não) ter com o cliente, esquecendo, por vezes, que esta relação se encontra fortemente influenciada por aquelas que se travam no seio da equipa.

Nesta premissa podemos encontrar algum do significado dado à importância da integração de novos elementos (profissionais) e acolhimento de alunos (futuros profissionais) num serviço.

Por isso, importa introduzir no nosso discurso um aspeto que deve estar presente no momento que se pretende estabelecer uma relação interpessoal - as *narrativas de vida* dos sujeitos (profissionais e formandos). Cada um tem a sua e deve ser respeitada para daí surgir um relacionamento que se quer de entreajuda.

As pessoas comportam-se como narradores (contadores de histórias) e a narrativa (argumento/*script*) é uma forma de construir conhecimento/significado a partir da experiência do existir. É a partir da narrativa que a pessoa constrói processos de identificação linguística que lhe permitem evoluir em termos de coerência, multiplicidade e diversidade.

No entanto, a construção dessa narrativa de vida exige diálogo entre as pessoas, para evoluírem, para mudarem o sentido da vida, para se desenvolverem à medida que vão tendo mais idade, mais experiência, mais conhecimentos.

Permite-nos aqui perceber melhor que a relação de ajuda é uma *forma de proceder*, informada por saberes e técnicas e manifestada através de comportamentos e atitudes do profissional, implicando capacidade de comunicação verbal e não verbal, sendo esta última, como afirma Watzlawick (1993), mais forte do que a primeira.

Na realidade, o Homem é um ser social que depende dos outros (interação) para a satisfação das suas necessidades sejam elas de ordem física, psicológica e/ou social, dependendo o êxito dessa interação da faculdade que cada um tem para comunicar.

A comunicação enquanto "arte" tem de se aprender, analisar e treinar. Requer esforço e energia porque não ocorre espontaneamente para a maioria das pessoas. O envolvimento empático requer que se trabalhe com a própria personalidade.

A comunicação é um instrumento básico da interação humana, que permite ao enfermeiro o contacto próximo com o outro, seja ele aluno, profissional ou mesmo utente.

Quando acolhemos ou integramos, um profissional ou futuro profissional num serviço, ao quisermos estabelecer uma relação de ajuda para lhe promover o crescimento e maturidade profissional e pessoal, temos que atender a determinados aspetos como a vontade própria, isto é, a intenção individual de cada um para o processo a que se propõe, a motivação com que vem, e a comunicação existente.

Em relação ao primeiro fator, que vai influenciar todo este processo, a ação do profissional responsável sobre a pessoa que é acolhida é pouca, uma vez que a intenção individual/ vontade própria, depende só do próprio como o nome o mesmo diz, ou seja, depende da sua pró-atividade.

Por outro lado, a comunicação e a motivação são dois fatores a trabalhar em conjunto, ainda que não exerçam influências iguais.

Podemos verificar isto quando refletimos acerca de uma reunião que promovemos. A maior parte dos comportamentos dos participantes numa reunião são verbais, e até aqueles que se confinam ao gesto ou se traduzem em silêncios são, pela sua posição no conjunto de interações, tão carregados como as palavras ditas.

No entanto, parece evidente que a matéria principal da reunião sejam as representações expressas e os significados percebidos, tenham eles um conteúdo predominantemente lógico-

dedutivo, emocional ou valorativo. A expressão das representações e dos significados faz-se no grupo reunido por meio de comportamentos de comunicação, de interações verbais e paraverbais dos participantes.

Um profissional que como supervisor orienta profissionais (ou acompanha alunos) deve promover reuniões, mas não pode estar só atento às mensagens verbais, dos participantes. Este trabalho de acompanhamento faz-se com recurso à observação e à escuta, para captar algumas das mensagens não verbais (os silêncios) e paraverbais.

Escutar não é sinónimo de ouvir. Escutar é constatar, através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas perceções externas e internas. Escutar é portanto um processo ativo e voluntário⁵.

Na relação de ajuda a capacidade de clarificação é a sua base. As palavras que utilizamos têm muito poder e, por isso, podem ser benéficas ou não, daí devemos clarificá-las o mais possível, até porque, como refere Dewey (1976: 14, cit. Dewey, 1989): *“um problema bem equacionado está metade resolvido”*. Por vezes, a utilização de generalizações, de abstrações e de termos imprecisos relativamente a uma situação problemática, pode responder a uma necessidade de proteção gerada pelo modo de enfrentar o conflito real.

A capacidade de respeitar é também muito importante. Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único e que, devido a essa unicidade, só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória. Porém, também é sabido que o respeito por si próprio é a base do respeito pelos outros. Respeitar-se é acreditar que somos seres únicos, capazes de decidir o que é melhor para nós. Respeitar-se é ser-se verdadeiro para consigo próprio e para com os outros. Pode acontecer que, devido a uma grande necessidade de agradar, negligenciamos sermos verdadeiramente o que somos.

A congruência é uma característica fulcral da pessoa emocionalmente sã, pois possibilita que no indivíduo haja concordância entre o que ele vive interiormente, a consciência que ele tem daquilo que viveu e a expressão dessa vivência, traduzida conscientemente pelo seu comportamento. O indivíduo tem muitas vezes necessidade de ajuda porque, justamente, vive em incongruência, porque se separa do seu verdadeiro *eu* nas suas relações com os outros.

⁵ Os deficientes auditivos têm a capacidade de escutar!

Para perceber estes aspetos temos que recorrer à observação pedagógica. Segundo De Ketele, (1980:27) “*observar é um processo que inclui a atenção voluntária e a inteligência, orientado por um objetivo terminal ou organizador e dirigido sobre um objeto para ele recolher informações*”. O que a autora nos quer dizer, é que não se observa sem razão, há uma intenção e um objetivo sobre aquilo se observa. Daí que se perceba que observar é recolher informações sobre algo, algo que seleccionámos na multiplicidade de sensações que chegam ao nosso cérebro em determinado momento.

O que pode ser involuntário/inconsciente, ou não, é a seleção dessa informação, numa atitude pré determinada (Reis, 1994). Quando lançamos um olhar sobre alguém, tomamo-lo como nosso objeto “de estudo”, não nos colocamos no lugar dele, daí que a observação tenha uma certa subjetividade.

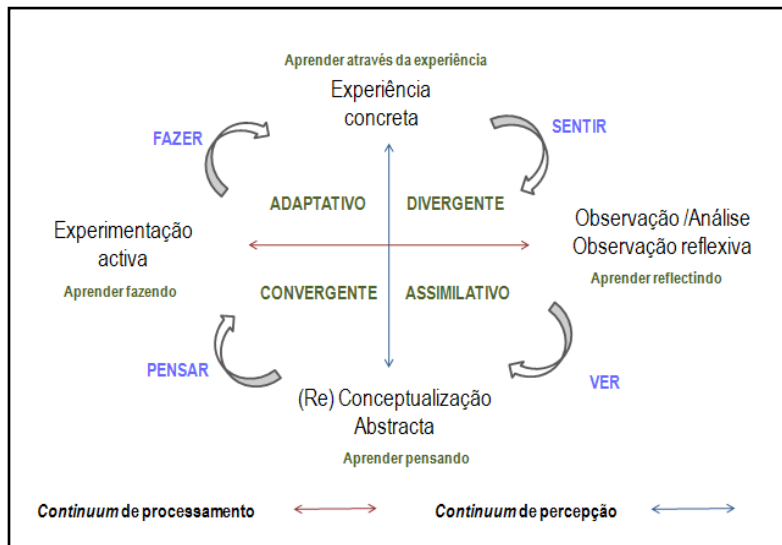
Nos contextos experimental, clínico e educativo, a observação pode ser entendida como um processo, como um método pedagógico e, neste sentido, é importante relembrar a definição de Beslay in Lafon (cit. De Ketele e Damas, 1985: 12) onde refere que:

“A observação é um processo pedagógico que consiste em pôr o aluno em contacto com os objetos que vão, pela percepção direta, permitir a apreensão imediata de dados. Ela é então o estudo completo do valor funcional, do comportamento e das condutas (maneiras de proceder) de um ser humano, tendo em conta os seus elementos constitutivos e a sua personalidade dinâmica na totalidade e no seu desenvolvimento” (1969).

Refletindo sobre estas mensagens, não restam dúvidas de que, para supervisionar, é condição necessária (mas não suficiente) observar (obviamente os processos de ensino/aprendizagem).

Ainda muito utilizado, mesmo reconhecendo que existem pressupostos da sua teoria que já se encontram desatualizados, Kolb (1984), apresenta-nos um ciclo de aprendizagem, onde a observação reflexiva é a espinha dorsal do processo que conduz da experimentação concreta dos acontecimentos ao estado de conceptualização abstrata. Segundo o autor, existem quatro modos ou momentos de aprendizagem: experiência concreta, observação reflexiva, (re)conceptualização abstrata e experimentação ativa, podendo-se estabelecer a analogia com os quatro saberes básicos presentes no Delórs (1996), e que estão representados na figura seguinte.

Figura 6: Representação do ciclo de aprendizagem de Kolb enquadrando os quatro saberes básicos na educação e os tipos de aprendizagem.



Cada pessoa não possui apenas um estilo de aprendizagem, mas uma combinação deles. Neste ciclo, apesar de estar representado um sentido, pode haver retrocessos, assim como qualquer processo de aprendizagem pode ter como ponto de partida qualquer ponto do ciclo, repetindo-se infinitamente, se necessário.

Foi tendo por base este ciclo que conseguimos que algumas das nossas intervenções fossem eficazes no sentido de promover uma aprendizagem significativa em volta da reflexão nos alunos.

Mais do que perceber qual o tipo de aprendizagem de cada um, é importante saber em que ponto do ciclo se situa, para poder ajudá-lo a passar pelos outros, ou até parar num para melhorar o nível e *performance* em que se encontra, se esse for o seu objetivo.

A motivação é um dos aspetos mais estudados relativo ao processo de pensamento do profissional, quando relacionado com a aprendizagem. Considerando a motivação como sendo a capacidade para iniciar, manter e dirigir a atividade, verificamos que a predominância dos estudos se centra nos aspetos do reforço, necessidade do sucesso, motivação intrínseca e extrínseca, *locus* de controlo e as suas percepções sobre os seus sucessos e fracassos (Silva, 1996).

A função motivacional do supervisor, como líder num processo, consiste essencialmente em criar e/ou estimular o interesse dos profissionais supervisionados (e/ou alunos), com a finalidade de desencadear o esforço imprescindível para a compreensão de conteúdos, saberes e atitudes, e para que esse esforço seja perseverante e interessado (Silva, 1996).

Prestar cuidados de enfermagem deve refletir uma permanente atitude de questionamento. É essa a atitude que se pretende que seja levada a cabo pelos profissionais responsáveis pela supervisão dos pares ou dos alunos. Para este fim, mais uma vez se fala da importância de uma boa comunicação no caminho para a mudança.

A mudança é a essência da comunicação, porque depois de uma troca comunicativa, a situação já não é a mesma: aconteceu uma coisa que modificou a situação de um ou de outro modo, a relação entre os participantes ou entre estes e o ambiente exterior (McQuail, 1975).

A atitude de questionamento de que falamos é tida com base em perguntas pedagógicas que conduzem à reflexão, ao mesmo tempo que avalia conhecimentos teóricos acerca de determinado assunto. Começará por questões que o ajudem a reorganizar a sua experiência e os seus saberes, recordando e objetivando-os: *o que faço? O que penso?* – Descrição da ação. Como etapa seguinte deverá dar-se espaço à interpretação e confronto: *o que significa isto?* – Ajuda a perceber porque age daquela forma: *Como me tornei assim?* No final, espera-se que ocorra o chamamento para a reconstrução: *Como me poderei modificar?*

Neste sentido, as perguntas pedagógicas surgem como estímulos para a reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (Alarcão, 2000; Schön, 1991). Começa por ser um processo iniciado pelo supervisor que, de forma gradual, passará a responsabilidade ao supervisando de se autoquestionar, de modo a desenvolver nele o difícil hábito de equacionar problemas.

O questionamento é uma estratégia privilegiada do supervisor, uma vez que se reconhece que a elaboração de perguntas constitui um meio essencial para o desenvolvimento das capacidades de raciocínio crítico e do pensamento criativo, para o estímulo da curiosidade, logo, um instrumento fundamental nos processos de ensino/aprendizagem.

Todos os dias nos nossos contextos de trabalho somos postos à prova e avaliados. Por avaliação podemos entender a tentativa de determinar como está a realidade em relação à nossa perceção ou

em comparação com padrões ou critérios que o avaliador pré-determina no momento da avaliação para a realidade que ele vê ou quer ver (Bevis e Watson, 2005).

A avaliação é uma ferramenta: um meio para determinar mérito ou valor; um meio para fornecer dados ou informação; um caminho para encontrar pistas e sugestões acerca do progresso, direcções, actuação, eficácia, eficiência, realização ou utilidade. É uma ferramenta e um meio (Bevis e Watson 2005:293). Esta é a principal ferramenta que um supervisor tem para avaliar os seus contextos, os seus supervisados, enfim, todos os fatores ou elementos constituintes da realidade que o circunda.

A natureza dos cuidados de enfermagem coloca o enfermeiro no centro do grupo de profissionais que envolvem o cliente. O intercâmbio de informações, conselhos e diretrizes que têm entre eles é primordial; da sua eficácia e da sua harmonia depende frequentemente a qualidade dos cuidados.

A enfermagem é, por excelência, uma profissão de trabalho em equipa multi e interdisciplinar. Estas características, entre outras, promovem significativamente os fatores causadores de conflito. Quando as equipas funcionam mal, há muitos outros fatores em jogo que convém analisar, discutir e avaliar para se poder ultrapassar os conflitos em causa.

Os conflitos são das situações que na equipa de saúde podem originar um “*grande mal-estar*”, com todas as repercussões que daí advêm na prestação dos cuidados. A presença de um conflito não significa necessariamente que a relação entre as pessoas esteja a deteriorar-se. A qualidade dessa relação vai depender do modo como as pessoas que, nela estão envolvidas, lidam e resolvem o conflito e, um dos aspetos fundamentais é construir uma equipa coesa e confiante (Morais, 2002).

Podemos entender por *conflitos* a incapacidade, sobretudo cognitiva, de ultrapassarmos certos obstáculos autoproduzidos pela equipa de saúde. As causas de um conflito são sempre subjetivas. Seja qual for o acontecimento, ele só desencadeará conflito se as partes o considerarem violador da sua esfera individual.

Eis algumas condições que podem gerar conflito: a ambiguidade de papéis, a escassez de recursos, a interdependência de tarefas, os objetivos concorrentes, as diferenças estruturais, os conflitos anteriores não resolvidos. Quando uma equipa entra em conflito espera-se que o líder olhe

para este como uma oportunidade de melhorar o funcionamento da equipa, iniciando logo a chamada *negociação do conflito*.

Segundo Fisher e Ury (cit. Morais, 2002) a negociação de conflitos deve ser conduzida tendo em conta os seguintes passos: verificar os factos de modo a clarificar a situação e conseguir que ambas as partes estejam de acordo; separar as pessoas dos problemas; basear as posições em princípios e não em personalizações; dar ênfase ao princípio da equidade; fazer perguntas em vez de afirmações; procurar identificar os princípios da outra parte; ouvir ativamente (escutar), reformular e clarificar; não decidir imediatamente, deve dar-se tempo para pensar no problema e apresentar uma resposta solucionadora; apresentar as razões antes de avançar com algumas propostas; Apresentar a proposta em termos de norma de justiça; apresentar as consequências alternativas para a eventualidade de um acordo ou de um desacordo; dar oportunidade de o outro ter alguma influência no resultado final; terminar de uma forma conciliadora, mesmo que não se sinta completamente satisfeito.

O conflito é um sentimento que faz parte da nossa vivência como seres humanos em constante interação com os outros. Como parte integrante da vida de uma pessoa, pode ocorrer no nosso interior, entre nós e o grupo e entre o grupo.

É uma manifestação saudável da inteligência grupal. Nasce não só devido a um problema, mas também porque as opiniões dos indivíduos sobre esse problema se tornam contraditórias. Os conflitos podem ser vistos como algo positivo, uma vez que criam oportunidades de aprendizagem coletiva ao aumentar o dinamismo nos grupos e ao obrigar a organizarem-se melhor as atividades. Os conflitos são vistos como um motor de desenvolvimento, causa de mudanças positivas, sinal de consciência crítica e conhecimentos diversificados, sinal de tomada de consciência dos problemas, intensificadores da comunicação nas relações interpessoais.

A vontade imposta apenas pela força é, sem dúvida, capaz de levar à execução momentânea de determinada tarefa. No entanto, o seu desempenho depressa diminuirá e a qualidade desaparecerá por falta de interesse, ânimo e adesão.

Daí que, hoje já ninguém discute que uma boa liderança passa pela competência do líder em saber motivar. Em relação às competências necessárias a um bom líder, Graça (1992, cit. Campos e Loff, 1998) organizou-as em três grandes grupos: o saber-fazer (capacidades técnicas e/ou

instrumentais direcionadas para a ação), o saber-saber (capacidades conceptuais ou cognitivas que englobam capacidades para definir objetivos, decidir, analisar problemas e organizar), e o saber-ser, saber-estar (capacidades humanas e relacionais que englobam capacidade de liderança, comunicação, gestão de conflitos, motivação e coesão).

Mesmo englobando em si todas estas competências, para motivar é preciso conhecer o outro e esse conhecimento do outro só se faz quando se consegue estabelecer uma relação de ajuda, com cada elemento do grupo individualmente, assim como com o conjunto.

A relação de ajuda é aqui vista como uma relação interpessoal e não apenas como um mero contacto, ultrapassando as simples trocas funcionais, estabelecendo-se sempre numa ótica de crescimento e evolução, tanto para quem a recebe como para quem a estabelece.

Um líder, quando estabelece uma relação de ajuda com os seus subordinados, deve ter presentes determinadas características: congruência, presença (*estar com... física e afetivamente.*), respeito por si e pelos outros, empatia, capacidade de reflexão, escuta ativa, capacidade de clarificação e confrontação.

As reuniões representam uma parcela muito considerável do tempo despendido pelas pessoas nas organizações, onde exercem algum tipo de atividade, mas parece razoável supor que aquelas que se destinam a resolver problemas e tomar decisões são, por ventura, as que reivindicam maior atenção e desvelo (Rego e Pina & Cunha, 2001). As reuniões são estratégias importantes para se conseguir motivar e ajudar um grupo.

Para se executar uma reunião é importante: o planeamento; o contacto – ser pontual, esclarecer o interlocutor, ser afável, controlar a tensão, iniciar com uma abordagem geral (por exemplo com o sumário); ser flexível no seu desenvolvimento, usar linguagem acessível, colocar uma questão de cada vez, procurar que todos os elementos falem, usar perguntas abertas e indiretas, tirar notas, não interromper o interlocutor, fazer pequenas pausas, seguir os objetivos, conduzir cuidadosamente os aspetos delicados, evitar leitura de documentos, responder a qualquer questão, mas não de forma precipitada (*idem, ibidem*).

O líder não deve dominar excessivamente a conversa, deve dizer o mais relevante, comportar-se como um ouvinte atento, não impor os seus pontos de vista, procurar captar o que é dito e como é dito, fazer um registo eficiente, mostrar descontração exterior, não produzir juízos injustificados,

desenvolver um estilo consciente, ser claro e conciso, fazer propostas exequíveis, tentar ser compreensivo, felicitar os elementos pelas qualidades que possuem, moderar as perguntas, evitando determinado tipo delas (as fechadas onde as respostas serão sim/não e aquelas que revelem atitudes do entrevistador e que possibilitem que o interlocutor componha as respostas em relação às suas atitudes (*O último técnico que tivemos chegava tarde. Você não é assim, pois não?*); ter cuidado em dizer algo negativo sobre o que já foi dito e, no final, fazer uma retrospectiva de tudo o que foi dito, acentuando o que ficou determinado (Rego e Pina&Cunha, 2001).

Um líder, como avaliador⁶ que é, confronta-se diariamente com o processo de decisão. A função de decidir é algo que lhe compete e lhe é exigida vezes sem conta.

O processo de decisão traduz-se em fundamentar as alternativas de uma ação a executar, após o percurso de várias etapas de decisão, tais como: Definição da situação / comunicação dos objetivos alcançáveis e exequíveis – levantamento de diagnóstico de necessidades; Listagem de alternativas/soluções – estratégias, análise casuística e planeamento; Recolha de informação – cooperação de todos os intervenientes; Recursos/meios/tempo disponível – gestão; Valorização dos pontos de acordo – para que a decisão seja unânime; Apelo à experiência individual; Exploração das soluções, determinação dos detalhes, condições e consequências; Decisão; Constituição de equipas de trabalho; Atribuição de funções e prazos (SE, 2006).

Só aqui se estabelece uma relação privilegiada entre o avaliador (enfermeiro chefe) e o avaliado para discutir o que se espera do outro e como essas expectativas estão a evoluir. É neste processo que a supervisão é um processo de regulação sistemática e continuada em que as entrevistas periódicas de orientação se constituem como momentos únicos e insubstituíveis. O avaliador e o avaliado negociam objetivos, refletem sobre as hipóteses que melhor sirvam esses objetivos e definem estratégias para os atingir.

As entrevistas de orientação são muito mais do que uma simples revisão do desempenho profissional, devendo evoluir naturalmente para uma discussão de como o enfermeiro deve desenvolver melhor trabalho no futuro, ao mesmo tempo que são delineadas as suas ambições, aspirações e expectativas pessoais.

⁶ O líder é considerado um avaliador mesmo não sendo o responsável pela avaliação de desempenho do seu supervisando. A avaliação está sempre presente em qualquer processo de formação.

No entanto, Sá-Chaves (1994) refere que é a capacidade de reflexão sobre as práticas supervisivas, com certo distanciamento, que permite melhorar futuras intervenções, por possibilitar uma tomada de consciência sobre as implicações sociais das ações dos supervisores. Alerta que esta prática não é possível vigorar quando o supervisor desempenha diversos papéis em simultâneo. Ele não é apenas um amigo, conselheiro e uma referência. É também avaliador, chefe, hierarquicamente superior, o que não permite que consiga esse distanciamento necessário à reflexão da sua própria prática, enformada por valores de bem.

Para finalizar este capítulo, não podemos deixar de mencionar a importância de uma outra estratégia para os processos supervisivos: a auto-supervisão. Esta capacidade é desenvolvida pelos sujeitos quando encorajados à reflexão na ação, à reflexão sobre a ação e à reflexão sobre a reflexão na ação, e como complemento de tudo o que já abordamos anteriormente.

3. FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: UMA PERSPETIVA ECOLÓGICA

Desde sempre que a formação em enfermagem tem uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter prático da profissão. Porém, ainda muitas questões se levantam em torno deste processo: que uso dão os enfermeiros aos conhecimentos resultantes quer dos saberes teóricos adquiridos, quer do seu desenvolvimento profissional? Que dimensão podemos atribuir à formação contextualizada nas organizações de saúde?

Num contexto social marcado pela erosão dos valores universais, de mudanças aceleradas na sociedade, em geral, e no mundo da saúde em particular, a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa quádrupla dimensão, humanista, social, técnica e científica, preparando os atores para resolver problemas e enfrentar desafios.

3.1. Modalidades de formação em meio hospitalar

*“É impossível e imoral pretender mudar o Homem,
mas pode-se ajudá-lo a mudar-se a si próprio.”*
(Michel Crozier)

Relembrando um pouco a historicidade da Enfermagem, encontramos uma profissão que tendo sido sempre fortemente dependente da administração central, evoluiu no quadro de uma cultura conventual que lhe prescreveu os modos de agir e de um saber delegado pelo médico que lhe determinou os procedimentos técnicos, o que fragilizou a sua identidade profissional e lhe dificultou a sua autonomia. Como refere D’Espiney (1997:171), *“separada da atividade de conceção da sua prática, limitada no direito de prescrever a sua intervenção, viu o seu saber ser progressivamente desvalorizado”*.

Com uma marcada intervenção no campo da saúde, sujeita a rápidas transformações, a um nível social, assim como do saber e da técnica, hoje, confronta-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.

Como nos refere Abreu (2003) a observação e análise histórica e social desta profissão permite afirmar que a enfermagem é um dos setores socioprofissionais cujo trajeto identitário mais se tem transformado nestes últimos tempos, num processo contingente e estratégico em que se destacam a tentativa de demarcação do poder médico, a construção de modelos promotores da autonomia profissional e a valorização crescente de dinâmicas formativas que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros. É neste processo de procura e construção de uma identidade que se valoriza a formação. Esta dá visibilidade aos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a delimitação social e científica da profissão.

A construção de saberes em enfermagem é uma necessidade e, tal como afirmam Pearson e Vaughan (1992: 51), *as ações de enfermagem devem ser explicáveis, defensáveis e assentes em conhecimentos e não em tradições e mitos*, pois tem que se identificar o que é a Enfermagem, a sua

finalidade, os seus objetivos, assim como, os saberes e as competências para os desenvolver (cit. Carvalho, 2003).

Martin (1991) define 'saber em enfermagem', como uma capacidade de decidir, que vai além do explícito, encontra o implícito no pedido da pessoa cuidada e a isso responde de modo adaptado. Para a autora, o saber reside na elaboração de um diagnóstico de enfermagem e na ação que daí deriva. É um saber holístico, apoiando-se sobre um raciocínio mental sistémico e cibernético que permite cuidar da pessoa na sua globalidade e de servir cuidados personalizados, corretos, coerentes, eficazes e evolutivos. Tal saber pretende uma base profissional segura, com seriedade e com rigor na abordagem de um saber relacional, científico e técnico.

Para se compreender a construção deste saber torna-se necessário abordar como é feita esta estruturação. Os cursos de enfermagem integram duas componentes: a teoria e a prática. Nesta o ensino clínico ocupa um espaço importante de apropriação dos saberes e do desenvolvimento de competências, quer pelos contactos que proporciona com a realidade que permitem uma crítica reflexiva, estimulam uma reflexão pessoal e o desenvolvimento de diversas competências essenciais para o futuro de uma profissão, quer pela carga horária que ocupa no plano de estudos.

Os enfermeiros e os alunos de enfermagem desenvolvem a sua aprendizagem num contexto sócio cultural em profunda mutação. Para além dos conhecimentos científicos, que se encontram em constante desenvolvimento, as formas de gestão e de organização alteram-se sistematicamente, promovendo maior instabilidade.

Costa (2002) refere-se aos cuidados como sendo um processo de construção, no qual a implicação pessoal sugere, para além do ato de cuidar, uma reflexão pessoal sobre o seu fundamento, legitimidade, consequências e dimensões éticas. Mais uma vez, identificamos como central a questão da reflexão sobre as práticas, no crescimento pessoal e profissional do aluno e/ou profissional.

Outro aspeto importante de realçar, pelas implicações que tem no contexto da prática, é identificado por Ribeiro (1995). O autor chama a atenção para uma orientação mista (cuidar e tratar), podendo ser explicada, entre outros motivos, pelo facto de o "cuidado de enfermagem" ser um conceito multidimensional, complexo e ainda em desenvolvimento, carecendo de uma clarificação.

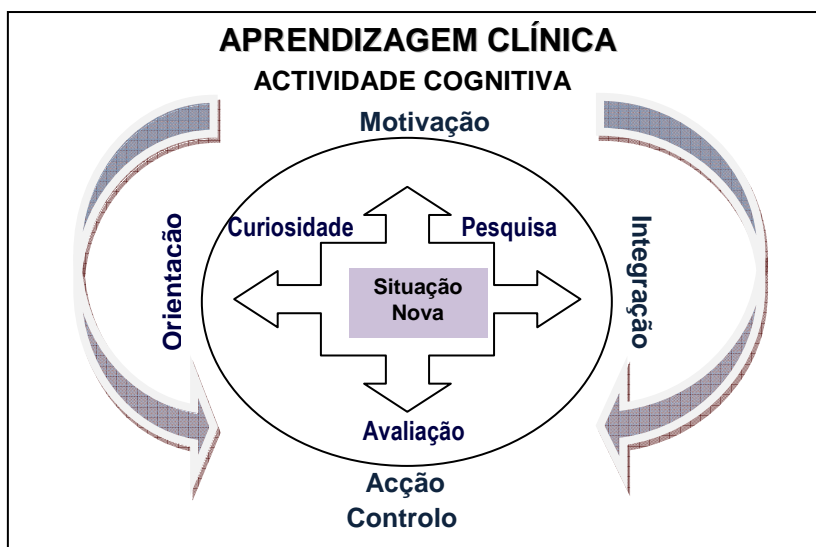
Schön (1987) entende o campo da prática como espaço de desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas num contexto de tensões entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática. O enfermeiro do serviço (ou o aluno de enfermagem) adquire o conhecimento que lhe é transmitido pelos pares e/ou supervisor. Mas também apreende, compreende e organiza o conhecimento através de um trabalho intelectual ou físico ou através da experiência e reflexão.

Em relação ao contexto clínico, Massarweh (1999) retrata-o como uma “*sala de aula clínica*”, ainda que o único aspeto comum entre eles seja a referência a um espaço de formação, uma vez que, a aprendizagem clínica ocorre num contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos clientes, dos formadores, dos enfermeiros e dos alunos; ao contrário do trabalho em sala de aula. O trabalho em contexto clínico possui, por isso, uma elevada dose de imprevisibilidade. Aliado a este componente existem os problemas de ansiedade e as situações de *stress* que, por vezes, acompanham a aprendizagem do aluno.

Hart e Rotem (1995, cit. Abreu, 2003) identificam seis fatores como elementos caracterizadores da aprendizagem em contexto clínico: autonomia e reconhecimento, clareza do papel a desempenhar, satisfação profissional, suporte dos pares, oportunidades de aprendizagem e qualidade da supervisão.

A aprendizagem em contexto clínico pressupõe sempre uma atividade cognitiva, mediada por fatores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica. O processo inicia-se pelo confronto com uma situação nova e redefinição dos objetivos operatórios que compreende: motivação, orientação, integração e ação. O profissional aprende quando integra a informação e desenvolve uma ação, num contexto de avaliação e controlo, processos que podem ser auto ou hetero-dirigidos (Abreu, 2003) (Figura 7).

Figura 7 – A aprendizagem em contexto clínico (In: Abreu, 2003:11)



A ligação da aprendizagem à supervisão clínica é visível na medida em que disponibiliza orientação e avaliação, ao mesmo tempo que favorece os processos pessoais de controlo. Neste sentido, a aprendizagem implica mudanças a nível das cognições, práticas sócio profissionais, auto-conhecimento, definição de uma “estratégia pessoal” de processar a informação e transferibilidade - os saberes adquiridos num determinado contexto podem ser mobilizados em situações distintas (*forward reaching transfer*, para ações futuras, ou *backward reaching transfer*, de situações passadas).

É importante que a formação dos enfermeiros se estruture sobre metodologias reflexivas, tendo como pano de fundo, quer preocupações com os contextos onde decorrem as situações formativas, quer preocupações com o desenvolvimento pessoal e profissional destes.

Tal como Mialaret (1980) defende, a educação atual já não tem como objetivo fazer do educando um indivíduo inteligente, cujo raciocínio lógico não tenha falhas, mas sim, desenvolver a personalidade, de forma equilibrada, suscetível de se adaptar e de se aperfeiçoar, no contacto com situações novas e imprevistas.

Para Nóvoa (1988), a formação é vista como forma de desenvolver nos estudantes as competências necessárias para mobilizarem, em situações concretas, os conhecimentos teóricos e técnicos, os seus valores e as suas convicções.

Já para Alarcão (1996:7), na formação *“cada ser humano trilha o seu próprio percurso, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser”*. Trata-se, conforme a autora, *“de descoberta e empenhamento gradual, de transições ecológicas desencadeadoras de níveis progressivos de desenvolvimento, de choques e confrontos numa via que o deve conduzir à autonomia e à capacidade de livre e responsabilmente desempenhar os seus deveres de cidadão sem esquecer também os direitos que lhe são conferidos e sem deixar de reconhecer a necessidade de mudança para que cada um possa ser cada vez mais humano numa sociedade que se deseja também cada vez mais desenvolvida”*.

A formação de um profissional deve suscitar o desenvolvimento de um profissional reflexivo que, momento a momento e situação a situação, invoque os seus saberes para, deles selecionar os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação por que está a passar.

Parece claro que o conhecimento técnico é fundamental na formação profissional. Sem este deixaríamos de ter um conhecimento profissional na área da saúde, deixaríamos de ter uma identidade própria. No entanto, aprender a conhecer-se a si próprio e a trabalhar com todos esses saberes começa a ser fundamental. *“O conhecimento de si próprio mantém a sua dimensão meta reflexiva e função meta reguladora da praxis profissional, constituindo a condição indispensável para o desenvolvimento e para a transformação na qualidade: de si próprio e das situações que experiência”* (Sá-Chaves, 2000:103).

Esta parece ser a matriz para os formadores/docentes, responsáveis pela formação de futuros profissionais, que deverão começar a construir em si, os contornos da complexidade das suas práticas.

Os formadores que se responsabilizam pelo ensino das práticas clínicas são confrontados com quatro responsabilidades centrais. Uma primeira corresponde à necessidade de estabelecer a ligação entre o ensino teórico e o contexto clínico. A segunda refere-se ao suporte que é necessário disponibilizar ao formando para este construir os saberes processuais, que dependem significativamente do seu próprio percurso de vida. Em terceiro lugar, caberá ao formador mediar a

definição da “profissionalidade” do futuro enfermeiro, que envolve as dimensões personalidade, auto-estima, fenómenos de identificação, segurança ou mesmo estabilidade emocional e desenvolvimento de competências. Por último, ambos devem assumir as suas responsabilidades na avaliação (rigorosa) em contexto das práticas, conciliando uma postura humanista com a necessidade imperiosa de promover práticas de saúde seguras e de qualidade (Abreu, 2003).

Para esse efeito, é importante que sejam disponibilizados aos formadores programas específicos de formação com o objetivo de desenvolver as suas competências pedagógicas e colaborar na formação dos novos profissionais. Estes devem entender os mecanismos através dos quais se desenvolve a aprendizagem e também ter conhecimento de um conjunto de dimensões que enquadram a formação clínica: a *filosofia* da escola, o currículo, as experiências clínicas anteriores e as metodologias de avaliação.

É, pois, importante intervir nesta questão do afastamento dos professores dos locais de exercício direto da profissão, da necessidade da formação dos alunos durante as práticas clínicas se processar no quadro de cooperação efetiva entre professores e enfermeiros, onde saberes teóricos e práticos se articulem e reconhecendo os contextos de trabalho como potencialmente formadores.

De facto, se a formação inicial for, como propõe Perrenoud (1993), entendida como o princípio da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua vida profissional, esta tem de ser reequacionada de modo a responder aos novos desafios com que se confronta.

Refletir sobre a prática produzindo saber constitui um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início. O desenvolvimento de estratégias ou de *competências de alto nível taxonómico*, que permitam aos futuros profissionais trabalhar em diferentes contextos com contínuas mudanças permite responder à diversidade de problemas de complexidade crescente com que se deparam, confrontando-os com a pertinência da promoção da reflexão na aprendizagem (Perrenoud, 1993).

Alexander *et al.* (2002, cit. Abreu, 2003) colocavam em evidência outro recurso inovador na formação dos alunos. Faziam referência à utilização de *portfolios*, os quais aglutinam um conjunto de materiais produzidos pelos alunos numa perspetiva crítica e reflexiva e são sujeitos a uma avaliação formativa; acrescentam que os *portfolios* facultam uma base consistente para o aluno desenvolver os seus processos de autoavaliação e meta-avaliação tuteladas.

A aquisição de saberes durante a formação inicial e continuamente ao longo da vida, permite ao formando e depois profissional, a aquisição de determinadas competências essenciais à sua prática.

Em relação à competência, Boterf (1994: 43) refere que não se reduz a um *saber* ou *saber-fazer*, uma vez que ter conhecimentos e capacidades não significa ser competente e afirma ainda não se tratar de uma simples aplicação, mas antes, duma construção que só se realiza na ação. Para o autor, o conceito de competência designa *uma realidade dinâmica, um processo e define-se como um saber-fazer com validade operacional*.

Por sua vez, Berthelot (1985) define competência como uma *unidade integrativa* (dos seus constituintes empíricos, saberes, saber-ser, autonomia...), referente a uma unidade situacional. Pires (2005), por sua vez, define competência como uma unidade sistémica.

A *competência* poderá ser, então, a capacidade de integrar saberes diversos e heterogêneos para resolver problemas e realizar diferentes atividades. A competência não se limita a executar uma tarefa de forma repetitiva e idêntica, pressupõe capacidade de aprender e de se adaptar criativamente.

Para Reinbold e Breillot (1993, cit. Canário, 1997: 138) o desenvolvimento de competências corresponde a um processo multidimensional, simultaneamente individual e coletivo e sempre contingente, ou seja, dependente de um determinado contexto e de um determinado projecto de ação. Assim entendido, o conceito de competência corresponde *a saber encontrar e pôr em prática eficazmente as respostas apropriadas ao contexto na realização de um projecto*.

A competência, segundo Boterf (1994), não é um estado, nem um saber que se possui, nem um adquirido da formação. Só é *compreensível num ato*, daí o seu carácter contextualizado, sobressaindo nas emergências dos contextos de ação profissional (e não previamente passadas). Não é possível haver competência na ausência de transação.

Daqui entende-se a necessidade do ensino clínico na formação dos estudantes, como futuros profissionais. Daí que, numa última análise desta perspetiva, a competência se inscreve num processo de socialização, em que a aquisição de conhecimentos é feita em situação, não numa perspetiva determinante, mas a partir duma estrutura de aquisição do próprio indivíduo, que se vai construindo ao longo da vida, dotado do seu próprio sentido.

Pelo levantamento de trabalhos publicados sobre *novas* competências de um conjunto vasto de autores, Pires (1994) verificou que, embora dominadas e caracterizadas sob forma ligeiramente diferentes, consoante o tipo de abordagem e os contextos onde se desenvolveram, obedecem, no entanto, ao mesmo denominador comum. Trata-se de um conjunto de competências não especificamente técnica, do foro pessoal e relacional dos indivíduos, e que são as seguintes: as competências genéricas ou transversais, os *soft skills* (Nyhan, 1991), as competências chave e as competências de terceira dimensão (Aubrun e Orofiamma, 1990).

Como atrás fizemos referência, o curso de formação inicial de enfermagem integra duas componentes: a teoria e a prática. Neste último componente, o ensino clínico ocupa um espaço importante de apropriação dos saberes e de desenvolvimento de competências, quer pelos contactos que proporciona com a realidade, que permitem uma crítica reflexiva, que estimulam uma reflexão pessoal e o desenvolvimento de diversas competências essenciais para o futuro de uma profissão, quer pela carga horária que ocupa no plano de estudos.

Então, que estratégias deverão ser traçadas para o acompanhamento deste ensino clínico?

Hart e Rotem (1995) identificam seis fatores como elementos caracterizadores da aprendizagem em contexto clínico: autonomia e reconhecimento, clareza do papel a desempenhar, satisfação profissional, suporte dos pares, oportunidades de aprendizagem e a qualidade da supervisão.

Como é do senso comum, a formação de qualquer pessoa em qualquer profissão não termina no contexto da sua formação inicial, deve prosseguir, sistematicamente, na designada formação contínua. Esta prescreve o aperfeiçoamento, orienta-se para a mudança dos atores, dos contextos e da organização social, ou seja, conforme nos refere Simões (n.d.:104), qualquer “*modelo formativo procura equacionar os aspetos que reputa essenciais para que a intervenção possa criar contextos que facilitem desempenhos adequados*”.

Na formação, os profissionais deverão implicar-se ativamente no processo formativo, com vista à aquisição de *novos* conhecimentos, *novas* competências ou, por outro lado, ao desenvolvimento e consolidação de conceitos e práticas já adquiridas, permitindo-lhes, deste modo, uma maior qualidade na intervenção profissional.

A formação dos profissionais (formação em serviço...) assenta na acumulação de conhecimentos e na separação entre a teoria e a prática, produzida em dois momentos e dois espaços distintos – a teoria na escola e a prática nos locais de exercício da profissão (D'Espiney, 2003).

O inquestionável interesse da compreensão dos fenómenos que envolvem os processos de aprendizagem e de desenvolvimento de adultos ou jovens adultos, onde englobamos os alunos dos cursos de Licenciatura em enfermagem, leva-nos a falar nos conceitos *desenvolvimento* e na *aprendizagem*.

Merriam e Canan (cit. Danis e Solar, 2001) concebem o desenvolvimento como um processo de evolução que se desenrola ao longo da vida do adulto, em função de um contexto e de um meio de vida particular; No entanto, para uma, os acontecimentos marcantes vividos promovem o desenvolvimento e, para a outra, são os projectos significativos empreendidos que constituem o processo de tomada de poder, que o determina. Ou seja, diferentes tipos de aprendizagem conduzem ao desenvolvimento pessoal do adulto.

A aprendizagem nos adultos é concebida como um processo de (trans)formação e (re)construção pessoal, em relação aos seus conhecimentos, convicções, comportamentos e atitudes, resultante de uma experiência (Danis e Solar 2001; Alarcão, 2001; Alarcão e Tavares, 1989). Enquadramos, assim, a aprendizagem dos adultos centrada em dois eixos: a aprendizagem pela experiência e a aprendizagem pelo significado atribuído à experiência.

A formação contínua ou formação ao longo da vida, pelo que temos vindo a referir, surge como trinómio polarizador de novos desenvolvimentos ao nível da formação, nomeadamente da formação experimental, do trabalho, da reflexão e da experiência (Canário, 1997).

A formação dos enfermeiros constitui há já muito tempo uma preocupação dos hospitais que, rapidamente, a dirigiram para um processo de educação permanente, procurando, por um lado, colmatar as insuficiências de escolarização dos seus profissionais (muitos enfermeiros tinham então a quarta classe ou o ciclo preparatório), através da formação recorrente e, por outro lado, responder às crescentes necessidades de formação que as tecnologias na saúde exigiam, tendo-se organizado então os Departamentos de Educação Permanente em Enfermagem que, atualmente, se estão a integrar nos centros de formação multiprofissionais (D'Espiney, 2003).

A formação contínua nas instituições de saúde tem sido, apesar de tudo, o impulso originador de diversas transformações internas, quer a nível das práticas profissionais, quer a nível das *sociabilidades coletivas*. E talvez mais não se tenha conseguido porque estruturas formativas continuam a ser concebidas como unidades funcionais, sendo-lhes sucessivamente vedada a aliança com os contextos de trabalho (Abreu, 2003).

No início da década de oitenta, surgiu a denominada *formação em serviço*, que não acrescentou mais senão a valorização das ações formais e pontuais, realizadas no local de trabalho, em tempos considerados menos produtivos (idem, ibidem).

A sua diminuída pertinência social, constatada ao longo da década de oitenta e início dos anos noventa, derivava fundamentalmente da fragmentação social da oferta de formação, como distinção dicotómica entre *formadores* e *formandos*, o não reconhecimento dos adquiridos por via não formal e a adoção de pedagogias normativas, que esgotava o interesse dos múltiplos objetos de estudo (idem, ibidem).

A *formação em serviço*, terminologia com que era referenciada na cultura hospitalar, representava uma postura tradicional e *endoutrinadora* de transmitir informação.

O processo inovador que apresenta a formação em exercício é um processo complexo, desenvolvido em torno de duas lógicas fundamentais: *a lógica da aprendizagem e a lógica estrutural*. Ambas as lógicas, intrínsecas aos diversos tipos de saberes subjacentes às práticas profissionais, condicionam o processo de socialização profissional (idem, ibidem).

D'Espiney (2003) vai mais longe e acrescenta que a formação contínua dos enfermeiros concebida segundo uma lógica predominantemente escolarizada, *tem sistematicamente desvalorizado a prática destes profissionais*. As escolas e os docentes, confrontados com um contexto de trabalho em processo de mudança acelerada, ao qual a escola mostra dificuldade em responder, sobretudo pelo cada vez maior distanciamento dos professores em relação a estes contextos, investem principalmente numa formação escolarizada, o que mantém o distanciamento dos docentes dos locais de produção da profissão de enfermagem.

Retomando as questões relativas ao processo complexo que é a *formação em serviço*, percebamos a razão que Abreu identifica para esta se desenvolver em volta de duas lógicas

fundamentais. No que se refere à lógica de aprendizagem, o autor refere que esta se constrói em redor dos seguintes pólos: reflexão sobre a inserção no coletivo de trabalho; construção de saberes profissionais; aprendizagem e significado do trabalho para os atores, numa dialética recursiva entre o individual e o coletivo.

Por outro lado, a lógica estrutural assenta sobretudo na estrutura do contexto em que se desenvolvem a ação e a formação, o que a torna uma lógica sobretudo intrínseca. Em relação a esta, o mesmo acrescenta que tem a ver com a reflexão acerca da organização do trabalho, com os modos de gestão, com a natureza dos dispositivos de formação e com a gestão da inovação, tendo como referência o processo global de formação dos enfermeiros.

A formação pode ser vista como um fator de mudança dos contextos de trabalho no seio de uma organização através da criação de novas oportunidades e relações. Friedberg (1993) refere-se à organização como sendo um conjunto no qual se opõe e se confronta uma multiplicidade de racionalidades cuja convergência não tem nada de espontâneo, mas é resultado da construção de uma ordem. O mesmo autor compara uma organização com um “mercado político” (1993:58), pois associa-a a uma microssociedade cuja ordem é uma construção social e está irredutivelmente ligada às interações e processos sociais de troca entre os seus membros.

Acrescenta que o problema central das organizações, o qual denominou de “grão de areia na máquina”, é a natureza afetiva e sentimental do homem. O homem rejeita ser tratado como um meio ao serviço das organizações, já que cada qual tem objetivos e finalidades próprias.

Friedberg e Crozier (1977) falam-nos numa análise estratégica da organização como forma de potenciar os processos formativos e produtivos. Segundo os autores, estes assentam em determinadas premissas: a liberdade do indivíduo no seio da organização é um fator essencial a ser considerado; as estratégias dos atores são sempre racionais e vão ao encontro das interações com pares; a análise estratégica deve estruturar-se sobre três conceitos fundamentais – o poder, a incerteza e os sistemas de ação.

Daqui percebemos que os processos de formação não são dependentes só do Homem (enfermeiros), mas do ambiente em que se insere, das trocas que faz com outros atores do sistema, da própria organização que o acolhe, das leis que o regem. A existência de uma ordem local, que é fundamentalmente um construído político que medeia as relações com o exterior, provoca uma eco-

transformação dos elementos constitutivos do sistema. A vivência da afetividade e a relação com o poder são exemplos de situações quotidianas cuja transformação teve importantes efeitos formativos para os enfermeiros (Abreu, 2003).

Nesta perspetiva, Friedberg afirma que os comportamentos dos atores fazem sempre referência a duas dimensões: (a) a história individual de cada pessoa, remetendo-nos aos processos de aprendizagem que ela atravessou na sua família, na escola ou ao longo da vida profissional, com os quais *“pode adquirir capacidades cognitivas e relacionais que condicionam tanto a sua perceção da situação como a sua capacidade de ajustar os seus comportamentos (idem, 1993:217)”*; e (b) a existência de uma aprendizagem organizacional a qual ele associa aos *“constrangimentos e oportunidades da situação presente que provêm da participação da pessoa em jogos estruturados e na estrutura de interdependência subjacentes (idem, ibidem)”*.

Este pressuposto é defendido por diversos autores. Sara Pain, 1992, na análise que faz ao processo de aprendizagem, cruzando a teoria piagetiana com a teoria psicanalítica de Freud, defende que a aprendizagem se dá através de quatro dimensões:

(a) A dimensão biológica do processo de aprendizagem, assinalado por Piaget como duas funções à vida e ao conhecimento (a conservação e a antecipação da informação) encontra-se dividida em três tipos de conhecimento: (i) o das formas hereditárias programadas junto ao conteúdo informativo relacionado ao meio de atuação do indivíduo; (ii) o das formas lógico-matemáticas, que se constroem progressivamente segundo os estadios de equilibração crescente e por coordenação progressiva das ações que se cumprem com os objetos, e (iii) o das formas adquiridas em função da experiência, que fornecem ao sujeito informação sobre o objeto e suas propriedades.

(b) A dimensão cognitiva do processo de aprendizagem que, para Gréco (citado in Pain, 1992), se encontra diferenciada em três tipos: (i) aquela na qual o sujeito adquire nova conduta baseada no ensaio e erro, (ii) a segunda baseada na experiência como função de confirmação ou correção das hipóteses (mecanismos de antecipação e retroação capazes de corrigir a aplicação do esquema e promover a acomodação necessária), e (iii) a aprendizagem estrutural, vinculada ao nascimento das estruturas lógicas do pensamento, através das quais é possível organizar uma realidade inteligível cada vez mais equilibrada.

(c) A dimensão social do processo de aprendizagem que compreende todos os comportamentos dedicados à transmissão da cultura exercitando, assumindo e incorporando uma cultura particular.

(d) O processo de aprendizagem como função do eu (yo). Segundo Freud o ego funciona como uma estrutura que tem por objetivo estabelecer contacto entre a realidade psíquica e a realidade externa.

As condições externas da aprendizagem são apresentadas como o estímulo que o meio propicia através das condições afetivas, sociais, económicas e culturais em que o sujeito está inserido. A aprendizagem é uma função do cérebro, resultante de complexas operações neurofisiológicas e neuropsicológicas, que se combinam e organizam, integrando estímulos e respostas, assimilações e acomodações, gnósias e praxias, sendo o cérebro responsável pelas aprendizagens no seu todo, funcional e estrutural (Fonseca, 1984).

As modalidades de aprendizagem do indivíduo, segundo Pain (1986), dependem das modalidades de inteligência. O estudo dessas modalidades vem da análise realizada por Piaget acerca do movimento de acomodação e do movimento de assimilação que o sujeito realiza para adquirir as primeiras aprendizagens assistemáticas e as segundas aprendizagens sistemáticas. Pain considera que os referidos movimentos piagetianos, quando atravessados por vínculos negativos, desenvolvem uma hiper e/ou hipoacomodação, ou uma hiper e/ou hipoassimilação, que construirão, no sujeito, modalidades de inteligência patógena.

Paín intitula de "modalidade do processo assimilativo-acomodativo" ao processo de adaptação que, conforme Piaget, cumpre-se graças ao duplo movimento complementar de assimilação e acomodação. Especificando as modalidades de inteligência, Fernandez (1991) e Pain (1986) estabelecem as seguintes relações e consequências na aprendizagem:

(a) Na hipoassimilação os esquemas do objeto permanecem empobrecidos, bem como a capacidade de os coordenar. Isto resulta num défice lúdico e na disfunção do papel antecipatório da imaginação criadora.

(b) Na hiperassimilação pode dar-se uma internalização prematura dos esquemas, com um predomínio do lúdico, que em vez de permitir a antecipação de transformações possíveis, desrealiza negativamente o pensamento do indivíduo.

(c) A hipoacomodação aparece quando um ritmo do indivíduo não foi respeitado, nem a sua necessidade de repetir muitas vezes a mesma experiência.

(d) Hiperacomodação acontece quando existe uma superestimulação da imitação.

A referência a esta teoria ajuda-nos a compreender que a formação de cada sujeito não depende apenas dos seus fatores biológicos ou de processos de cognição. Depende também de fatores ambientais relacionados, por exemplo, com o contexto de trabalho em que se insere.

No seu estudo, Abreu (2003) refere que seriam considerados processos, potencialmente formadores, aqueles que, sem intencionalidade formativa explícita, condicionam as práticas e comportamentos dos atores profissionais. Exemplos de fenómenos organizacionais com efeitos formativos marcantes são a organização de trabalho, a conflitualidade e os próprios jogos de poder. Da mesma forma, os momentos informais e não informais de formação no contexto de trabalho, considerados por vezes periféricos, assumem um lugar de relevo na evolução das práticas profissionais.

Estas abordagens anteriores vão ao encontro do modelo de aprendizagem pela experiência e de desenvolvimento de competências de Kolb. Segundo o autor, o desenvolvimento de competências traduz-se por uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas, relacionais e (trans)formativas que implicam a visão do indivíduo como um todo: o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua afetividade. Por outro lado, a aprendizagem pela experiência implica também reconhecer a dimensão formativa dos contextos de trabalho que é consubstanciada no conjunto de competências múltiplas que o exercício do trabalho requer (idem, ibidem).

Esta perspetiva de formação em contexto de trabalho permuta a visão puramente utilitária, consumista e adaptativa, na qual a formação é vista como uma variável de gestão, para uma abordagem ecológica do processo formativo, enquanto espaço dinamizador de transformação e de problematização das práticas socioprofissionais (idem, ibidem).

Durante o seu trabalho de campo, Abreu (2003) verificou que a formação é um processo contínuo, ao longo do qual os atores promovem a sua adaptação ao meio, interagindo reciprocamente com este (transformando-se e transformando-o). Acrescenta que a formação poder-se-á considerar um

processo difuso, que não permite isolá-los do contexto sócio-relacional em que se enquadram e em que se movem.

Neste contexto de trabalho, não se valoriza a formação como um *fim em si*, mas o uso que dela fazem os atores. A formação é perspectivada como um processo contínuo de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de competências, tendo em vista a transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho (idem, ibidem)

Pineau (1986, cit. Costa, 1998) diz que a formação, concebida como “*a função da evolução humana*” é um processo permanente.

Para abordar a complexidade da formação, Pineau (idem, ibidem) propõe um modelo de análise teórico, baseado na experiência e inspirado em J. J. Rousseau e Edgar Morin (1986, 1991), que denominou “*teoria tripolar de formação*”: EU (Autoformação), os OUTROS (Heteroformação) e as COISAS (Ecoformação).

Rousseau considera que cada um é formado por três mestres: eu, os outros e as coisas, e nesta perspectiva, a formação pode representar uma forma de descoberta o que constitui não só uma experiência individual, como também coletiva. A formação nunca pode ser dissociada das relações no contexto social; mas, no contexto da auto-descoberta, os indivíduos também se formam (idem, ibidem).

Esta perspectiva vai ao encontro, por um lado de Schon (1983) que refere que a prática implica “*ação no mundo*” e supõe uma relação entre a compreensão, a ação e a mudança. Por outro lado, vai ao encontro de Bronfenbrenner (1987), considerando o sujeito como um ser ativo e dinâmico, em constante interação, direta ou indiretamente, com os contextos em que participa.

Assim, identificamos dois agentes da aprendizagem nos adultos, a experiência e a reflexão, quando refletida e conceptualizada, permite compreender a realidade, permite aprender (Alarcão, 2002).

O processo de aprendizagem constitui-se, então, por uma série de fenómenos que vão desde o indivíduo aprender a apreender, a ser capaz de interiorizar os procedimentos da aprendizagem, observar os dados provenientes da experiência, analisá-los e sintetizá-los emitindo um juízo final, passando pela sua participação ativa e responsável em todo o processo, até à atribuição de um

significado, ou seja, a perceção do assunto ou da experiência como importante e relevante para si e para os seus propósitos.

Partindo desta ideia de formação e de desenvolvimento humano como um sistema aberto, onde se identifica uma constante e mútua interação entre o indivíduo ativo e em constante crescimento e o meio, também em constante transformação, em que o primeiro se insere, se adapta e se (trans)forma, encontram-se os princípios do modelo ecológico de desenvolvimento e formação de adultos (Bronfenbrenner⁷, 1979).

No contexto de uma profissão, poderemos entender por conhecimento profissional um conjunto de habilidades e conceitos que necessitamos ter e conhecer para que futuros profissionais se apropriem deles, os conheçam, apreendam e os apliquem em si mesmos. Este conhecimento é de alta complexidade e multidimensional, ou seja, não é um conhecimento que o supervisor detenha e transmita ao outro, mas com múltiplas dimensões que o profissional, numa atitude reflexiva, vai congrega.

Nos processos formativos, como refere Sá-Chaves (2000), seja qual for a profissão de que falemos, a *“dimensão pedagógica é indissociável dos processos de formação”*. A supervisão não será mais do que um processo de desenvolvimento humano, através da construção do conhecimento, como aprendizagem da vida pessoal e/ou profissional.

Como os profissionais desempenham um papel central no seu processo formativo, compete-lhes, em conjunto com os responsáveis pela formação, definir os conteúdos ou temas que melhor correspondam às suas necessidades e aos seus interesses, quer de âmbito profissional ou pessoal.

Após um processo reflexivo sobre conteúdos ou situações problemáticas com que os profissionais se confrontam, numa postura dialógica, de partilha e negociação, os profissionais, devem priorizar as suas necessidades de formação e de construção de conhecimento, de forma contextualizada.

⁷ Urie Bronfenbrenner nasceu a 29 de Abril de 1917, em Moscovo, num momento de profundas transformações sociais e políticas (o início da ascensão comunista e revolução Russa), e era ainda uma criança quando foi para os EUA. Foi criado dentro da tradição judaica, mas num ambiente multicultural, tendo contacto com diferentes grupos étnicos e culturais durante sua escolarização (Krebs, 1995). O contacto que experienciou com diferentes modos de viver e pensar, deveu-se ao facto de ter morado com os pais numa instituição psiquiátrica onde as idades das pessoas circundantes variavam das crianças aos idosos.

Deste ponto de vista, o desenvolvimento da profissionalidade, diretamente relacionada com a reflexão sobre situações reais, conduz o profissional a sentir-se capaz de enfrentar situações novas e diferentes, com as quais se vai deparando na prática diária, que o ajuda a tomar decisões cada vez mais ajustadas, por que mais refletidas.

Escudero e Bolívar (1994:97) são claros quanto à necessidade de articular a formação inicial e a formação contínua e dizem que *“a educação e a formação de qualidade dos alunos é praticamente irrealizável à margem de uma formação, também de qualidade, relevante e efetiva dos professores”*, a que acrescentaríamos também dos enfermeiros. Esclarecem ainda que esta articulação não é fácil na medida em que *“reclama soluções políticas, sociais, organizativas e pessoais”* (D’Espiney, 2003).

Nos contextos de enfermagem hospitalar, por si só complexos, na luta constante entre a vida e a morte, entrecruzam-se alunos, enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde em percursos individuais e profissionais diferentes, com ideologias diversas e, como seria de esperar, *racionalidades diferentes*, o que não impede a formação de uma *identidade coletiva* (Abreu, 2003).

O contexto de trabalho, dada a tecnologia utilizada, a gravidade das situações clínicas e o leque alargado de conhecimentos que são mobilizados, evidenciam uma multiplicidade de *“pontos críticos”*, que são fundamentalmente zonas de insegurança mas geram interdependência e solidariedade entre os grupos profissionais existentes, nomeadamente, entre médicos e enfermeiros, promovendo, para além de um crescimento e maturidade pessoais, um desenvolvimento profissional e, por isso, momentos de formação (Abreu, 2003).

3.2. Trajetórias de formação e supervisão

*“Quando se tem uma meta, o que era um obstáculo
passa a ser uma das etapas do plano.”*
(Gerhard Erich Boehme)

A vida num hospital reflete as características duma sociedade complexa, heterogénea, ambígua, marcada por incertezas e contradições (paradigma hologramático de Edgar Morin). Nela cruzam-se diversos atores com percursos distintos, mundos diferentes, valores díspares, e sente-se a tensão entre a diversidade de saberes e a multidimensionalidade da vida real.

Não obstante, a formação dos atores varia conforme a profissão, e mesmo dentro da mesma classe profissional encontram-se formações diferentes. A formação, ainda muito académica e escolarizada, precisa de dar um passo importante no sentido de melhor integrar a prática e a teoria, investindo nos processos supervisivos como uma estratégia que conduz à formação contínua, melhorando a ligação escola/hospital no caso da formação inicial.

Os enfermeiros são geralmente os primeiros prestadores de cuidados dos clientes e das suas famílias que se encontram num processo de transição, assim, têm de ter em consideração as mudanças e as exigências que as transições acarretam nas suas vidas. Para além disso, os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam os clientes para a transição eminente e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do cliente (Meleis *et al.*, 2000).

O conceito de transição significa uma passagem de uma fase da vida, estadio, condição ou estatuto, para outra, abrangendo em si uma múltipla conceção englobando os elementos de todo o processo, do tempo e da sua perceção (Meleis e Chick, 1986).

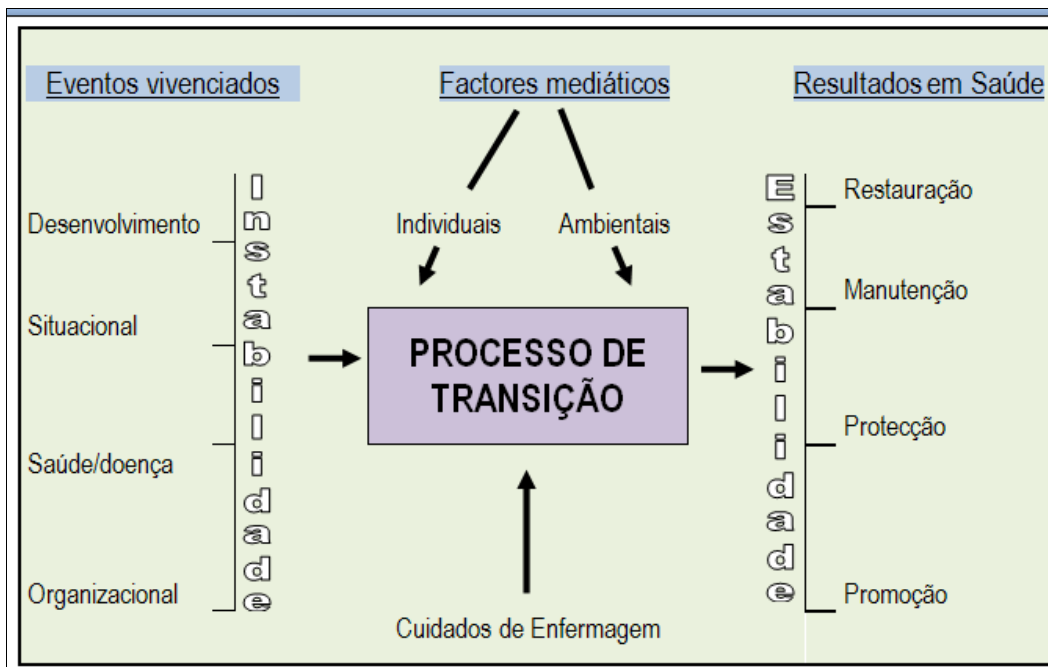
Uma característica importante da transição é que esta é essencialmente positiva. A sua efetivação ocorre quando a pessoa consegue um período de grande estabilidade em relação à fase anterior da sua vida.

Uma vez que as transições se desenrolam ao longo do tempo, é necessário reconhecer os processos indicadores que movem os clientes, a vulnerabilidade e os riscos a que estão sujeitos, pelo que é fundamental uma avaliação precoce da intervenção dos enfermeiros, de modo a facilitar resultados saudáveis. Deste modo, tendo em consideração que as respostas da pessoa à doença se constituem como um foco de atenção de elevada sensibilidade aos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem profissionalizar o seu contributo nesta área, de modo a que os clientes se adaptem eficazmente à sua nova situação de vida.

Esta profissionalização passa pela formação e supervisão dos profissionais assim como o seu acompanhamento precoce na formação inicial, mais uma vez estreitando os laços escola/hospital.

Ao longo da evolução humana a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como, expor os indivíduos aos riscos acrescidos da doença (Meleis *et al.*, 2000). A figura que se segue resume esquematicamente o processo de transições que poderão ocorrer.

Figura 8: Relação entre as transições e os outros conceitos do domínio (Adaptado de Meleis e Chick, 1986)



A transição é iniciada, nalguns casos, por acontecimentos sobre os quais não há controlo individual, enquanto que, noutros casos, pode ser procurada deliberadamente, através de eventos como: casamento, gravidez, mudança de profissão ou cirurgia.

Neste contexto, as transições podem ser classificadas em quatro tipos, mais especificamente: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais. A transição desenvolvimental, compreende períodos transitórios da vida, que são considerados críticos, envolvendo todo o ciclo vital desde o nascimento. A transição situacional envolve a ocorrência de acontecimentos inesperados ou não, que ocorrem na vida do indivíduo, incluindo gravidez, nascimento, morte, entre outros. A transição de saúde-doença estabelece-se perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação (Meleis *et al.*, 2000).

Após atingir a estabilidade, todo o processo acompanhado pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, atinge os resultados de saúde esperados para cada momento vivenciado.

Entendendo os cuidados de enfermagem numa perspetiva portadora de sentido para com a pessoa cuidada, a nossa atenção formativa e supervisiva terá de se centrar nos clientes e nas suas capacidades para lidar com os fenómenos de doença, tentando ultrapassar os prejuízos causados pela disfunção física, social ou afetiva.

Por outro lado, é fundamental promover o desenvolvimento de um profissional mais reflexivo, conceito introduzido por Schön (1983). Caracterizando o hospital como um organismo vivo, dinâmico, capaz de (inter)agir e de desenvolver-se ecologicamente, qualificamo-lo como um sistema aberto, em permanente interação com o ambiente (Bronfenbrenner, 1979) envolvente, que estimulando-o ou condicionando-o, cria contextos de aprendizagem para os que diretamente nele interagem.

Esta ideia de supervisão clínica corrobora a perspetiva teórica de Bronfenbrenner (1979), referida por Portugal:

A ecologia de desenvolvimento humano implica o estudo [...] da interação mútua e progressiva entre, por um lado um indivíduo ativo, em constante crescimento, e, por outro lado as propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o indivíduo vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos em que aqueles se integram (Portugal, 1992:37)

Daqui se depreende que Bronfenbrenner considera o sujeito como um ser ativo e dinâmico em constante interação, direta ou indiretamente, com os contextos em que participa. O indivíduo realiza atividades, desempenha papéis e estabelece relações interpessoais. Estes fatores mostram-se determinantes no seu desenvolvimento, assim como se mostram igualmente determinantes as matrizes que moldam a natureza dos contextos e das suas relações.

Estas interações espelham bem a aprendizagem em contexto clínico, assim como estabelecem algumas linhas orientadoras sobre a gestão, a supervisão das práticas clínicas, e a promoção da aprendizagem e do desenvolvimento de competências (*ato de bem fazer e de fazer bem*) nesse contexto.

A supervisão clínica relaciona-se com a própria aprendizagem, na medida em que disponibiliza orientação e avaliação, mas também porque favorece os processos pessoais de controlo. Neste sentido, a aprendizagem implica mudanças a nível das cognições, das práticas sócio-profissionais, do auto-conhecimento, da definição de uma "estratégia pessoal" de processar a informação e a sua transferibilidade - os saberes adquiridos num determinado contexto podem ser mobilizados em situações distintas (*forward reaching transfer*, para ações futuras, ou *backward reaching transfer*, de situações passadas).

Abordar a teoria da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner é ressaltar a importância da contextualização dos processos de aprendizagem, apoiados nos quatro níveis (interrelacionados) que os caracterizam: a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo.

A abordagem ecológica do desenvolvimento, segundo o autor referido, privilegia os aspetos saudáveis do desenvolvimento, estudos realizados em ambientes naturais e a análise da participação da pessoa focalizada no maior número possível de ambientes e em contacto com outras diferentes - díades, tríades, etc (Bronfenbrenner, 1996).

O desenvolvimento humano é, então, definido como "*o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida*" (Bronfenbrenner, 1989:191). São valorizados os processos psicológicos relacionados com as multideterminações ambientais, sem negligenciar a importância dos fatores biológicos no decorrer do desenvolvimento.

A Teoria dos Sistemas Ecológicos, também chamada de “desenvolvimento em contexto” (Krebs, 1995), apresentada por Bronfenbrenner em 1979, é uma abordagem essencial para este estudo, uma vez que está centrada no ser humano em desenvolvimento e nas relações que este estabelece com o contexto em que está inserido. Numa fase posterior, o facto de haver uma dinâmica processual entre o ambiente, a pessoa e o tempo, é introduzido no modelo, que ficou conhecido por “Modelo PPCT”⁸ (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

Na forma mais recente da teoria, Bronfenbrenner fala em processo de eco-transformação, admitindo a existência de interações e não existindo apenas a transformação do sujeito (Bronfenbrenner, 1999).

Bronfenbrenner define desenvolvimento como processo através do qual a pessoa constrói uma representação mais ampliada e diferenciada no meio ecológico, e adquire disposições para se envolver em atividades de transformação desse ambiente, em níveis de complexidade semelhante ou crescente (Bronfenbrenner, 1996).

Bronfenbrenner refere que é uma teoria nova, perspetivando a pessoa em desenvolvimento, o ambiente e especialmente a interação entre ambos, o que nos faz pensar que o sucesso ou fracasso de todos os processos que observamos no contexto clínico não dependem exclusivamente das pessoas, do sujeito, ou dos agentes mediadores, mas sim da interação integrada de todas as pessoas envolvidas, principalmente das relações interpessoais que se estabelecem entre elas, apoiando a ideia que o autor destaca de que o meio ambiente ecológico é concebido “*como uma organização de encaixe de estruturas concêntricas, uma contida na outra*” (Bronfenbrenner, 2002:18).

Se as consideramos então como essa ideia, compreendemos facilmente a complexidade existente na definição e percepção dos elementos contidos em cada uma dessas estruturas concêntricas a que o autor (idem, ibidem) chamou sistemas.

O desenvolvimento humano fica então entendido como um processo interativo e ecológico porque se concretiza num espaço e tempo caracterizados por múltiplas influências.

⁸ Modelo de PPCT (*pessoa, processo, contexto e tempo*)

Bronfenbrenner (1979) propôs, assim, uma taxonomia descritiva do ambiente, dando particular atenção aos contextos sociais em que as crianças se desenvolvem. Na sua perspectiva, a complexa ecologia do desenvolvimento compreende o lar, a vizinhança, a escola, o local de trabalho dos pais, serviços de saúde e assistência social, as atitudes, as ideologias e as convicções. Elementos que interatuam complexamente dentro de um determinado quadro cultural e histórico, atendendo às estruturas: microssistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e (atualmente) o cronossistema (Portugal, 1992):

(a) O **microssistema** refere que tem a ver com um conjunto de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pelo sujeito em desenvolvimento num contexto imediato com determinadas particularidades físicas, sociais e simbólicas, que convidam, estimulam, permitem ou condicionam o envolvimento e atividades progressivamente mais complexas. A sociedade tem expectativas em relação ao sujeito e este, ao desempenhar o seu papel, também tem expectativa em relação ao que a sociedade espera dele.

Quanto às diversas atividades desempenhadas pelo sujeito, Copetti (2001) interpreta-as como formas de comportamento que podem ser divididas em moleculares (comportamentos momentâneos, sem muito significado e/ou intenção) ou molares (comportamentos que têm importância e/ou determinada duração temporal).

No que diz respeito à estrutura interpessoal, Bronfenbrenner (2002) fala-nos da existência de díades: díades de observação (para que ocorra tem que haver consciência de ambas as partes), díades de atividade conjunta (após a ocorrência da anterior, há uma consciência de que fazem algo em conjunto, podendo não ser a mesma coisa), e díade primária (é a mais duradoura pois continua mesmo quando os participantes não estão juntos).

Torna-se, então, fundamental que as relações estabelecidas tenham como características: reciprocidade (o que um indivíduo faz dentro do contexto de relação influencia o outro, e vice-versa), equilíbrio de poder (quem tem o domínio da relação passa gradualmente este poder para a pessoa em desenvolvimento, dentro de suas capacidades e necessidades) e afeto (que pontua o estabelecimento e perpetuação de sentimentos - de preferência positivos - no decorrer do processo), permitindo em conjunto vivências efetivas destas relações, também no sentido fenomenológico (idem, ibidem).

(b) Enquanto que o **microsistema** se limita aos processos que ocorrem no seio de um ambiente particular, a análise do **mesossistema** exige que se tenha em conta os efeitos dos processos operantes e interativos em dois ou mais ambientes onde o sujeito em desenvolvimento participa ativamente. Assim, o mesossistema inclui as ligações entre dois ou mais contextos frequentados pela mesma pessoa, por exemplo, a casa e o hospital, o hospital e a escola, a família e os amigos. Logo, torna-se claro que um mesossistema pode ser sucintamente definido como um conjunto de microsistemas em possível interação.

A transição da criança de um para vários microsistemas abrange o conhecimento e participação em diversos ambientes (a família, a escola, os vizinhos, etc.), consolidando diferentes relações e desenvolvendo papéis específicos dentro de cada contexto. Num sentido geral, este processo de socialização promove o seu desenvolvimento. Esta passagem, denominada por Bronfenbrenner de *transição ecológica*, é mais efetiva e saudável na medida em que a criança se sente apoiada e tem a participação de suas relações significativas neste processo.

(c) O **exossistema** diz respeito às ligações e aos processos que têm lugar em contextos em que o sujeito em desenvolvimento não participa diretamente mas que influenciam os contextos imediatos em que este se encontra.

Ao tratar do exossistema, Bronfenbrenner (2002) considera os ambientes onde a pessoa em desenvolvimento não se encontra presente, mas cujas relações neles existentes afectam o seu desenvolvimento. As decisões tomadas pela direcção da escola, as relações dos seus pais no local de trabalho são exemplos do funcionamento deste amplo sistema.

(d) A definição de **macrossistema** é mais complexa, enquadrando-se na tese de que as potenciais opções de desenvolvimento do indivíduo são definidas (e delimitadas) pelas possibilidades disponíveis numa determinada cultura, num determinado ponto da sua história. Quer dizer que num dado o contexto micro-sistémico – a casa, a escola, o hospital – a estrutura e conteúdo desse contexto ou as formas dos processos de desenvolvimento que podem (ou não) aí ter lugar são em larga medida determinada pela cultura, subcultura ou outra estrutura macrossistémica onde está contido o microsistema.

Bronfenbrenner (2002) descreve o macrosistema como um sistema de valores e crenças que permeiam a existência das diversas culturas, que são vivenciadas e assimiladas no decorrer do processo de desenvolvimento.

(e) Paralelamente a estes sistemas temos o **cronossistema** que influencia de forma decisiva as experiências. São as histórias de vida, as biografias e as próprias experiências anteriores do sujeito. É a identidade e a cultura que marcam profundamente a construção do conhecimento e, conseqüentemente, as interações com o meio a que a pessoa está sujeita.

De acordo com Krebs (1995), foi em 1986 que Bronfenbrenner mencionou o cronossistema como um fator a ser considerado na ecologia do desenvolvimento humano.

Quando identificou duas abordagens relacionadas com o tempo, a primeira considerava-o apenas em relação à pessoa/objeto de investigação, a segunda enfatizava a necessidade de olhar o tempo como uma variável da interação entre pessoa e contexto. O autor exemplificou a importância do cronossistema da seguinte maneira:

Para distinguir tais investigações daqueles estudos longitudinais mais tradicionais, focalizando exclusivamente o indivíduo, eu tenho proposto o termo cronossistema, para designar um modelo de pesquisa que permita investigar a influência no desenvolvimento da pessoa, de mudanças (e continuidades) ao longo do tempo, no ambiente no qual a pessoa está vivendo (Bronfenbrenner, 1986, cit. Krebs, 2005:74).

Bronfenbrenner (idem, ibidem) classificou os eventos que ocorrem no cronossistema em dois tipos: os normativos, que são os eventos que ocorreram com relativa previsão (entrada na escola, puberdade); os não-normativos, aqueles cuja ocorrência não podia ser antecipada (falecimento de alguém especial, divórcio, perda do emprego). Krebs (1995) enfatiza que essas transições acontecem no decorrer da vida e causam mudanças no desenvolvimento da pessoa implicada.

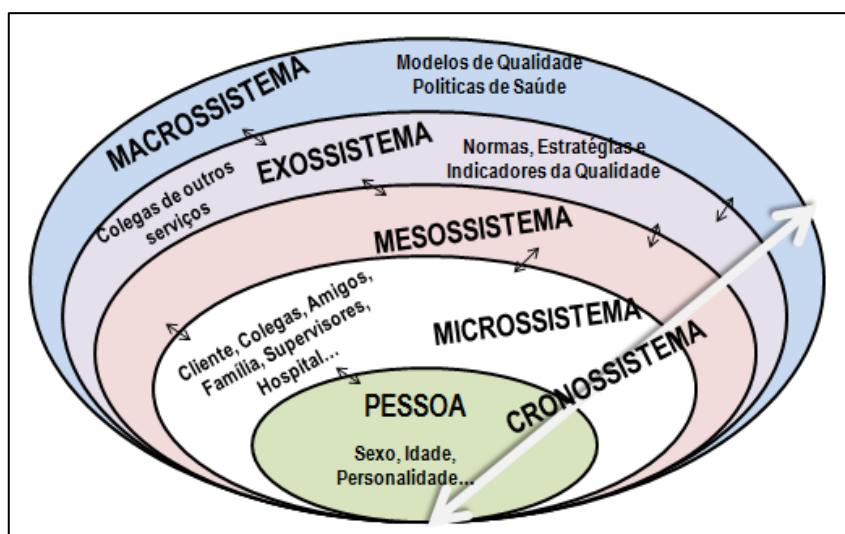
Bronfenbrenner e Morris (1998) atribuem três dimensões ao cronossistema: o microtempo, em que é observada a persistência da pessoa em adaptar-se às atividades molares, verificando-se uma continuidade e descontinuidade dentro dos processos proximais⁹ (Abreu, 2007). O mesotempo que está relacionado com a periodicidade com que um evento persiste, mesmo quando o sujeito transita

⁹ Processos proximais são um conjunto de processos e fatores mais próximos que afetam o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner e Morris, 1998; cit. Abreu, 2007).

de um microsistema para outro. Por sua vez, o macrotempo que, segundo o autor, está compreendido entre o tempo histórico e social, estendendo-se através das gerações.

É importantíssimo dizer que a relação entre estes cinco sistemas, quando analisada, aparece profundamente coerente, demarcando a interação dinâmica entre eles, o que a figura 9 pretende evidenciar.

Figura 9: Representação do modelo ecológico de Bronfenbrenner num contexto de qualidade



Estas interações de que fala o autor espelham bem a aprendizagem dos alunos e dos profissionais em contexto clínico, assim como fornece linhas orientadoras para a forma de gestão da supervisão das práticas clínicas, para a promoção da aprendizagem e para o desenvolvimento de competências (*ato de bem fazer e de fazer bem*) em contexto.

Embora a aprendizagem não tenha um núcleo instalado *aqui ou ali*, encontra-se presente fortemente, nas instituições que mais a suportam, como a escola ou até o hospital. Daí podemos falar em aprendizagem organizacional. Este conceito encontra-se abordado por Santiago (Alarcão e Sá-Chaves *et al.*, 2000) e refere-se à escola. Contudo, pela experiência clínica em contexto hospitalar, e não só, podemos transpô-lo para uma aprendizagem organizacional hospitalar.

As organizações de saúde geram aprendizagem, ao reunir nelas um conjunto de condições, onde se inserem as normas que vão dar resposta aos critérios de qualidade e de supervisão.

O conceito de aprendizagem organizacional é uma temática já estudada por Schön e Argyris (1978), que argumentam que há aprendizagem organizacional quando a organização tenta corrigir os erros que deteta no confronto dos resultados esperados com a realidade. Sendo um fenómeno inicialmente individual, rapidamente emerge ou objetiva-se através de interações (Alarcão e Sá-Chaves *et al.*, 2000).

Ainda na linha de pensamento destes autores, este processo deve resultar em mudanças nas estruturas mentais dos atores, com um conseqüente aumento de competências de resolução de problemas e das capacidades de ação. *“Esta obriga os atores a cortarem eventualmente com os seus princípios, a infringir tal ou tal regra, e diversificar, redefinir, enriquecer e modificar critérios de satisfação, racionalidade que o seu passado lhes legou.”* A aprendizagem organizacional torna-se tanto mais profunda quanto dela resultarem mudanças no conhecimento e nos valores de referência da organização (Friedberg, 1993:217).

Outros investigadores enfatizam o trabalho dos atores sobre a informação como suporte da aprendizagem organizacional (Hedberg, 1981; Huber, 1991; Dixon, 1994; cit. por Alarcão, 2000). Segundo alguns torna-se possível fazer depender exclusivamente a aprendizagem organizacional das experiências acumuladas (Levitt e March, 1996; cit. Alarcão e Sá-Chaves *et al.*, 2000).

Por último, partilhando da opinião que Alarcão (2000) dá numa perspetiva escolar, Cook e Yanow (1996) acrescentam que a cultura organizacional influencia fortemente a aprendizagem, mas seria necessário não perder de vista que a organização é, ela própria, um grupo humano que constrói, confronta, partilha e troca significações. Este processo estaria no centro das dinâmicas de aprendizagem organizacional e apresentar-se-ia como estruturante para a própria cultura organizacional (idem, *ibidem*:33):

“De facto, se bem que seja possível considerar que a aprendizagem organizacional está na dependência estreita da cultura organizacional, a relação entre ambas é, na realidade, interativa e configurada por múltiplas influências recíprocas. No fundo, se considerarmos a organização como um grupo humano, seria possível conceber que a última é sempre o produto de conflitos, de estilos de exercício de poder, de percepções sobre as tecnologias e as finalidades da organização e de partilha intersubjectiva de significações, aspetos que podemos categorizar na primeira. A cultura organizacional adquire uma independência própria, mas qualquer das suas componentes pode ser posta em causa e sofrer mudanças. Isso seria, contudo, mais problemático quando estão em causa as componentes mais funcionais do sistema (estruturas e procedimentos), bem como as componentes que se instituíram em rotinas”

Neste enunciado teórico, a produção, a troca e a partilha de significação no interior do contexto hospitalar pode ser considerada como um processo de aprendizagem organizacional, mas apenas na medida em que corresponde ao aumento das capacidades coletivas de construção de mais e melhores competências de gestão dos processos de formação como resolução de problemas, interpretação e construção autónoma de normas e regras, definição de visão e estratégia e promoção da qualificação dos atores. Simultaneamente, o hospital pode também ser caracterizado como um sistema de aprendizagem, resultado da produção coletiva de sentidos, que gradualmente se vão fixando na cultura organizacional (idem, ibidem).

Neste sentido, a supervisão pode ser considerada como uma estratégia essencial à aprendizagem organizacional, através da influência que pode exercer nas condições que promovem a qualidade das interações entre os atores na Instituição de Ensino (idem, ibidem).

Alarcão (2000), na sua reflexão sobre a aprendizagem organizacional, apresenta-nos um conjunto de condições que, do seu ponto de vista, cobrem uma boa parte das questões relacionadas com a construção dessa aprendizagem na escola. Ao encontro do seu pensamento estabelecemos a ponte com as instituições de saúde, direcionando para o caso do hospital, salvaguardando a ideia de que se pode prolongar às restantes instituições de saúde, nomeadamente, as escolas de enfermagem. Segundo a autora são consideradas duas categorias, tal como a figura 10 pretende evidenciar:

- As condições de maior centralidade nos processos de aprendizagem organizacional, mais ligadas ao estilo global do hospital: sistemas de valor, orientação para o tipo de participação dos atores na construção do conhecimento e orientação para o processo;
- As condições mais *instrumentais*, diretamente ligadas aos processos e resolução de problemas concretos: liderança/gestão, pensamento sistémico, modo de interagir com a comunidade, relação e clima entre grupos, diversidade de processos e práticas educativas, avaliação e consciencialização dos desempenhos educativos, acreditação e avaliação do hospital e formas e canais de comunicação.

Figura 10: Condições de aprendizagem organizacional num hospital /Instituição de saúde
(adaptado de Alarcão e Sá-Chaves *et al.*, 2000:35)



Não querendo concluir, mas dando uma ideia mais marcada, facilmente se percebe que as organizações de saúde não são instituições lineares, antes dinâmicas. Apresentam um conjunto de fenómenos que condicionam *tudo o que nelas habita*, inclusive a formação e o desenvolvimento dos profissionais/alunos que aí trabalham e estudam.

As grandes alterações a nível das instituições, as novas diretrizes políticas e as suas linhas orientadoras, a incessante procura da máxima qualidade, os processos de acreditação dessa qualidade, as reivindicações de carácter social e profissional, a cada vez maior complexidade dos cuidados de saúde, exigindo aos profissionais maior empenho, mais conhecimentos e maior desgaste, fazem com que a supervisão clínica avance e se desenvolva, acompanhando todas as mudanças que a ela estão inerentes.

Nos últimos anos do século XX, multiplicaram-se os estudos nesta área dominada pelo processo de acompanhamento de competências clínicas e da formação em exercício dos enfermeiros.

Outro autor que nos dá uma perspectiva importante de aprendizagem é Vygotsky. A concepção vygotskyana refere que o pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inato, contudo é determinado por um processo histórico-cultural e tem propriedades e leis específicas que não podem ser encontradas nas formas naturais de pensamento e da fala.

Uma vez admitido o caráter histórico do pensamento verbal, devemos considerá-lo sujeito a todas as premissas do materialismo histórico, que são válidas para qualquer fenómeno histórico na sociedade humana (Vygotsky, 1993). Estando o pensamento sujeito às interferências históricas às quais o indivíduo está submetido, entende-se que o processo de aquisição da ortografia, a alfabetização e o uso autónomo da linguagem escrita são resultantes, não apenas do processo pedagógico de ensino-aprendizagem propriamente dito, mas das relações a isto subjacentes.

A sua abordagem está pautada pelos princípios do materialismo histórico e do método dialéctico, na identificação das mudanças qualitativas do comportamento, presentes ao longo do desenvolvimento do ser humano e da sua relação com o contexto social, cujo foco central está nas funções psicológicas superiores originárias da realidade sociocultural e que emergem de processos psicológicos elementares, de ordem biológica, isto é, estruturas orgânicas, enquanto explicação para o sentido do processo de ensino-aprendizagem.

As funções psicológicas superiores, conforme Vygotsky, diferem dos processos psicológicos elementares, visto que esses estão presentes nas crianças pequenas e nos animais, e correspondem às reações automáticas, às ações reflexas e às associações simples, que são de origem biológica. Já as funções psicológicas superiores consistem na capacidade própria dos seres humanos, de planeamento, memória voluntária, imaginação e referem-se aos mecanismos intencionais, às ações conscientemente controladas e aos processos voluntários. Estes processos não são inatos, ocorrem a partir das relações entre as pessoas, desenvolvendo-se ao longo do processo de internalização de formas culturais de comportamento (Vygotsky, 1998).

Vygotsky parte da compreensão de que entre o sujeito e o objeto existe um artefacto mediador, a partir desse triângulo básico ocorre o processo de aprendizagem. O ser humano, enquanto sujeito, deve ser considerado numa dimensão plural, envolvendo o psiquismo humano, o género social e o papel das diferentes culturas no desenvolvimento das suas funções psicológicas superiores.

A pessoa é entendida como um ser construído mediante as suas próprias condições de existência, faz-se na história e, concomitantemente, faz essa história. O objeto é entendido como o ambiente social e histórico estabelecido, enquadrando-se na vertente sócio-interacionista, na qual a teia de relações sociais é o ponto central. O artefacto mediador consiste no processo de mediação, ou seja, refere-se à capacidade do ser humano de manter uma interação recíproca e constante consigo mesmo e com as outras pessoas. É justamente a partir desse caráter de mediação que se desenvolvem as funções psicológicas superiores, já que a relação do ser humano com o mundo não é uma relação direta (Carreteri, 1997).

Vygotsky (1993) refere ainda que o pensamento é gerado pela motivação, isto é, pelos desejos e necessidades, pelos interesses e emoções. Dessa forma considera-se implícito em cada pensamento, uma tendência afetiva, pelo que a sua compreensão plena e verdadeira só será possível quando compreendermos os alicerces da razão (Daniels, 2001). Assim para entendermos as dificuldades de aprendizagem será necessário considerar os aspetos afetivos relacionados. Avaliar o estadió de desenvolvimento, ou realizar testes psicométricos, não supre de respostas as questões levantadas, sendo necessário fazer a análise do contexto emocional, das relações afetivas, em suma, do posicionamento relativo da criança no seu contexto.

A mediação referida pelo autor ocorre por meio de artefactos mediadores, de dupla natureza: física ou material, e que altera o meio físico e o sujeito da ação, sendo instrumentos por meio de ações concretas; representacional ou de signos que compreende os instrumentos psicológicos que atuam nas questões internas da pessoa (Vygotsky, 2000).

Exemplificando a compreensão sobre os signos, optou-se pela analogia de caso específico referente à prática de enfermagem. Realmente, tendo em consideração um penso, construímos mentalmente a ideia, conceito, imagem ou palavra, representando o objeto real – o signo.

Essa capacidade do ser humano em projetar a realidade permite-lhe representar mentalmente aspetos do seu cotidiano profissional, sem necessidade de os concretizar.

A possibilidade da realização de operações mentais é determinada por uma relação mediada pelos signos que se vão interiorizando, libertando o indivíduo da necessidade de interação concreta com os objetos, pelo que não se refere a uma relação direta com o mundo físico.

Uma das propriedades do signo é ser um facilitador da significação. Novamente, ao nos reportarmos ao pensamento, cada enfermeiro atribui uma significação a um procedimento já que ela é dependente das relações sociais estabelecidas por cada profissional, da sua aprendizagem no contexto familiar, académica, entre outros.

Desta forma, o desenvolvimento humano, enquanto ser consciente, ocorre pela interiorização das conquistas e conhecimentos produzidos historicamente e originados nas relações sociais, além da utilização dos sistemas simbólicos - pensamento e linguagem (Zanella, 2001).

De facto, a abordagem vygotskiana traz implicações significativas para a Enfermagem, na medida em que aborda importantes reflexões acerca dos processos mentais, além de considerar o sujeito em inter-relação com o outro e com o ambiente, em todos os contextos em que interage, nomeadamente no processo de trabalho, em que é ator e entendido como atividade que exige, tanto a utilização de instrumentos para transformação da natureza, quanto o planeamento, a ação coletiva e, conseqüentemente a comunicação interpessoal.

Ao descrever o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal e outras ideias, Vygotsky oferece subsídios para a compreensão do processo de integração dos seres humanos, na aprendizagem e desenvolvimento. Passamos a apresentar alguns aspetos que consideramos de maior relevância para a enfermagem:

(a) Valorização do trabalho em equipa: as atividades de uma equipa de enfermagem, diferentes daquelas que ocorrem extra profissão, são sistemáticas e apresentam-se com uma intencionalidade deliberada e compromisso explícito, o qual é legítimo historicamente, na prestação de um cuidado terapêutico aos clientes necessitados.

Neste contexto, os membros da equipa são desafiados a entender as conceções científicas e a tomar consciência dos seus próprios processos mentais, com vista a prestar um cuidado diferenciado e direcionado a cada indivíduo. Para isso, torna-se necessário interagir com os conhecimentos disponíveis, construir significados a partir das informações descontextualizadas, lidar com conceitos científicos hierarquicamente relacionados, possibilitando novas formas de pensamento, de inserção e de atuação no seu meio.

As atividades desenvolvidas e os conceitos presentes no desenvolvimento da prática profissional, quando refletidas e discutidas, introduzem novos modos de operacionalização intelectual, com abstrações e generalizações mais amplas, acerca da realidade e do próprio processo de trabalho. Como consequência, à medida que os membros da equipa expandem os seus conhecimentos, modificam a sua relação cognitiva com o mundo, levando à valorização da própria ação, ou seja, o cuidado terapêutico, o que favorece o desencadeamento da valorização e da autonomia profissional.

Assim, a possibilidade de um ambiente de trabalho propício a transformações está intimamente relacionado com fatores de ordem social, política e económica e as interações presentes nos serviços de saúde revelam várias facetas do contexto mais amplo em que o cuidado terapêutico se insere.

Mas, na perspetiva vygotskiana, é preciso que exista a rutura com o modelo vigente de verdades estanques e práticas rotineiras, pois interferem no desenvolvimento do ser humano. Essa constatação determina a necessidade da criação de melhores condições de trabalho e de um sistema de supervisão estruturado, para que todos os profissionais tenham acesso às experiências e conhecimento para o aperfeiçoamento da prática de enfermagem.

Melhores condições de trabalho devem ser uma preocupação nas instituições de saúde, para estabelecer parâmetros de bem-estar e valorização do trabalhador, de forma a que este possa sentir-se motivado a promover a qualidade dos serviços.

(b) Desenvolvimento e Promoção de competências dos enfermeiros da equipa: Vygotsky apresenta uma significativa contribuição, ao dar uma nova dimensão ao ato da imitação de quem aprende, que é responsável por criar uma zona de desenvolvimento proximal. Ele considera a imitação como uma forma de estímulo e oportunidade de reconstrução pela pessoa do que ela observa. Pela imitação e representação de situações reais do processo de trabalho, somos capazes de interiorizar as condutas, valores, maneira de agir e pensar que possam guiar o próprio comportamento e o desenvolvimento cognitivo, de modo que, neste processo, ocorrem mudanças não só no modo de ver e pensar o mundo, mas também no modo de atuar nele.

O enfermeiro poderá ser visto como estimulador e coordenador das atividades de promoção e de atualização de competências da equipa de enfermagem, quando entendemos os serviços de saúde

como instituições preocupadas com a formação do seu pessoal e na formação de equipas que respondam às necessidades da sociedade.

Este, na abordagem vygotkiana, tem o papel de direcionar as ações formativas de modo a contemplar o nível de desenvolvimento da sua equipa, o contexto sócio-cultural e a(s) teoria(s) de enfermagem que constitui(em) a sua ação de cuidado terapêutico.

Cada elemento da equipa de enfermagem, pode estimular processos internos de aprendizagem que acabarão por se efetivar, passando a construir a base que possibilitará novas formas de cuidado. Esta medida é possível porque, partindo do conhecimento que cada participante da equipa traz da sua formação e atuação prática, das suas ideias a respeito dos objetos, factos e fenómenos, e das suas “teorias” acerca do mundo, com vistas a ampliar e desafiar a construção de novos conhecimentos, estamos a incidir na zona de desenvolvimento proximal dos participantes, como descrito na linguagem vygotkiana.

Com base nos princípios construtivistas de Vygotsky, precisamos de considerar a pessoa, inserida por exemplo numa equipa de enfermagem, como um ser ativo e interativo no seu processo de aprendizagem e aquisição de conhecimento.

Não é suficiente a atividade prática e individual para a apropriação dos conhecimentos acumulados pela humanidade. Torna-se necessária uma reciclagem contínua e um aprimoramento por parte do enfermeiro e investigador, para que esse possa intervir no desenvolvimento da equipa de enfermagem ou demais participantes da pesquisa. Cabe ressaltar que é oportuno que as atividades sejam planeadas, mediante a participação de todos os componentes da equipa.

Cruzando as linhas de pensamento de Vygotsky e Bronfenbrenner podemos verificar que ambos concordam com a questão do cronossistema/História de vida “*rasgar*” todo este processo de desenvolvimento e influenciar a aprendizagem do ser humano. Somos da opinião de que hoje esta questão já não levanta muitas dúvidas e, por isso, começa a ser utilizada pelos demais interessados como forma de implicar o ser humano na sua própria aprendizagem e desenvolvimento.

Comparando ainda esta linha de pensamento com a de Schon (1983) que nos diz que a prática implica “*ação no mundo*” e supõe uma relação entre a compreensão, ação e mudança, vamos ao

encontro de Bronfenbrenner, que considera o sujeito como um ser ativo e dinâmico em constante interação, direta ou indiretamente, com os contextos em que participa.

3.3. Formação em contexto de trabalho num ambiente de qualidade

“Qualidade é fazer o que está certo quando ninguém está a olhar.”
(Henry Ford)

A colaboração entre as instituições de ensino e as de prestação de cuidados é um processo estruturante na formação dos enfermeiros. Todos nós concordamos com a ideia de que não se pode formar bem para o emprego sem o contributo dos empregadores, tal como não se pode formar bem um profissional sem lhe propiciar a experiência prática que permite a socialização e o treino que a escola jamais poderá assegurar (Silva, 2002).

Assistimos à importância crescente dos processos de formação em contexto de trabalho que pressupõem o estabelecimento de uma cooperação formativa entre as escolas e as instituições. Estudos como o de Abreu (2001) e de Costa (2002) vieram reforçar a ideia de que os contextos de trabalho influenciam tanto os processos de formação como a própria identidade profissional dos enfermeiros.

Abreu na sua obra “Identidade, formação e trabalho” relata os estudos que efetuou em três contextos diferentes: o escolar, o comunitário e o hospitalar, cujo ponto de partida era o de *perceber de que forma a estrutura particular destes contextos de ação empírica condicionavam a formação identitária dos enfermeiros* (Abreu, 2001:23).

Abreu (2001: 27) refere que o investimento realizado nos estudos permitiu estabelecer relação entre a formação dos enfermeiros e a modelização da sua identidade profissional, sendo que estes assentam na ideia de que *parece impossível produzir análises e construir subsídios em matéria de formação e socialização dos enfermeiros sem uma referência empírica às evoluções múltiplas da esfera do trabalho*. O autor acrescenta que as situações de trabalho que os enfermeiros vivenciam podem condicionar o processo de desenvolvimento de competências, os estilos de aprendizagem e a forma como estes interpretam o quotidiano.

Costa (2002:20), no livro “Cuidar de Idosos” fala-nos acerca do estudo que realizou perto dos enfermeiros de um serviço de medicina, em que procurou *compreender o processo de construção*

de competências geriátricas dos enfermeiros, em contexto de trabalho. Este estudo permitiu afirmar que *a experiência de prestar cuidados de enfermagem a idosos surge como o centro do processo de formação do enfermeiro de geriatria* (2002: 255), verificando-se o estabelecimento de uma dialética entre a formação, contextos e o sujeito em formação.

Os estudos referidos estão relacionados pelo contributo que dão, ao apresentarem uma perspetiva que une a formação inicial e o exercício do trabalho num processo único de socialização e colaboração profissional. Como afirma Canário (Costa, 2002), o contexto de trabalho como lugar e momento de produção de competências profissionais estrutura-se num processo de formação permanente.

Para Santos (1999), a colaboração existente entre a escola e o contexto de trabalho compreende um conjunto de ações deliberadas, coordenadas para a prossecução de determinadas finalidades, consideradas pelos diversos protagonistas como de interesse para todos. Embora se considere imprescindível esta colaboração, uma vez que são os docentes que ajudam os profissionais dos cuidados diretos no desenvolvimento de trabalhos de investigação (por exemplo), a verdade é que ainda hoje há um longo caminho a percorrer. Podem identificar-se desde logo um conjunto de fatores que complexificam esta relação: a diversidade curricular entre as escolas, as mudanças ao nível da filosofia organizacional das instituições de saúde, a abertura sucessiva de instituições de formação de enfermeiros e a fraca oferta de serviços por parte destas.

Muitos projectos de colaboração, apesar de consignarem um amplo conjunto de atividades, resumem-se ao apoio na formação clínica dos estudantes. É necessário ter consciência de que as instituições necessitam de uma relação estreita com as escolas no sentido de melhor responderem aos objetivos que se propõem atingir. Santos (1999) enfatiza que só pode existir um processo de colaboração se existirem objetivos comuns e um trabalho de sistematização em torno de diversas dimensões: interdependência e complementaridade dos papéis, partilha de recursos e de informação, aproximação efetiva entre todos os atores envolvidos, co-responsabilização individual e coletiva e, não menos importante, apoio aos parceiros para o desenvolvimento das ações de cooperação.

Desta forma, o apoio que os profissionais qualificados venham a conceder à formação clínica deve ser concretizado num contexto de complementaridade (e co-responsabilidade), não apenas

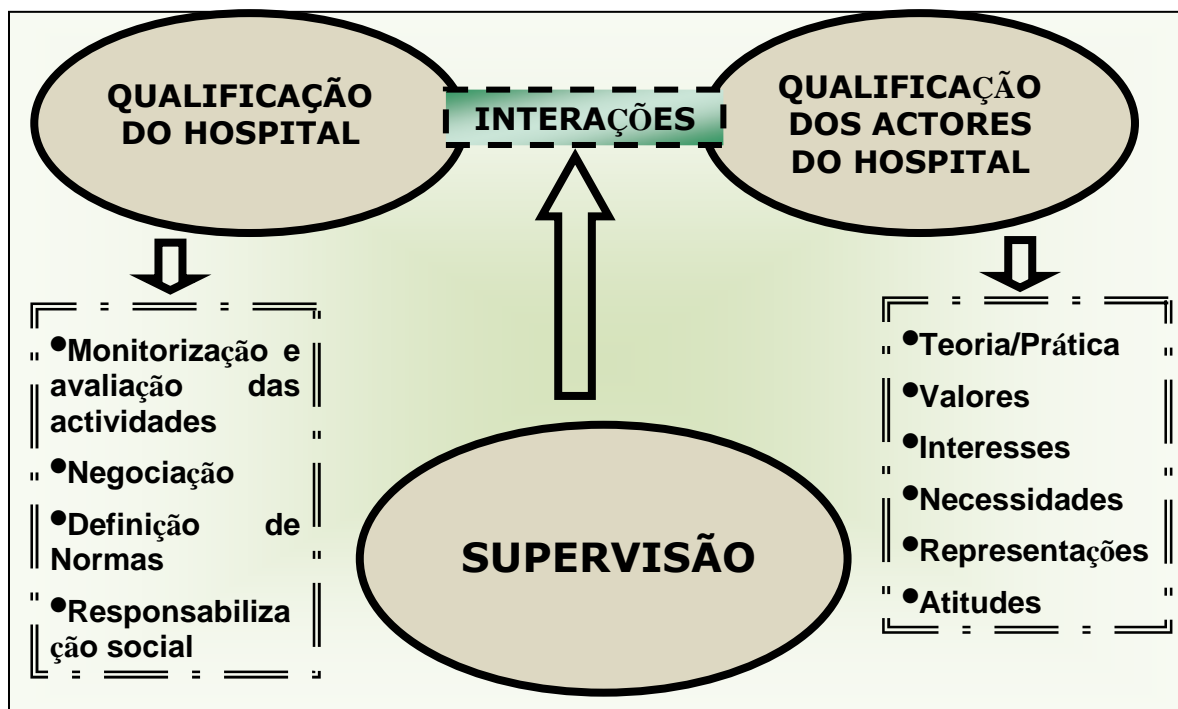
para os alunos que irão orientar, mas para os colegas que se encontram em constante evolução e maturação profissional.

Alarcão (2001) fala-nos de supervisão, presente na formação dos professores, reconhecendo como a sua função principal é a de apoiar ou desenvolver contextos de formação de maneira a promover o desenvolvimento profissional dos agentes educativos e a aprendizagem dos alunos que nela encontram um lugar, um tempo e uma situação de aprendizagem, traduzindo-se numa melhoria da escola. Em relação a esta função consideramos que se adapta perfeitamente ao meio hospitalar, realçando, no entanto a ideia de que com a supervisão, os alunos (no contexto abordado por ela) e/ou profissionais (no nosso contexto, e que consideramos que se adapta perfeitamente), encontram um lugar, um tempo e um contexto de aprendizagem.

A supervisão permite aos atores envolvidos momentos de reflexão que se tornam cruciais num processo de formação, que não pode ser restrito a um nível inicial, mas que se deve prolongar ao longo da vida de trabalho.

Em relação à acreditação da qualidade, podemos sustentar a ideia que existem interações constantes entre a supervisão que, originando formação, vai simultaneamente qualificar o hospital e os seus atores. Esta interdependência é mediada pelas interações humanas, que se desenvolvem num determinado contexto organizacional, em grande medida estruturado pela acumulação de experiências e de competências coletivas e pela própria cultura organizacional. Esta ideia encontra-se esquematizada na figura 11, que se segue:

Figura 11 – Relação entre a formação e os processos supervisivos num contexto de acreditação e avaliação da qualidade (adaptado de Alarcão, 2000:29)



Ainda mais recentemente, as normas para acreditação do JCAHO e KFHQS (modelos de referência dos serviços de enfermagem) aludem expressamente à supervisão das práticas clínicas, relacionando diretamente esta prática com a melhoria da prestação dos cuidados, e incluindo diretrizes específicas para a formação dos profissionais. Mas, como já referimos anteriormente, são muitos os aspetos que influenciam a supervisão clínica em enfermagem, como por exemplo a formação inicial e contínua e a própria qualidade dos cuidados prestados.

A formação de Enfermeiros, vocacionada para conceber, executar e avaliar cuidados, partindo de um saber próprio, tem vindo, ao longo do tempo, a ser questionada e a questionar-se, no sentido de que a dimensão do *cuidar* não seja esquecida, mas seja o suporte de toda a formação na profissão.

Muito mais que saber quais os gestos técnicos e como executá-los, os profissionais e os futuros profissionais necessitam adquirir e desenvolver conhecimentos, habilidades e competências que lhes permitam entender e decidir sobre o *cuidar* de uma pessoa em determinada situação e, simultaneamente, pensar e agir em contextos de trabalho com características culturais, sociais e organizacionais próprias.

A este propósito, Bento (1997), referindo-se ao desafio que se coloca à formação em enfermagem, diz – nos que esta implica e exige formação para: (1) a mudança, (2) o exercício da autonomia, (3) a utilização de múltiplos saberes, (4) a participação ativa na sua produção, (5) o desenvolvimento pessoal, (6) o exercício e respeito pela liberdade, democracia, (7) o encontro de culturas, a universalidade de comportamento, no âmbito do exercício profissional, e (8) a qualidade.

As “exigências” da enfermagem e da formação em enfermagem fazem reconhecer nestas, necessidades de ordem cognitiva, traduzida pelo conhecimento de conceitos, procedimentos e processos teoricamente aprendidos pelo conhecimento experiencial resultante de cada caso e de cada contexto, de uma formação para o desenvolvimento pessoal atendendo à pessoa que é o formando e à sua relação com o meio.

Enquadra-se numa perspetiva de formação de adultos, entendida na sua dimensão de desenvolvimento humano, onde a aprendizagem experiencial, particularmente em contexto de trabalho, constitui um momento inigualável de alteração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais que implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a ação, sendo mediada por fatores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implica mudanças a nível do comportamento, auto-conhecimento e definição de uma *estratégia pessoal* de processar a informação (Abreu, 2003).

Em relação às qualificações e educação dos profissionais de saúde, a JCI apresenta um conjunto de normas específicas. Refere, numa visão geral, que uma organização de saúde necessita de uma variedade adequada de pessoas qualificadas e com competências, de forma a cumprir a sua missão e a satisfazer as necessidades dos doentes. Os líderes clínicos e administrativos da organização trabalham em conjunto, de forma a identificar o número e os tipos de profissionais necessários, com base nas recomendações do departamento e dos diretores de serviço (JCI, 2003).

O recrutamento, a avaliação e a nomeação de profissionais são melhor efetuados através de um processo coordenado, eficiente e uniforme. É também essencial documentar as competências, o conhecimento, a educação e a experiência anterior de trabalho dos candidatos. É particularmente importante rever cuidadosamente as credenciais dos profissionais enfermeiros e dos profissionais médicos, porque estão envolvidos em processos de cuidados clínicos e trabalham diretamente com os clientes (idem, ibidem).

As organizações de saúde devem dar oportunidades aos profissionais para que aprendam e progredam no campo pessoal e profissional. Deste modo, devem ser oferecidas aos profissionais, educação no serviço e outras oportunidades de aprendizagem. No anexo 1 poder-se-á observar a listagem presente no manual normativo da JCI que contempla esta exigência (idem, ibidem).

Com estas exigências, permite-se que cada profissional receba educação e formação constantes, no serviço ou noutra local, de forma a manter ou desenvolver as suas competências e o seu conhecimento.

Realçando a importância dos profissionais de enfermagem num Hospital, a JCI especifica um conjunto de normas que promovem diretamente a obrigatoriedade da sua formação contínua (JCI, 2003:194):

- *A organização tem um processo eficaz para reunir, verificar e avaliar as credenciais dos profissionais de enfermagem (licença, educação, formação e experiência).*
 - *A organização mantém um registo de cada profissional de enfermagem sobre a licença profissional atual, sobre o certificado ou o registo, quando exigido por lei, por regulamento ou pela organização.*
- *A organização tem um processo eficaz para identificar as responsabilidades da função e para fazer atribuições do trabalho clínico com base nas credenciais dos profissionais de enfermagem e em quaisquer requisitos reguladores.*
- *A organização tem um processo eficaz para a participação dos profissionais de enfermagem nas atividades de melhoria da qualidade na organização, incluindo a avaliação do desempenho individual, quando indicado.*

A organização necessita de assegurar que tem profissionais de enfermagem que cumprem adequadamente a sua missão, com os seus recursos, respondendo às necessidades do doente. Os profissionais de enfermagem são responsáveis por prestarem cuidados diretos ao doente, que contribuem para os seus ganhos em saúde. A organização tem que garantir que os enfermeiros estão qualificados para prestar cuidados de enfermagem, para isso, muitas vezes, têm de especificar o tipo de cuidados que estes estão autorizados a prestar (idem, ibidem).

Neste sentido, a organização deve avaliar as credenciais dos profissionais de enfermagem relacionadas quer com a formação inicial de enfermagem, quer com qualquer formação e experiência adicionais. Neste sentido, a organização desenvolve um processo para reunir a informação, verificando a sua exactidão a partir da fonte original, quando possível, de forma a responder às suas necessidades e dos seus clientes. Este processo pode ser realizado pela

organização ou por um organismo externo, por exemplo, o Ministério da Saúde no caso de organizações públicas. O processo aplica-se a profissionais de enfermagem empregados e contratados (*idem, ibidem*).

A revisão das qualificações dos profissionais de enfermagem fornece a base para atribuir as responsabilidades da função e as atividades de cuidados clínicos. Esta atribuição pode ser descrita numa definição da função ou por outras formas ou documentos. As atribuições feitas pela organização são coerentes com qualquer lei ou regulamento aplicável (*idem, ibidem*).

O papel clínico essencial dos profissionais de enfermagem exige que estes participem ativamente no programa de melhoria da qualidade clínica na organização. Se em qualquer altura durante a monitorização, avaliação e melhoria clínica, o desempenho de um profissional de enfermagem é posto em causa, a organização tem um processo para o avaliar.

Os cenários onde esta formação, ocorre que conseqüentemente influenciam o próprio desempenho do profissional de enfermagem, também se tornam muito importantes. Alarcão (2001), abordando um conjunto de cenários que influenciam a formação e a supervisão dos alunos e profissionais, faz referência a dois que particularmente se destacam:

a) Por um lado, o cenário reflexivo. Inspirando-se em Dewey, Schön (1983) defendeu uma visão reflexiva na formação de profissionais. Esta abordagem baseia-se na importância dada à reflexão *para, na e sobre* a ação, visando a (re)construção de conhecimento profissional.

Para o autor (*idem, ibidem*), a formação entendida numa lógica de racionalidade técnica é inoperante, devido à imprevisibilidade que caracteriza a vida de qualquer profissional. Na visão de Schön (1983, 1987), cada pessoa deve balizar a sua profissão num misto de ciência, técnica e arte (que o autor denomina de *artistry*). Estas competências, na atuação profissional, assentam num conjunto de conhecimentos, ou *know-how*, presentes em todas as profissões.

Entramos numa dimensão *metacognitiva*, imprescindível para o desenvolvimento de qualquer ser humano ao longo da vida, conduzindo à autoformação e autosupervisão, essencial também para a qualidade da prestação de cuidados.

Nesta linha de pensamento, o supervisor é o elemento catalisador da exploração das capacidades de aprendizagem do supervisando e da sua interação com os contextos, influenciando a sua

formação e a própria prestação de cuidados, podendo contribuir para a sua melhoria e para incrementar a sua qualidade.

b) Por outro lado, o cenário ecológico que convoca o caráter reflexivo do cenário anterior, através de uma linha de aprendizagem desenvolvimentista, humanista e socioconstrutivista, em ambiente interinstitucional interativo (Alarcão e Sá-Chaves, 1994; Oliveira-Formosinho, 2002), numa abordagem ecológica do desenvolvimento profissional, inspirada no modelo de Bronfenbrenner (Alarcão e Tavares, 2003).

Neste cenário, dá-se especial relevo às dinâmicas sociais e ao processo sinérgico resultante da relação entre o enfermeiro e/ou aluno e o meio que o rodeia. Nesta perspetiva, a supervisão como processo de formação tem a função de proporcionar e gerir experiências diversificadas, em múltiplos contextos, facilitando a ocorrência de transições ecológicas, possibilitando aos supervisandos o desempenho de novas atividades, a assunção de novos papéis e a interação com os outros.

As figuras centrais deste cenário (o supervisando, o supervisor e os pares) constituem o microsistema com que o grupo profissional interage. Para Bronfenbrenner (2002), qualquer profissional constitui, ele próprio, um microsistema que se vai inserindo e interagindo com outros que vão assim exercendo uma ação direta sobre ele. Porém, estes microsistemas inserem-se e interagem em estruturas mais complexas a que Bronfenbrenner (2002) designou de meso, macro e cronossistemas, que indiretamente exercem sobre a pessoa em formação uma enorme influência.

Assim, é fundamental compreender as relações e os meandros que se estabelecem ao nível destes sistemas. Ou seja, no processo formativo, e como defendem os autores atrás mencionados, associa-se o desenvolvimento pessoal ao desenvolvimento social, as teorias pessoais às teorias públicas, analisando-se a natureza contextual do que é verdadeiro e justo.

A interação com o meio vai permitir o respeito ou a intervenção neste, para que deste modo exista uma aproximação do ideal do desenvolvimento para a aquisição de uma conceção mais alargada, diferenciada e válida do ambiente ecológico e de uma motivação e aptidão para desenvolver atividades que permitem descobrir, manter ou alterar as propriedades desse ambiente ecológico.

Portanto, na perspetiva ecológica, o desenvolvimento pessoal e profissional será um processo em constante evolução, que depende das capacidades dos intervenientes e das oportunidades do meio

envolvente, verdadeiro engenheiro do ser, mas também do saber-fazer profissional e de saber estar, viver e conviver com os outros.

De realçar mais uma vez o desenvolvimento recíproco entre o indivíduo e a sociedade porque a inserção social não passa apenas pela adaptação e acomodação às condições e estruturas do meio, são as relações interpessoais que se estabelecem. Do indivíduo espera-se determinado comportamento, atitude e atividade que, por sua vez, espera determinado tipo de comportamento, atitude e atividade dos outros, no sentido de desempenhar o seu papel da forma mais eficaz e eficiente. Assim, podemos dizer que o sujeito dá e recebe, constrói e constrói-se, desenvolve-se pessoalmente, faz desenvolver o grupo e a sociedade, sustentado numa relação interpessoal favorecedora.

Uma relação interpessoal assente na reciprocidade, baseada na abertura e na coordenação entre os intervenientes e num *feedback* mútuo, no equilíbrio de poderes, que progressivamente vão sendo transferidos entre os atores e num ambiente afetivo propício, transforma-se numa relação promotora do desenvolvimento (Alarcão e Sá-Chaves, 2000).

O modelo ecológico de desenvolvimento humano, proposto por Bronfenbrenner (1989), permite, quer na opinião das autoras referidas, quer na nossa, situar o desenvolvimento humano na sua interação com o meio, favorecendo significativamente a compreensão das dinâmicas sociais da formação do adulto, nas dimensões de desenvolvimento pessoal e profissional revelando a forte ação que o macrosistema pode exercer em todo este processo de formação, supervisão e qualidade. O esforço na contenção de custos leva muitos hospitais a reduzir o trabalho e a rever as suas expectativas de aumento de produtividade, recorrendo ao uso de medidas de eficiência. No entanto, pela nossa experiência, as estratégias para economizar custos de mão-de-obra começam a revelar-se contraproducentes para os hospitais.

Os enfermeiros constituem a maior percentagem de prestadores de cuidados num hospital e, quando um enfermeiro é despedido, ou não é renovado o seu vínculo, as consequências podem ser significativas para o hospital, para os restantes enfermeiros, para os médicos e para os pacientes. Os efeitos da desvinculação de um enfermeiro repercutem-se nos restantes e englobam um aumento da carga de trabalho e a perda de profissionais experientes. Tal situação pode, ainda, diminuir a satisfação no trabalho dos enfermeiros e aumentar o desgaste físico.

Este facto provoca mais erros, as reclamações dos clientes aumentam à medida que as tensões sobem e a qualidade dos cuidados de enfermagem diminui. Um resultado negativo num cliente pode ser muito mais caro, direta e indiretamente, que os salários de vários enfermeiros.

Cutcliffe (2001), entre outros, afirma que as intervenções formativas dos supervisores, relativamente aos supervisados, têm reflexos na qualidade dos cuidados aos clientes. Este autor aponta algumas orientações para o processo de supervisão, contemplando o aumento da efectividade profissional, através da reflexão sobre as práticas profissionais; a avaliação da qualidade das práticas através da aplicação de critérios objetivos, previamente definidos e, por fim, o apoio e suporte aos profissionais no decurso das suas intervenções.

É importante que os profissionais partilhem as suas experiências de vida diária, se reúnam e se encontrem, adquiram uma maior socialização, resultando, desse modo, um aumento das suas competências sociais. Por outro lado, é também importante que os profissionais invistam no seu desenvolvimento técnico e científico e, através de uma reflexão sustentada, tão sabiamente apresentada por Schön (1983, 1987), consigam encarar e resolver os problemas pessoais, bem como os emergentes das práticas profissionais diárias.

Hoje em dia, a multiplicidade de funções exercidas pelos enfermeiros, nos seus diferentes locais de trabalho, e a sua articulação sistémica, implica que o profissional de enfermagem já não seja formado apenas no isolamento da sua sala, aquando da formação inicial, ou da sua equipa de trabalho, quando nos referimos à formação contínua. Este profissional é membro de um grupo socioprofissional, cujo objetivo primordial é promover o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento pessoal de cada pessoa, num espírito de cidadania integrada.

Também é importante que na formação inicial dos enfermeiros se comece a abordar os diferentes modelos de acreditação da qualidade para que seja mais fácil a integração dos alunos no contexto clínico e para que o desenvolvimento das suas competências não seja condicionada pelo medo proveniente deste processo.

Em relação a este fator, a JCI, num dos seus manuais *Issues and Strategies for nurses leaders: meeting hospital challenges today*” direciona um capítulo para a importância da formação de profissionais para o acompanhamento de alunos em ensino clínico, promovendo a interação direta

entre os alunos e o *mentor* ou *preceptor*, sendo da responsabilidade deste o desenvolvimento do processo supervisão.

Defende ainda que o desenvolvimento de competências nesta área deve valorizar a formação específica destes profissionais.

A interação com o ambiente e com os pares, sustentada por um conjunto de regras, modelos, legislação inerentes à própria sociedade, faz dos enfermeiros seres em constante desenvolvimento de competências e que podem melhorar a qualidade da prestação de cuidados.

PARTE II

OPÇÕES METODOLÓGICAS

4. CAMPO E MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia, como caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade, contempla concepções teóricas, técnicas e criatividade. As concepções teóricas sempre existirão, decorrendo delas a intencionalidade própria de quem se apropria de algum objeto de estudo a fim de explorá-lo, e a criatividade traduz-se em características enriquecedoras e atraentes do estudo (Minayo, 1998).

Método é uma palavra de origem grega (*meta odon*), cujo significado é "caminho para" (Massimi, 1998) existindo uma multiplicidade de caminhos e escolhas que o investigador tem perante o seu objeto de estudo. No entanto, esta diversidade pode ser categorizada em dois tipos de estudos: quantitativos e qualitativos.

Apesar da complexidade das diferenças entre os dois tipos de estudos referidos, geralmente os trabalhos são retratados da seguinte maneira: os estudos quantitativos focam medidas e enfatizam a visão positivista de causa e efeito, enquanto os qualitativos focam os processos sociais e enfatizam a visão construcionista (Martineau, 1999).

Referem Quivy e Campenhoudt (1998:31) que *o primeiro problema que se põe ao investigador é muito simplesmente o de saber como começar bem o seu trabalho. De facto, não é fácil conseguir traduzir o que vulgarmente se apresenta como um foco de interesse ou uma preocupação relativamente vaga num projeto de investigação operacional.*

Após a fundamentação teórica, que permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre o tema em estudo, e antes de definir o problema, importa refletir acerca das preocupações e das influências que conduziram à realização deste estudo.

A primeira influência é de natureza pessoal, indo ao encontro da formação de base da investigadora em enfermagem, e os processos supervisivos que lhe estiveram inerentes, assim como a relação directa que a profissão estabelece com a formação ao longo da vida e em contexto de trabalho. A experiência profissional daí adquirida influenciada pelo vínculo contratual a um hospital acreditado desde 2000, caracteriza a forma como as questões da implementação de um sistema de gestão pela qualidade influencia o dia-a-dia de um profissional e como desperta o seu interesse pelo saber nessa área.

Por outro lado, uma segunda influência é natureza social e política. As questões ligadas aos processos supervisivos em contexto hospitalar apresentam-se de grande relevância social, uma vez que são vistos como algo impulsionador da melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais, além de que a implementação de sistemas de gestão da qualidade, adoptando modelos para a acreditação hospitalar, é uma exigência governamental actual.

1.1. Síntese da problemática

“Não é a consciência do homem que determina a sua existência, pelo contrário é a sua existência social que determina a sua consciência.”
(MARX)

Como disciplina, a Enfermagem assume a necessidade de possuir uma linguagem específica e um conhecimento que lhe confira uma identidade profissional. É importante que o enfermeiro nas suas intervenções demonstre um saber próprio e autonomia, desenvolvendo cuidados ajustados à pessoa.

Nesta linha de pensamento, torna-se necessário refletir acerca das metodologias utilizadas num estudo de investigação, e essa reflexão deve ser feita debatendo questões epistemológicas, sobretudo para os investigadores da área das ciências sociais e humanas, como é o caso.

O estudo empírico que se apresenta, encontra-se sustentado numa abordagem ecológica influenciada por um conjunto de paradigmas que lhe estão subjacentes. Por um lado é uma investigação, fundamentalmente, **construtivista**, pois baseia-se na construção da realidade no local, no contexto em que se desenvolve, dando-lhe um carácter intersubjetivo e transacional. Há uma construção de conhecimento, à medida que se vai desenrolando e conhecendo os resultados (Bogdan e Biklen, 1994).

Por outro lado, estudam-se seres humanos em constante interação e a refletirem sobre as suas práticas, reorganizando-se e reorganizando o meio em que se movimentam, envolvidos por questões políticas e comunicacionais, numa sociedade que hoje sobrevaloriza as redes de interação.

Situado o estudo em termos dos paradigmas de investigação dominantes, e tendo em consideração as preocupações e as finalidades desta investigação, selecionamos um modelo de investigação que tivesse em consideração os significados atribuídos pelos indivíduos às suas vivências, daí que se visualiza um estudo desenvolvido segundo uma exploração etno-fenomenológica, tendo como referência o modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

A metodologia consiste num conjunto de métodos lógicos e científicos que o investigador utiliza no estudo. Fortin (1999) entende por metodologia o conjunto dos resultados e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Face ao exposto, no decurso desta etapa, o investigador operacionaliza o estudo, escolhendo o tipo, definindo a população e a amostra, destacando as questões orientadoras e designando os métodos e técnicas de colheita e análises de dados.

Seguindo esta linha de pensamento e em conformidade com os objetivos traçados adoptou-se o método de **investigação qualitativo**, por *privilegiar a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação* (Bogdan e Biklen, 1994:16), e por se recolherem os dados no *campo*, local onde naturalmente se verificam os fenómenos que interessam estudar, podendo incidir a pesquisa nos comportamentos naturais das pessoas.

A utilização das metodologias qualitativas em ciências sociais tem uma grande diversidade de posturas teóricas de suporte e de métodos e técnicas que delas decorrem. Lessard Hérbert [*et al.*] (1994), citando Herman, agrupa em quatro grupos os métodos do paradigma compreensivo nas ciências sociais, onde se poderão observar diversas tradições disciplinares: (a) *Verstehen psicológico* – Método descritivo, que permite isolar tipos psicológicos invariantes no espírito humano, a partir de uma compreensão íntima dos acontecimentos sócio-culturais: método de «reminiscência», ligado à noção de empatia que faz reviver os acontecimentos sociais; (b) *Hermenêutica* – originalmente, arte de interpretação de textos, interpreta a cultura e implica uma forma de «holismo semântico», pois que é preciso apreender o todo para entender as partes; (c) *Fenomenologia* – pretende apreender a lógica dos fenómenos subjetivos; (d) **Etnometodologia** – dá relevo à prática discursiva na esfera do social, isto é às formas de utilização da linguagem. Através da análise de conteúdo, pretende-se compreender a racionalização das práticas quotidianas através de determinados tipos de enunciados da linguagem comum.

Hoje, poderíamos acrescentar as *grounded theories* desenvolvidas por Glaser e Strauss, que já apresentam várias ramificações conceptuais e técnicas (Guerra, 2006).

Esta investigação apresenta-se predominantemente descritiva, o que leva a um interesse maior pelo processo que se encontra em estudo, do que simplesmente pelos resultados ou produtos, valorizando o significado do objeto (Bogdan e Biklen, 1994).

Associada a este tipo de abordagem temos a **etnografia**, considerada para uns como uma categoria particular da investigação qualitativa, e para outros como sinónimo dessa própria investigação (Goetz e LeCompte, 1984, cit. por Bogdan e Biklen, 1994).

A sua perspectiva holística realça e privilegia as relações em prol das dimensões isoladas, ainda que o ponto de vista dos atores seja valorizado, uma vez que realizamos o estudo no seu próprio “mundo”.

Em consonância com a intencionalidade de compreender a importância da supervisão na formação contínua de profissionais de enfermagem, nomeadamente a manutenção da qualidade de cuidados, pensámos em analisar um caso que permitisse responder às seguintes **questões**:

- Como se organizam os supervisores em torno do objetivo da acreditação?
- Que significado tem para os enfermeiros do Hospital em estudo a qualidade em saúde?
- Que estratégias são desenvolvidas na supervisão, de forma a dar resposta aos indicadores de acreditação da qualidade, previamente por eles definidos e estruturados?
 - o Que modalidades de formação são desenvolvidas pelos enfermeiros nos seus contextos de trabalho, num processo de acreditação da qualidade hospitalar?
- Qual a influência do meio (ambiente) nos processos de formação dos profissionais, que em contexto hospitalar, se envolvem no processo de acreditação?
- Que sugestões advêm do estudo para os processos, em particular de supervisão, desenvolvidos em contexto de acreditação de qualidade hospitalar?

Por esta razão, o modo escolhido para esta investigação é o **estudo de caso**, embora, nem sempre considerado na pesquisa etnográfica (Yin, 2005:34). A nossa escolha incidiu sobre este, porque como refere Schramm (1971, cit. por Yin, 2005:34) *a essência de um estudo de caso (...) é que ela tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados*. E no fundo, o objeto de estudo incide no processo de implementação das estratégias supervisivas e formativas do modelo de avaliação e acreditação da qualidade, tornando-se este o nosso foco de observação.

Por outro lado, o estudo de caso, tal como refere Yin (2005:34), compreende o *fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos*. Por outras palavras, o estudo de caso

concebe um método que abrange tudo, desde a lógica de planeamento, das técnicas de colheita de dados e das abordagens específicas, à análise dos mesmos, através de uma abordagem multimétodo (observação participante, entrevistas, questionário e observação documental).

Este permite, ainda, uma caracterização abrangente e profunda dos dados de uma unidade na sua complexidade e no seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão ou proposta de uma ação transformadora (Ludke e André, 1986; Chizzotti, 2000), o que vai ao encontro dos objetivos desta investigação.

Outras definições justificam a opção pelo modo: (a) pode ser caracterizado por um estudo profundo e exaustivo de um ou de alguns objetos, de maneira a permitir um amplo e detalhado conhecimento, dando a possibilidade ao investigador de se voltar para uma multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o na sua totalidade. Caracteriza-se, ainda, pela sua grande flexibilidade no planeamento do estudo, tornando, assim, impossível estabelecer um caminho rígido que determine com precisão, como este deverá ser desenvolvido (Gil, 1991); (b) Sendo bem delimitado, pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse singular e constitui-se numa unidade dentro de um sistema mais amplo, incidindo o interesse naquilo que tem de único e de particular (Ludke e André, 1986).

Assim sendo, ao considerar o objeto de estudo as dinâmicas supervisivas e formativas de um grupo de enfermeiros de um hospital que se encontra a implementar um modelo de gestão da qualidade, e tendo em consideração as suas características e particularidades, a presente investigação pode ser considerada um caso bem delimitado, pois possibilita compreender a amplitude do seu contexto e a sua complexidade. Por ser um fenómeno contemporâneo permite, ainda, uma conceção crítica da realidade estudada.

Após a definição da metodologia adotada, importa agora condensar o pensamento numa representação geral do desenho do estudo. Em sentido lato, a metodologia pode ser definida como um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica (Herman, 1983, cit. por Lessard-Hébert *et al.*, 2005), e a sua prática, como afirma De Bruyne *et al.* (1975), pode ser concebida como um *espaço quadripolar*, construído num dado campo de conhecimento.

Adaptando o modelo topológico (e não cronológico) por eles construído, com base nesta ideia de espaço quadripolar, representativo do sistema de base de uma investigação científica e da sua

articulação em volta de quatro pólos ou instâncias metodológicas, cuja interação constitui o aspecto dinâmico da investigação, apresentamos a dinâmica da nossa própria investigação (Figura 12).

Figura 12: Desenho do estudo com base na dinâmica da Investigação (Adaptado de: Modelo topológico da prática metodológica, segundo De Bryne *et al* e LESSARD-HÉBERT, M. *et al.* (2005))



A configuração deste esquema (figura12) fundamentou-se no estudo do autor De Brunyne *et al.* (1991) cujo enquadramento passamos a explicar neste estudo. Partimos da ideia de que o campo autónomo da prática científica pode ser concebido, do ponto de vista metodológico, como a articulação de diferentes pólos que determinam um espaço, no qual a pesquisa se apresenta, como vinda de um campo de forças, submetida a determinados fluxos e a determinadas exigências internas.

Como verificamos na figura podem ser distinguidos quatro pólos metodológicos, no campo da prática científica: teórico, técnico, morfológico e epistemológico. Toda a pesquisa molda, explícita ou implicitamente, estes diversos pólos, cada um deles é condicionado pela presença dos outros, e são

esses quatro pólos que definem um campo metodológico, assegurando a cientificidade das práticas de pesquisa.

A intuição dialéctica desses diferentes pólos constitui o conjunto da prática metodológica. Esta conceção introduz um modelo *topológico* e *não cronológico* da pesquisa. Infinidamente variada no tempo e no espaço, esta última move-se nesse campo metodológico de maneira mais ou menos explícita, a cada passo de sua prática.

O *pólo teórico*, por sua vez, guia a elaboração das hipóteses e a construção dos conceitos. A teoria é vista como uma necessidade para o pesquisador, e não apenas um fluxo, daí que está incorreto afirmar-se poder abster-se dela. É o lugar da formulação sistemática dos objetos científicos, de elaboração das linguagens científicas, determina o movimento da conceptualização. Propõe regras de interpretação dos factos, de especificação e de definição das soluções provisoriamente dadas às problemáticas.

Este aproxima-se dos *quadros de referência* que lhe fornecem inspirações e problemáticas provenientes das contribuições teórico-práticas das disciplinas e dos “hábitos” adquiridos. Esses quadros de referência desempenham um papel paradigmático implícito, uma vez que são, principalmente, os quadros de referência *positivista*, *compreensivo*, *funcionalista* e *estruturalista*.

O pólo teórico expressa-se nos tópicos que enformam a revisão da literatura, uma vez que permitiu a escolha de quadros de referência que sustentassem os resultados que adviessem do trabalho de campo, assim como a validação das fontes, sob a forma de discussão com autores.

O *pólo técnico* controla a colheita de dados, de forma a poder confrontá-los com a teoria que os suscitou. Exige precisão, mas, sozinho, não garante a sua exatidão. Tem modos de investigação particulares: *estudos de caso*, *estudos comparativos*, *experimentações*, *simulação*. Esses modos de investigação indicam escolhas práticas em que os pesquisadores optam por um tipo particular de encontro com os factos empíricos.

O pólo técnico inscreve-se na escolha do modo de investigação, possibilitando o desenvolvimento das técnicas e instrumentos adequados ao objeto, como sendo a observação participante, as entrevistas e o questionário.

O *pólo morfológico* é o eixo que enuncia as regras de estruturação e de formação do objeto científico, porque impõe uma certa estrutura e ordem entre os elementos. Suscita diversas modalidades do quadro de análise, vários métodos de ordenação dos elementos provenientes dos objetos científicos: a *tipologia*, o *tipo ideal*, o *sistema*, os *modelos estruturais*. Essas diversas formas de configuração, na maioria dos casos, direcionam a pesquisa para escolhas mutuamente exclusivas.

O pólo morfológico desenvolveu-se na construção do contexto em estudo e da análise e interpretação dos dados.

O *pólo epistemológico* exerce uma função de **vigilância crítica**. A epistemologia estabelece as condições de objetividade dos conhecimentos científicos, dos modos de observação e de experimentação, assim como examina as relações que as ciências estabelecem entre as teorias e os factos. Envolve, também, uma sucessão de *processos discursivos*, de *métodos* muito gerais que impregnam com a sua lógica, as abordagens do pesquisador. São, especialmente, a *dialética*, a *fenomenologia*, a *lógica hipotético-dedutiva* e a *quantificação*. Esses processos não se excluem mutuamente, alguns podem ser ubíquos, outros podem não aparecer em pesquisas particulares.

O pólo epistemológico retrata-se na construção da problemática, definindo as questões orientadoras e os objetivos específicos do estudo. É a sua função de vigilância crítica que permite o questionamento constante ao longo do desenvolvimento do percurso investigativo.

Foi a partir da breve abordagem do pensamento deste autor que ao construir esta figura, retratamos a dinâmica da investigação que desenvolvemos, com a finalidade de compreender que tipo de formação os profissionais de enfermagem têm de desenvolver para dar resposta aos critérios de qualidade que se enraizam na instituição. Como se reflete no âmago da sua formação? Como se dinamizam para dar resposta à supervisão com base no modelo da JCI?

Pretendemos desta forma estudar a perspetiva organizativa do modelo, apenas em termos de contexto, sem interferir diretamente, pois o estudo estará centrado nos profissionais e não na organização que os acolhe.

1.2. Objeto e objetivos de investigação

“O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele, destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto.”
(Thomas Huxley)

Conscientes da complexidade do trabalho, configurou-se um estudo que permitisse um conhecimento profundo da unidade em investigação, na qual se desenha, discute e implementa um sistema de qualidade. O objeto de estudo deste trabalho consiste num subsistema de grande complexidade: a supervisão e formação dos enfermeiros em contexto de qualidade. O estudo das atitudes dos indivíduos que dão forma a este processo requer a utilização de metodologias que privilegiam os aspectos qualitativos dos fenómenos espaciais, retratados no capítulo que se segue.

Qualquer investigação em ciências sociais começa por uma ou mais questões formuladas sobre a realidade social em estudo, sobre as mudanças que se estão, vão ou foram operando num dado momento da história (Albarelo *et al.*, 1997). Assim, apresentamos o nosso guia condutor de todo o processo de estudo que se descreve neste documento - a nossa problemática.

Como problemática central do estudo conduzimos a investigação no sentido de saber quais as modalidades assumidas pelas estratégias de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros, num contexto de promoção da qualidade e acreditação. Neste sentido direccionamos este estudo para o conhecimento da estrutura e dinâmica da organização (hospitalar), tendo em vista o reconhecimento da qualidade e a promoção da mudança instituintes, para então encontrarmos os contributos emergentes deste estudo para os processos de supervisão, numa instituição de saúde que atravessa um processo de acreditação.

Daí que a grande finalidade deste estudo seja contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre processos supervisivos, num contexto de acreditação e de melhoria contínua da qualidade de uma instituição de saúde.

Então, perspectivando a implementação de um sistema de acreditação da qualidade como um projeto de construção coletivo centrado na transformação do sistema humano, importa saber como se dinamizam os enfermeiros em torno do projeto qualidade; como se debatem, discutem e redigem os protocolos de atuação; que modalidades de formação se colocam em campo; que estratégias supervisivas surgem ao longo do trajeto; e, finalmente, como se articulam as vertentes individuais, coletivas e organizacionais.

Partindo de uma leitura da realidade actual nas organizações de saúde, de uma exploração da literatura da especialidade, e da nossa própria experiência pessoal, identificou-se como **objetivo principal** para o trabalho:

Analisar as principais dimensões supervisivas e formativas utilizadas pelos enfermeiros, em contexto da implementação de um modelo de gestão e avaliação da qualidade numa instituição hospitalar, assegurando uma cultura de qualidade e segurança dos cuidados.

Ao encontro deste, formularam-se cinco **objetivos específicos**:

- Analisar a forma como se dinamizam, no seio da organização, as estratégias de supervisão clínica em enfermagem;
- Analisar as condicionantes que envolvem a definição e o desenvolvimento dos processos de supervisão em contexto clínico;
- Caracterizar os significados que os atores de uma determinada unidade social em estudo (hospital) possuem sobre qualidade em saúde, estratégias organizativas e indicadores de referência;
- Identificar de que forma os processos de supervisão são estruturados a nível local, tendo em vista a necessidade de dar resposta aos indicadores de qualidade;
- Acompanhar a forma como os atores se organizam, tendo em vista a promoção da qualidade.

Estes objetivos pressupõem direccionar a nossa atenção para os processos de supervisão das práticas clínicas que se desenvolvem num contexto de saúde que discute e inicia a implementação de um sistema de qualidade, com vista a uma posterior acreditação.

5. TÉCNICAS DE RECOLHA, TRATAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO

A evolução das ciências depende, na sua maioria, da evolução técnica dos instrumentos ao dispor dos investigadores. Um número considerável de descobertas científicas da humanidade pode ser diretamente atribuído à descoberta ou aperfeiçoamento de instrumentos de observação e medida (Moreira, 2004).

Após refletirmos acerca da metodologia que pretendemos que seja o guião do nosso estudo, importa agora mencionarmos as fases, técnicas e instrumentos utilizados para a operacionalização das estratégias traçadas.

5.1. Etapas da investigação

*“Ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo.
Por isso aprendermos sempre.”*

(Paulo Freire)

O estudo desenvolvido compreendeu um conjunto de cinco grandes fases assim enumeradas: (1) Planeamento do projeto de investigação; (2) Construção de um quadro conceptual e metodológico; (3) Recolha de dados; (4) Apresentação e análise da informação; (5) Interpretação e conclusão do estudo.

As fases acima referidas englobaram três níveis de operações distintas: (a) as operações de pré-intervenção, que compreenderam a pré-observação, a escolha do problema, a estruturação do projeto e a delineação de um cronograma; (b) as operações de intervenção, que compreenderam a intervenção no terreno, a observação e o registo da intervenção; (c) as operações de avaliação, que compreenderam a avaliação e apresentação dos resultados da intervenção, das limitações do projeto, das considerações finais e das sugestões que potenciem novas atuações.

A primeira fase (planeamento do projeto de investigação) teve lugar no primeiro ano do curso de doutoramento, enquanto decorreu o ano curricular previsto no plano de estudos. Este projeto foi sujeito a aprovação por parte da comunidade científica da Universidade de Aveiro.

A segunda fase deste trabalho incidiu sobre o desenvolvimento do quadro conceptual e metodológico do estudo, partindo da análise da literatura da especialidade e de um conhecimento sistematizado da unidade em estudo.

De acordo com os objetivos traçados para este estudo e do modo de investigação adotado (maioritariamente qualitativo), nesta segunda fase houve a necessidade de obter um conhecimento mais detalhado sobre o contexto em estudo, assim como permitiu estruturar os procedimentos metodológicos a utilizar no terreno. Ainda nesta fase procedeu-se à seleção da unidade da instituição hospitalar onde se desenrolou o estudo, recolheram-se os documentos que permitiram fazer uma caracterização inicial da organização e elaboraram-se pedidos de autorização para o decorrer da investigação no terreno.

As Instituições Hospitalares encontram-se dotadas de uma comissão ética que, entre outras funções, é responsável por pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente os que se refiram a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais que envolvem seres humanos e seus produtos biológicos. Apesar do nosso estudo não envolver diretamente os clientes, foi necessária a apresentação, por escrito, de um pedido de autorização para a sua realização. Após a aprovação, coube à comissão informar o serviço que iria servir como observatório da sua participação e pedir a sua autorização.

Na terceira fase, que decorreu num período de aproximadamente dois anos, desenvolveu-se o estudo empírico, na Unidade Hospitalar, com a recolha dos dados. O seu desenvolvimento ocorreu num serviço de medicina interna que comportava três alas de diferentes valências de medicina, um hospital de dia, um serviço de consultas externas e um serviço de gastroenterologia.

Para esta fase utilizou-se, como estratégias no terreno, a observação participante e estruturada, notas de campo, o inquérito (entrevistas semi-estruturadas e questionário) e observação documental.

A observação participante permitiu que fosse vivida a situação, tornando possível conhecer o fenómeno em estudo a partir do interior. Se o que se queria saber era como se dinamizam os enfermeiros para dar resposta à supervisão com base no modelo da JCAHO, a melhor opção passou por este tipo de observação, utilizando, como meios de trabalho, as notas de campo, as entrevistas e o questionário.

Dada a necessidade de delimitar o conhecimento sobre o contexto em estudo e obter um conhecimento específico e diferenciado sobre os diversos processos em análise, foram realizadas entrevistas a responsáveis de serviço e profissionais, atores que convivem e partilham conhecimento sobre os fenómenos em estudo.

O recurso a estas estratégias obrigou a que, mesmo tendo sido autorizado o estudo pela organização, no decorrer desta fase tenham sido realizados pedidos informais e pessoais aos enfermeiros para participação no estudo - na observação participante, para posteriormente assinarem um consentimento informado por escrito para a participação nos inquéritos (questionário e entrevistas).

A observação participante, tal como o nome indica, impossibilita o investigador de passar despercebido, pelo que se faz sentir no contacto com os clientes, família e outros profissionais. Nessa altura, houve a necessidade de explicar a sua presença, mesmo tendo um cartão de identificação.

Para melhor visualização da dinâmica utilizada, agruparam-se as estratégias atrás descritas na seguinte tabela (Tabela 1):

Tabela 1. Configuração do estudo, fontes/ modo de recolha ou análise de dados e tipo de informação recolhida

Questões Orientadoras	Instrumentos utilizados	Tipo de Informação Recolhida
Qual a influência do meio (ambiente) nos processos de formação dos profissionais, que em contexto hospitalar, se envolvem no processo de acreditação?	I – <u>OBSERVAÇÃO</u> <u>Observação participante</u> <u>Notas de Campo</u>	Caracterização de: Hospital; Serviço Nacional de Saúde e políticas de saúde; “State of art”- Acreditação da Qualidade.) Evolução de fenómenos; ...
Que significado tem para os enfermeiros do Hospital em estudo a qualidade em saúde? Como se organizam os supervisores em torno do objetivo da acreditação? Que estratégias são desenvolvidas na supervisão de forma a dar resposta aos indicadores de acreditação da qualidade, previamente por eles definidos e estruturados? Que modalidades de formação são desenvolvidas pelos enfermeiros nos seus contextos de trabalho, num processo de acreditação da qualidade hospitalar?	I – <u>OBSERVAÇÃO</u> <u>Observação participante</u> <u>Notas de Campo</u> II - <u>INQUÉRITO</u> <u>Questionário</u> (já validado na Europa, e utilizando as dimensões ecológicas de Bronfenbrenner) <u>Entrevista Semi-estruturada</u>	Mudanças de atitudes; Evolução de fenómenos; Factos observados; Factos tal como o são para os sujeitos observados; Fenómenos lactentes. ...
Que sugestões advêm do estudo para os processos, em particular de supervisão, desenvolvidos em contexto de acreditação de qualidade hospitalar?	III – <u>OBSERVAÇÃO DOCUMENTAL</u> <u>Análise qualitativa de conteúdo</u> (Fontes: privadas e oficiais – arquivos, relatórios, estatísticas...)	Caracterização de: Hospital; Serviço Nacional de Saúde e políticas de saúde; “State of art”- Acreditação da Qualidade.) ...

Segundo Bogdan e Byklen (1994), Tuckman (2002) e Quivy e Campenhoudt (2003), os métodos por nós adotados são os três grandes grupos de métodos de recolha de dados que se podem utilizar como fontes de informação nas investigações qualitativas: (a) a observação participante; (b) o inquérito, que pode ser oral – entrevista – ou escrito – o questionário -, e (c) a observação

documental. A relação complexa que existe, entre estes três métodos, está esquematizada na figura 13 (Igea *et al.*, 1995)

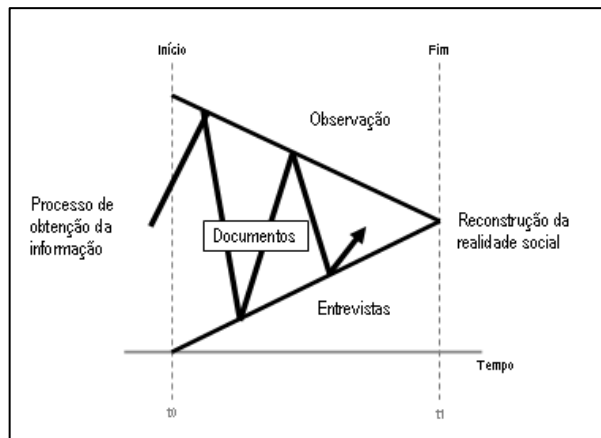


Figura 13: Utilização conjunta de métodos de recolha de dados (Adaptado de Igea *et al.*, 1995)

Em simultâneo com esta fase iniciou-se uma outra (quarta) num período além dos dois anos: análise da informação recolhida e apresentação dos seus resultados (por partes).

À medida que o trajecto foi sendo percorrido, foram-se analisando os dados, recorrendo à utilização dos programas de análise SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e NUD**Ist* e análise de conteúdo, com recurso a diversas técnicas de triangulação.

Numa última fase (quinta), interpretamos e concluímos o nosso estudo construindo, este relatório final.

5.2. Observação documental

*"Na vida, não existem soluções.
Existem forças em marcha:
é preciso criá-las e, então,
a elas seguem-se as soluções."
(Antoine de Saint-Exupéry)*

A observação documental é uma das técnicas muito usada em investigação em ciências sociais e humanas. Isto porque a maior parte das fontes escritas – ou não escritas - são quase sempre uma das bases do trabalho de investigação. Saint-Georges (1997: 30) considera que “a *pesquisa documental apresenta-se como um método de recolha e de verificação de dados: visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não, e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação*”.

A observação documental deve muito à História e sobretudo aos seus métodos críticos de investigação sobre fontes escritas. E isto acontece porque a investigação histórica, ao pretender estabelecer sínteses sistemáticas dos acontecimentos históricos, serviu sobretudo, às ciências sociais, no sentido da reconstrução crítica de dados que permitam inferências e conclusões. Enfim, a possibilidade de a partir de dados passados, perspetivar o futuro e, a partir deste, compreender os seus antecedentes, numa espécie de *reconstrução* (Cohen & Manion, 1990).

A propósito das fontes documentais existe uma grande aproximação na definição de conceitos, senão uma certa unanimidade em considerar as mesmas integradas na tipologia de fontes primárias e secundárias. As primeiras, enquanto fontes de época, e as segundas como fontes interpretativas baseadas nas primeiras (Bell, 1997; Burgess, 1997; Cohen & Manion, 1990; Deshaies, 1997).

Ajustando esta perspetiva às questões da educação, outros autores preferem designar as fontes documentais [oficiais] como *documentos internos* e como *comunicações externas*, considerando todos estes dados como muito importantes para os investigadores qualitativos (Bogdan & Biklen, 1994).

A observação documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica. Segundo Gil (1991: 53): “As fontes de análise documental são mais diversificadas e dispersas do que as da pesquisa bibliográfica. Na análise documental existem os documentos de primeira mão, ou seja, aqueles que não receberam nenhum tratamento analítico tais como os documentos conservados em órgãos públicos e instituições privadas, e os documentos de segunda mão que de alguma forma já foram analisados tais como: relatórios de pesquisa; relatórios de empresas; tabelas estatísticas e outros.”

Para Lüdke (1986:38), “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, quer seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, quer revelando aspetos novos de um tema ou problema.”

Diferentemente desta tipologia relativa à análise documental, pode referir-se ainda a divisão entre fontes não escritas e fontes escritas e, dentro destas, as fontes oficiais, não oficiais e estatísticas (Saint-Georges, 1997).

As fontes documentais devem ser analisadas de forma crítica para que se enquadrem no contexto histórico e social do momento em que foram produzidas. Estes documentos são usados para definir categorias sociais e explicar processos sociais (Burgess, 1997). Mas antes de qualquer análise documental, o investigador deve questionar a sua pertinência e eficácia, sobretudo se não tiver certezas dos dados que poderá obter com os documentos (Bell, 1997).

No que respeita à análise de documentos, Burgess (1997: 149) fala de “questões acerca da autenticidade, da distorção, da fraude, da disponibilidade e da amostragem...” Por exemplo, autenticidade pode ser um problema resultante do material coligido por narrativa oral, ou por outra qualquer forma a pedido do investigador e sobretudo a informação documental não solicitada, a qual pode pecar por ser forjada, não autêntica, ou não representativa. Por isso, o investigador deve considerar várias estratégias de abordagem dos documentos e sobretudo usar elementos de análise comparativa entre este método e outros.

Burgess (1997: 152) defende que a informação documental “tem que ser contextualizada [isto se] os materiais se destinam a ser usados de modo descritivo ou em termos de estabelecimento de generalizações”.

No que respeita ao procedimento relativo à análise documental, ele foi realizado no nosso estudo nos seguintes momentos:

1º momento:

No início da observação documental foi necessário proceder a uma recolha em vários locais e sistematização de documentos escritos. Inicialmente, documentos (monografias, obras de referência...) dispersos pelas diversas bibliotecas do país. Mais tarde, foi feito um levantamento dos documentos de referência no hospital em estudo, nomeadamente do manual traduzido para português da JCI.

2º momento:

Já no trabalho de campo, e portanto inseridos no contexto em estudo, foram analisados documentos escritos dos próprios serviços do hospital como normas, protocolos, procedimentos.

Procurou-se, desta forma, como referência bibliográfica a Comissão de Acreditação de Hospitais (*The Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization - JCAHO*), o Instituto de Qualidade em Saúde (IQS), e dados do Ministério da Saúde. Usou-se como principais base de dados para pesquisa: *Scielo, Ebsco-Host, Pub-Med, b-on*, que complementaram a revisão bibliográfica.

As palavras-chave, centrais, usadas foram: cliente, qualidade, acreditação hospitalar, prática supervisivas, formação em contexto de trabalho, relações interpessoais...

5.3. Observação participante

*“Os que lêem sabem muito,
mas os que observam sabem muito mais.”*
(Autor Desconhecido)

A observação participante é certamente a dimensão de trabalho de campo que, no imaginário das ciências humanas, dá a especificidade à etnografia. Com efeito, a atitude e o olhar para o outro, que é muitas vezes apresentado pelos etnólogos como marca desta disciplina (ao contrário da sociologia), confunde método com atitude. O espanto vai buscar as suas raízes bem mais longe, nas origens da filosofia, no primeiro olhar socrático sobre a conduta dos homens (Boumard, 1999).

Para apreender o ponto de vista dos outros é necessário partilhar a sua realidade, a sua descrição do mundo e as suas marcas simbólicas. Torna-se ao mesmo tempo fundamental registar o momento. A construção das notas de campo (ver exemplo anexo 1) foi um desafio que envolveu um tempo para aperfeiçoamento, mesmo que ainda considere que o subjetivo estará sempre presente.

A pressão da realidade, alimentada pela noção de campo, pode-nos induzir à ideia de que a clivagem na definição do objeto passa pela oposição entre o pensamento de laboratório, que reflecte no abstrato, e o contacto com a realidade, que privilegia o que é visto. Mas não se trata de ver, trata-se de olhar (*“regarder”*)!

Tivemos como princípio privilegiar o conhecimento do campo e a interação com os atores, conseguindo, nesta fase (terceira), integrar-nos no grupo e ser aceite por eles, o que permitiu conhecer os espaços e interagir com os seus modos de trabalhar sob o ponto de vista global.

No hospital, depois de algumas reuniões com o enfermeiro diretor, iniciadas em Dezembro de 2005, para negociar a presença da investigadora, iniciou-se o estudo num serviço que compreende internamento de medicina interna (oncologia, cardiologia, neurologia e pneumologia), hospital de dia, consultas externas de diabetologia e reumatologia, consulta de pneumologia e exames especiais de gastroenterologia.

Nos primeiros dias de observação, pretendeu-se conhecer os elementos que iriam constituir o grupo de participantes do estudo, assim como ter o primeiro contacto com a realidade para a construção de uma taxionomia de trabalho.

Começou-se por explicar, de forma simples, o que se pretendia fazer e qual a ajuda com que gostaríamos de contar, sem entrar em detalhes sobre a investigação, pois foi dada a informação devida ao longo do período de observação.

Quando partimos para a observação já possuíamos algum conhecimento acerca dos enfermeiros que iriam integrar o grupo, pelas informações facultadas nas reuniões anteriores. Mas, o que facilitou a integração, permitindo o acesso a momentos informais de socialização, foi o facto de ser enfermeira a exercer funções até ao momento, ainda que num hospital diferente. Outro aspeto facilitador da integração foi o facto de conhecermos o contexto e termos conhecimentos de cuidados de enfermagem.

No terreno, observamos e acompanhamos as atividades dos enfermeiros e cuidados prestados aos clientes, assim como dos alunos que os acompanham, apesar de que o maior contacto tenha sido com enfermeiros responsáveis (os supervisores), porque têm horário fixo.

No início deste procedimentos (a observação) registou-se toda a dinâmica do hospital, percorrendo praticamente todas as suas valências, assistindo a reuniões de avaliação da qualidade, para, posteriormente, dirigi-la para o trabalho dos enfermeiros de um grupo mais restrito, o qual designamos por *pequeno grupo*, para mais fácil identificação.

A lógica da progressão da investigação baseou-se na forma como se processou a informação. O tratamento dos dados seguiu um caminho progressivo de uma observação descritiva para uma observação seletiva (Spradley, 1980), passando por uma observação focalizada e taxonómica, em conformidade com o conhecimento que fomos obtendo sobre o objeto de estudo.

A observação não foi nem estática, nem linear, mas sim recursiva. Sendo uma estratégia de recolha de informação aberta e sem condicionamentos de tipo normativo (Spradley, 1980), a observação participante assumiu um papel dinâmico e sistemático na investigação.

Nos registos de observação, para além das informações contidas nas notas de campo e das reflexões pessoais, incluímos também informação com origem em documentos diversos, por exemplo o manual da qualidade.

Numa fase inicial dos registos nas notas de campo, descrevíamos de forma exaustiva as componentes objetivas da situação para, de seguida, extrair tipologias (Spradley, 1980). Tivemos em consideração as observações baseadas em diferentes suportes, o que nos possibilitou construir um relatório extensivo e detalhado do que até então se havia observado (ver exemplo Anexo 2 – “Notas de Campo”).

O plano da situação espacial dos atores foi construído e possibilitou analisar: o espaço físico - decorrente das trajetórias efetuadas ao longo do dia e os objetos aí presentes; as atividades - enquanto conjunto de diferentes atos realizados pelos diferentes atores; os atores - como sendo as pessoas envolvidas; as finalidades - como tudo o que os atores pretendem levar a cabo; os acontecimentos - como sequências de atividades e atos (ações simples) que envolvem e são realizadas pelos atores; e os sentimentos - como as emoções expressas pelos mesmos atendendo à sequência temporal dos eventos (Spradley 1980).

Na fase final da observação, já se tinham colocado questões, que, de forma sistemática, permitiram encontrar a informação específica do que se descobriu, tendo como pilares as questões orientadoras, a observação documental e a revisão de literatura que se foi fazendo (ver resultados Anexo 3 “Categorização dos dados recolhidos durante a observação”).

A observação dirigida para os domínios encontrados permitiu encontrar as categorias, assim como confrontar cada situação vivenciada, procedendo a uma análise comparativa e sistemática dos dados.

A interação com os atores do estudo foi central na abordagem desta estratégia. O facto de estarmos presentes no dia-a-dia do grupo, permite-nos olhar além da teoria e da imaginação. No entanto, a nossa participação foi passiva: *“a observação participante passiva significa que o observador não participa nos acontecimentos desse meio, mas a eles assiste do exterior «outsider»”* (Evertson e Green, 1986, in: Lessard-Hebert, 2005:156). De qualquer forma, os mesmos autores acrescentam que *“seja qual for o tipo da observação participante, o observador regista sempre os modos de vida do grupo social em estudo.”*

A observação participante foi importante para a investigação, porque permitiu a caracterização do contexto, a apreensão do modo de organização técnica e social do trabalho, assim como identificar os fatores de risco e os aspetos do relacionamento da equipa. Além disso, possibilitou a interação contínua com a assistência prestada, as vivências diárias e o relacionamento com os outros profissionais, fundamentais para captar os problemas que dificultam o processo da acreditação hospitalar.

Associado à observação participante, e como vertente desta, fomos realizando entrevistas informais nas interações que se travavam em campo.

Na investigação em ciências sociais, as entrevistas têm tido papéis diferentes e assumem-se com perspectivas e modos diferentes de inquirir a realidade. Designações diversas como “conversas com um objetivo”, “entrevistas não estruturadas” e “entrevistas informais” utilizam-se para caracterizar o conjunto de interações que, com um objetivo explícito, são desencadeadas durante a observação em campo. *Porquê? O quê? Com quem? Como?* São interrogações que ficariam sem resposta se o investigador não interagisse com os atores do estudo, procurando elucidar o que observa.

As entrevistas informais fazem parte do plano de investigação e utilizam o conhecimento que o investigador tem desse campo. Relacionam-se com os conteúdos do diário de bordo do investigador e, por vezes, surgem espontaneamente no campo de investigação, enquadradas nas finalidades do estudo e seu enquadramento teórico, podendo por isso ser reconhecidas como um tipo de observação (Burgess, 1997).

A sua utilização, nesta investigação, assumiu um interesse particular, relacionado em primeiro lugar com a diversidade de atores em contexto. Para este tipo de entrevistas, Spradley (1980), concretiza três tipos de perguntas: descritivas, estruturais e de contraste, assumindo todas algum relevo, pela necessidade de que fossem descritos procedimentos e práticas às quais não houve hipótese de assistir, mas que influenciam diretamente outras práticas, essas sim, acompanhadas. Por outro lado, permitiram aos atores constituintes do *pequeno grupo* que esclarecessem e discutissem o significado de algumas situações, bem como clarificassem e comparassem situações sobre acontecimentos do contexto.

Estas entrevistas não foram gravadas, uma vez que eram feitas na presença do cliente, que diretamente não foi nosso objeto de estudo, pelo que consideramos que a presença de um gravador

poderia influenciar o seu comportamento. Logo que possível, assim a informação retirada foi referida em notas de campo, após a interação.

As notas de campo possibilitaram vigilância crítica. Foram colocadas questões epistemológicas que nos ajudaram a identificar soluções teóricas válidas para problemas práticos. Partimos do questionamento de como podíamos chegar ao conhecimento do contexto que pretendíamos observar, e numa permanente avaliação das respostas às questões autocolocadas, fomos compreendendo melhor o fenómeno em estudo. Encontramos aqui, como metodologia, a utilização do pólo epistemológico de De Brunyne *et al.* (1991).

Ao longo desta observação, fomos realizando a análise progressiva dos dados. Assim, identificámos palavras, termos que constituímos por “*free nodes*” (Richards, 2002), uma vez que trabalhamos com o programa informático *Nud*Ist 6*. A análise de conteúdo foi o instrumento utilizado para o tratamento dos dados colhidos. Mais à frente, será explicado este processo.

5.4. Inquérito por questionário

Algo só é impossível até que alguém duvide e resolve provar o contrário."
(Albert Einstein)

Um questionário é um conjunto de perguntas, feito para conseguirmos os dados necessários de modo a verificar se os objetivos de um projeto foram atingidos. Mas, elaborar um questionário não é uma tarefa fácil, e aplicar tempo e esforço no seu planeamento é um requisito essencial para atingir os resultados esperados, mesmo não existindo uma metodologia padrão para o seu desenvolvimento e construção.

A construção de um questionário, segundo Aaker *et al.* (2001), é considerada uma *arte imperfeita*, pois não existem procedimentos exatos que garantam que os seus objetivos de medição sejam alcançados com boa qualidade. Ainda segundo o autor, fatores como bom senso e experiência do investigador podem evitar vários tipos de falhas nos questionários, como por exemplo, as questões ambíguas, potencialmente prejudiciais, dada a sua influência na amplitude de erros. No entanto, existe uma sequência de etapas lógicas que o investigador deve seguir para desenvolver um questionário: (a) planear o que vai ser avaliado; (b) formular as perguntas para obter as informações necessárias; (c) definir o texto e a ordem das perguntas e o aspeto visual do questionário; (d) testar o questionário, utilizando uma amostra mais pequena; (e) se necessário, corrigir o problema e fazer novamente o pré-teste.

A construção do instrumento de inquirição (questionário) para esta investigação teve início já numa fase avançada da observação, uma vez que precisávamos de contactar primeiramente com a realidade do estudo, para podermos traçar os objetivos do questionário.

Inicialmente projetamos um questionário de raiz, no entanto, com a continuidade do trabalho, percebemos que já existia um, em fase de validação (pré-testagem) no País que respondia positivamente aos objetivos que traçamos.

O questionário por nós adotado denomina-se *Clinical Supervision in Nursing Inventory– Versão 1 (CSNI-V1)* (ver Anexo 4: “Questionário adotado”), cujo autor é Wilson Abreu. A sua pré-testagem foi feita a um conjunto de enfermeiros do Hospital de São João no âmbito de um estudo de investigação e, após participação na testagem, consideramos necessárias algumas alterações para a sua versão final e, com a autorização do autor, acrescentamos algumas questões abertas, que iam ao encontro dos objetivos do estudo. Esta opção teve por base possibilitar aos atores poderem expressar-se livremente, impedindo um excesso de questões fechadas.

Após todo este processo ter sido concluído, aplicamos e recolhemos os questionários junto dos sessenta e dois enfermeiros que constituem a equipa, de doze de Junho a vinte e oito do mesmo mês do ano 2006. A aplicação do questionário estava prevista para mais cedo para que pudéssemos tratar os dados e, em Julho desse ano, realizar as entrevistas. No entanto, por questões de procedimentos do hospital, a resposta ao pedido de autorização, fez alongar um pouco mais o prazo.

O questionário compreende quatro partes distintas: I. Caracterização socioprofissional dos participantes; II. Caracterização do contexto clínico; III. Inventário/ escala, previamente validada, com questões para avaliação do acompanhamento clínico; IV. Questões abertas que registam factos significativos ocorridos no decurso do processo de supervisão clínica.

As duas primeiras partes do questionário incluíram um conjunto de perguntas dirigidas à caracterização da população e à medição de fenómenos de supervisão, formação contínua, e socialização dos profissionais de enfermagem, avaliadas através de respostas de escolha múltipla e dicotómicas. Estas questões após a pré-testagem/validação sofreram pequenas alterações depois de analisadas.

A terceira parte incluiu um inventário de vinte e quatro itens avaliado por uma escala com quatro pontos direcionados para a experiência que têm de supervisão. Esta estratégia de medida foi importante para determinar a segurança e validade do instrumento e o grau de confiança que pode ser considerado aquando da fundamentação dos resultados¹⁰.

¹⁰ O coeficiente de *Cronbach Alpha* foi de 0,92 para a escala total (24 itens), indicando um excelente resultado para uma pré-testagem, já que o coeficiente de *Cronbach Alpha* nos indica até que ponto os itens apresentam respostas homogéneas e consistentes. Os itens que apresentavam baixos valores de confiança foram eliminados ($r \leq 25$).

Na última e quarta parte do instrumento, os participantes foram convidados a responder livremente e da forma que desejassem, a quatro questões abertas relacionadas com as suas experiências de supervisão, as transições ecológicas contextuais (narrativa de uma experiência significativa) e ideais de qualidade.

A utilização das questões abertas nesta última parte exigiu uma seleção cuidadosa dos procedimentos de tratamento de dados, sendo que, no nosso caso, optamos pela codificação e agrupamento em categorias - na análise do conteúdo de forma semelhante ao tratamento que se dá às questões fechadas.

O tratamento dos dados qualitativos do questionário foi feito através da análise de conteúdo. Para tratar a informação quantitativa recorreu-se ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), através da análise estatística descritiva e (in)diferencial. Aquando da aplicação do instrumento e tratamento dos dados foram atendidas as questões éticas da investigação.

Através da análise estatística descritiva podemos centrar no estudo de características não uniformes das unidades observadas, descrevendo os dados recorrendo a indicadores estatísticos como foi o caso da média, desvio padrão...

Por outro lado, a estatística indutiva permitiu-nos, com base nos elementos observados ou experimentados, tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2003).

5.5. Inquérito por entrevista

“A capacidade pouco vale sem oportunidade.”
(Napoleão)

Após a utilização dos instrumentos de recolha de dados anteriormente descritos, e após o tratamento dos mesmos, tal como planeamos, recorreremos ao uso da entrevista semi-estruturada.

O inquérito por entrevista é um *“processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”* (Haguette, 1997:86).

A preparação da entrevista requer tempo e exige alguns cuidados. Lakatos (1996) refere que os mesmos passam pelo seu planeamento atento com base nos objetivos previamente definidos.

Nesse planeamento deve-se ter presente a escolha do entrevistado, a construção de um guião para as questões mais importantes, e as condições favoráveis à entrevista (dia, hora e local próprios), e à preservação da confidencialidade da mesma.

Dependendo do autor que se referencia, existem várias formas de classificar os tipos de entrevistas, sendo a mais comum classificação, diferenciada em três tipos: não estruturadas, semi-estruturadas, e estruturadas.

Face aos objetivos do estudo e ao próprio objeto em estudo, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas, na colheita de dados - o ponto de vista dos atores sociais sobre as suas práticas e as suas representações era um elemento essencial para associarmos aos outros tipos de informação, apresentando-se, no nosso ponto de vista, como fundamental para a compreensão de algumas dimensões, às quais não tivemos acesso pela observação participante ou pela aplicação do questionário.

As informações, que pretendíamos obter com os enfermeiros, situavam-se a quatro níveis:

a) Estratégias de melhoria da qualidade – Com este item queríamos perceber como é entendido o conceito de qualidade no seio da equipa, para podermos compreender as estratégias de melhoria de qualidade definidas e implementadas no terreno.

b) Práticas supervisivas – A este nível, pretendia-se perceber o que entendem por supervisão clínica, e de que modo é vista no seu contexto de trabalho. A percepção sobre a sua supervisão, assim como a supervisão que realizam quer a colegas (supervisão clínica) quer a alunos (*mentorship*), é a base que permite avaliar a prática e sugerir reformas estruturais que a fomentem.

c) Formação em contexto de trabalho – Com este item pretendia-se compreender de que forma as estratégias encontradas para as questões da melhoria da qualidade se relacionam com a formação dada ou incentivada na instituição. Tendo por base que é com a formação que se consegue um quadro técnico de profissionais com competências necessárias para determinadas prestações de serviço, um planeamento estruturado e fundamentado de formação torna-se fundamental.

d) Aspetos interativos da socialização profissional. A forma como os grupos se socializam é um assunto há muito estudado pelos sociólogos e aproveitado no seio das empresas para promover a rentabilização dos recursos, aumentando a produtividade. Num processo de supervisão onde existe um acompanhamento e uma relação, a valorização das relações interpessoais deve ser tida em conta, como um modo de socialização que poderá ser usado com o intuito de potenciar o processo de implementação de um sistema de gestão da qualidade.

Após a decisão do tipo de informação que se pretendia recolher foram elaborados, com base nos dados colhidos na observação e na aplicação do questionário, os guiões (ver Anexos 6 e 7: Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas a doze enfermeiros do serviço, e Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros dirigentes). Estes encontram-se organizados em quatro blocos.

O conteúdo das perguntas da entrevista na linha dos estudos etnográficos e os seus objetivos (Spradley, 1980) centram-se em:

– Que significado tem para o grupo profissional de enfermagem, do Hospital em estudo, a qualidade em saúde?

- Que estratégias são envolvidas na supervisão, de forma a dar respostas aos indicadores de acreditação da qualidade, previamente por eles definidos e estruturados?
- Qual a influência do meio nos processos de formação dos profissionais, que em contexto hospitalar, se envolvem no processo de acreditação?
- Que modalidades de formação são desenvolvidas pelos enfermeiros nos seus contextos de trabalho, num processo de acreditação da qualidade hospitalar?

As entrevistas decorreram durante o mês de Outubro de 2006 e foram realizadas individualmente, depois de explicado o procedimento e as partes constituintes do guião. Apesar de terem colaborado neste projeto cerca de sessenta e dois enfermeiros, foram seleccionados para serem entrevistados apenas doze.

Na sequência da definição do nível de supervisão com o qual pretendíamos trabalhar, a selecção definitiva destes colaboradores realizou-se depois de seis meses de observação e depois de vários contactados com toda a equipa.

Os critérios que estiveram na base da Seleção do *pequeno grupo*, para além da disponibilidade que referiram, foram: (a) Responsáveis de serviço e “enfermeiros de horário fixo” – supervisores e enfermeiros de referência; (b) Enfermeiros que acompanham alunos - mentores, tutores e formadores; (c) “Contratados” – prestadores de serviço; (d) Enfermeiros internacionais - interculturalidade de prestação de cuidados, como é tratado pelas questões da qualidade; (e) Enfermeiros que acumulam funções no internamento e consulta externa – Formação; (f) Enfermeiros que apesar de fazerem parte da equipa de medicina Interna apenas prestam funções nos exames - Interação social e supervisão.

Os locais escolhidos para a realização das mesmas estiveram ao critério dos entrevistados, que de uma maneira geral escolheram uma sala dentro do serviço, já que se encontravam na hora de trabalho, podendo assim, se houvesse necessidade, interromper para qualquer intervenção de que necessitassem.

De uma maneira geral mostraram uma postura de descontração, relaxada, o que permitiu que durante a entrevista se assistisse quase a uma conversa informal.

Importa referir que a recolha de dados por entrevista teve dois momentos distintos: um primeiro que se fez junto dos enfermeiros ditos “da prática”, e num segundo momento – este mais próximo

do final desta investigação – aos dirigentes, a fim de receber a informação complementar da análise previamente feita da informação colhida no primeiro momento e com a utilização de outros instrumentos atrás referidos.

Recolhidos os dados nas condições descritas, passou-se ao seu processamento e organização, tendo em vista a sua necessária apresentação e acessibilidade. As decisões tomadas a este respeito caracterizaram-se pela simplicidade, comodidade e rigor, com o intuito expresso de abrir o nosso trabalho a outros investigadores.

A transcrição das entrevistas, que obedeceu a princípios gerais e a regras básicas definidas em função da necessária representatividade que qualquer transcrição deve procurar relativamente aos fenómenos verbais a que respeita, baseou-se nas sugestões metodológicas de outros autores que se preocuparam com a questão (Canha, 2001; Andrade e Sá, 1996).

A preocupação com a transcrição dos fenómenos verbais como ponto de passagem obrigatória para o seu estudo minucioso inicia-se nos finais dos anos sessenta, com os trabalhos dos primeiros autores em análise conversacional no quadro de uma perspectiva etnometodológica de investigação (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974; Schenkein, 1978; citados por Andrade e Sá, 1996).

Sabemos hoje, na sequência de todas as incursões já realizadas neste domínio, que nenhuma transcrição representa com absoluta fidelidade os fenómenos verbais a que se reporta.

Primeiro, porque se trata de códigos diferentes, o oral e o escrito, com regras e funções também diferentes, que só muito parcialmente se recobrem, particularmente quando lidamos com fenómenos interativos não verbais ou extra-verbais ou com desvios fonéticos e prosódicos de vários tipos.

A dificuldade de transcrever resulta aqui do facto deste processo implicar o trabalho paralelo sobre dois objetos distintos: o código de transcrição adotado, artefacto de segunda ordem, que pode ser mais ou menos fiel e a gravação, ela própria, que pode ser mais ou menos rica, mas que é também ela apenas um artefacto de primeira ordem, ou seja, um traço do acontecimento. Aliás, já Bateson (*In*: Andrade e Sá, 1996) afirmara que a própria gravação é uma modificação e uma codificação do acontecimento tal como ele ocorreu, indicando por si só uma seleção e transformação dos dados.

Depois, porque qualquer sistema de transcrição é sempre semi-interpretativo, na medida em que depende de opções teóricas, da intuição linguística do transcritor, das expectativas intrínsecas à investigação, de hipóteses de quanto ao que de facto é significativo na troca verbal (Andrade e Sá, 1996).

As transcrições iniciaram-se em Novembro de 2006 e prolongaram-se até Janeiro de 2007 dada a morosidade que foi a transcrição *pura* das entrevistas, em particular dos enfermeiros que falavam rápido e em espanhol, e é de salientar que não houve recurso a tarefeiros. Os princípios utilizados nas suas transcrições podem ser consultados no Anexo 8 (“Alguns apontamentos regulamentares da transcrição das Entrevistas Semi-estruturadas”).

A validação da informação recolhida foi realizada em Abril de 2007. Para este processo foi dado o tempo que os enfermeiros consideraram necessário para analisar a transcrição efetuada e proceder às alterações que entendessem, incluindo ao nível da pontuação.

Depois de todos estes procedimentos passámos à análise dos dados. Esta foi feita numa primeira fase sem recurso a qualquer tipo de *software* de análise, sendo utilizado numa segunda fase o Nud*ist 6 (*Nud*ist - Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*) (consultar Anexo 9: “Análise de conteúdo dados recolhidos das entrevistas”). Desta análise foram encontradas quatro taxonomias, que se subdividem em domínios, categorias e subcategorias, numa estruturação inicial de global para focalizada, adotando-se os princípios de Spradley (1980).

Na base desta dinâmica encontra-se uma das exigências da investigação qualitativa, no seu modo etnográfico - a reflexão permanente do investigador sobre a relação que se estabelece entre o desenho da investigação, a colheita da informação e a análise dos dados recolhidos.

O Nud*ist 6 como ferramenta de trabalho possibilitou-nos ordenar a informação analisada pela análise de conteúdo, através da criação de “*tree nodes*” à medida que encontrávamos as principais dimensões de análise.

Explorando agora todo o processo desenvolvido na análise de conteúdo, começamos por abordar os aspetos teóricos e os principais autores que nos ajudaram a trabalhar.

Por análise de conteúdo entendemos “*um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das*

mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de procedimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004: 37).

As técnicas de análise de conteúdo (como é definido por Henry e Moscovici, citados por Bardin, 2004), implicam um trabalho de divisão e cálculo exaustivo, num contínuo aperfeiçoamento.

Criam no investigador uma característica de *desconfiado* relativamente aos pressupostos do que investiga, rejeitando a intuição e a tentação do saber subjetivo, em prol do que “constrói” baseado nas percepções dos atores projetadas na sua própria subjetividade (Bardin, 2004).

A análise de conteúdo está entre dois pólos da investigação científica: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, criando indicadores que irão permitir ao investigador, com base na inferência e dedução, uma segunda leitura de dados.

De acordo com os vários autores, podem fazer-se vários tipos de análise: - Descritivas: exaustivas, intensivas, sobre determinado conteúdo comunicacional; - Correlacionais: (cor)relacionam categorias de análise; - Causais: ajudam a determinar as causas de determinado conteúdo comunicacional e também os efeitos. E, segundo Bardin, a análise pode ser temática, frequencial e quantitativa, ou transversal. A análise que efetuamos situa-se preferencialmente na análise temática, podendo, no entanto, apresentar breves momentos de análise transversal (Bardin, 2004).

A análise de conteúdo tem como ponto de partida *“a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada” (Franco, 2003: 13)*. Algumas das características apontadas por vários autores no que se refere à análise de conteúdo são: a objetividade, a sistematicidade, assim como a potencialidade de inferência.

Como afirma Vala, a análise de conteúdo permite *“efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 1986: 104)*.

De acordo com o que se planeia pode-se entender que a análise de conteúdo inclui necessariamente os seguintes passos: a) Seleção da comunicação que será estudada; b) Seleção

das categorias que se utilizarão; c) Seleção das unidades de análise; d) Seleção do sistema de medida (Raigada, 2002).

Independentemente da forma como se categoriza, o que foi feito vai ao encontro do que Bardin (2003) descreve ao defender a existência de três pólos cronológicos para a análise de conteúdo:

- Pré-análise. Fase de organização, propriamente dita, que se dá na altura em que existem os primeiros contactos com os materiais. Nesta fase há a constituição de um corpus (escolha de documentos), a formulação de objetivos da análise de acordo com o quadro teórico construído (regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência), e a elaboração de indicadores (utilizando por exemplo uma das seguintes operações: Recortes de texto em unidades comparáveis; Categorização; Codificação).
- Exploração do material com a definição das unidades de análise (segmentos do conteúdo acerca dos quais procederemos à análise).
- O tratamento dos resultados, a Inferência (permite dar uma significação fundamentada às características que foram encontradas no texto. É através da inferência que podemos interpretar os resultados da descrição, o que nos vai permitir objetivar as condições de produção que estiveram na base de um determinado texto); interpretação.

As categorias de análise podem ser criadas *à priori* ou emergir do discurso, do conteúdo das respostas e implicam um processo de ida e volta (material de análise e teoria).

A definição de análise de conteúdo dada por Berelson, há cerca de uns vinte anos atrás, continua a ser o ponto de partida para as explicações que todos os principiantes reclamam, tendo-a ele definido do seguinte modo: «uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações». Os analistas principiantes debitam de boa vontade as famosas regras, às quais devem obedecer as categorias de fragmentação da comunicação para que a análise seja válida, embora estas regras sejam, de facto, raramente aplicáveis. Estas regras devem ser (Bardin, 2003:31):

- *Homogéneas: poder-se-ia dizer que «não se misturam alhos com bugalhos»;*
- *Exaustivas: esgotar a totalidade do «texto»;*
- *Exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes;*
- *Objetivas: codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais;*
- *Adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo.*
- *Fidedignidade*

É um método taxonómico bem concebido para introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente (Bardin, 2003:32). A ordem é conseguida com a definição de unidades de contexto e unidades de codificação ou de registo que poderão ser uma palavra, uma frase, o minuto, o centímetro quadrado.

É a intenção da análise que ajuda na definição da categoria, porque não interessa a descrição do conteúdo, mas a natureza da intenção (psicológica, sociológica, histórica, económica...), como nos refere Bardin.

O critério de categorização pode ser semântico, sintático, lexical e expressivo (Bardin, 2003:111). A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos), a classificação (repartir os elementos, e portanto procurar ou impor uma certa organização às mensagens).

Apesar de existirem algumas semelhanças entre a análise de conteúdo e análise documental, estas confundem-se erradamente, porque as diferenças existentes são significativas:

- A análise documental trabalha com documentos; a análise de conteúdo com mensagens (comunicação);
- A análise documental faz-se, principalmente, por classificação-indexação; a análise categorial temática é, entre outras, *uma* das técnicas da análise de conteúdo.
- O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenagem; o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem.

A forma como se analisam os dados qualitativos através da análise de conteúdo não se procede apenas de uma maneira rígida e inflexível. Existem algumas formas adoptadas pelos investigadores, que tendo por base alguns princípios comuns, adaptam a construção da sua categorização à técnica que melhor se adapta à investigação que precede.

Para esta investigação, procedemos a uma análise de dados definida através de uma análise taxonómica, cuja principal característica é retratada através de um *funil invertido*. Segundo Spradley, a observação, e considerando as entrevistas como uma observação indirecta (Estrela, 1996), inicialmente é feita no sentido de se apurar tudo, para depois, num processo contínuo, ser

feita de forma focalizada. Ao procedermos desta forma à análise dos nossos dados demos o retrato acima descrito.

A análise de conteúdo é uma busca inicial de tudo até se inferir e chegar a unidades de análise ou registo, que serão os nossos focos. Isto é, começamos por realizar uma análise descritiva, para depois proceder a uma correlacional que conduziu à definição de diferentes taxonomias de análise.

Dessas taxonomias, e continuando com o estreitamento desse funil, criamos as diferentes dimensões, os domínios, as categorias e, por fim, conseguimos encontrar as unidades de análise.

Os principais passos dados nesta análise de conteúdo foram a definição das principais dimensões e a especificação das categorias e os indicadores - encontrados através de uma expressão ou de uma frase complexa.

O recurso ao *software* Nud*ist6 facilitou parte do processo, porque ajudou a ordenar as dimensões encontradas, possibilitando ramificações para os domínios, categorias e subcategorias, respectivamente. O facto de podermos transportar os textos de uma categoria para a outra, sem perdermos informação, já foi uma ajuda preciosa, mas a utilização desta ferramenta tem mais vantagens, pelo que, dada a dimensão das variáveis em estudo, não foi possível a exploração do programa na sua totalidade.

5.6. Processos de triangulação

*“Aprende-se mais no trato do que nos tratados.”
(Roberto Duailibi)*

A triangulação por nós utilizada resulta “de uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno” (Fortin, 1999), aumentando assim, segundo a referida autora, a amplitude e profundidade do estudo.

Para compreender a “triangulação”, considerámos primordial “recuar” ao tempo das disputas ou “guerras” (Guba e Lincoln, 1994; Tashakkori e Teddlie, 1998) surgidas acerca dos modelos dominantes de análise dos fenómenos sociais – o modelo positivista e o modelo construtivista –, tendo catalogado as suas principais características, e, em face (exclusivamente) destas, revelou-se inegável a existência de dois pólos (aparentemente) incompatíveis. No entanto, alguns autores têm combatido esta incompatibilidade, e foi precisamente tomando como referência os pontos convergentes entre as duas posições, e “olhando” para além da “guerra de paradigmas”, que se “abriu caminho” a que surgissem conceitos como o de “triangulação”.

A pesquisa acerca do conceito de “triangulação” revelou-se interessante em vários pontos: é um conceito que não nasce nas ciências sociais mas antes na navegação e na topografia; é importado e é apropriado, sobretudo, por um autor (Denzin), que o utiliza, amplia e “abre o leque” de imprecisão do conceito considerando quatro tipos diferentes de “triangulação” (a “triangulação de dados”, a “triangulação do investigador”, a “triangulação teórica” e a “triangulação metodológica”); é um conceito cuja origem se enraíza muito na noção de validade mas que, em face dos argumentos e das críticas realizadas, ultrapassa a sua visão clássica e ortodoxa e se expande, pelo que alguns autores consideram que a “triangulação” também é uma forma de integrar diferentes perspectivas no fenómeno em estudo (Kelle, 2001; Kelle e Erzberger, 2005; Flick, 2005a), sendo ainda uma forma de descoberta de paradoxos e contradições (Kelle e Erzberger, 2005), e também uma forma de desenvolvimento (Greene *et al.*, 1989).

A triangulação de métodos surge como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento da teoria com a prática e de agregar múltiplos

pontos de vista, quer das formulações teóricas utilizadas pelos investigadores, quer da visão do mundo apresentada pelos atores dos estudos, utilizados de modo articulado no estudo empreendido pelos autores.

O uso da triangulação exige, também, a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo.

Apesar da triangulação ser usada como um paradigma quantitativo para confirmação e generalização de um estudo, Barbour (1998) não negligencia a noção de triangulação num paradigma qualitativo, indicando a necessidade de definir triangulação da perspetiva de uma pesquisa qualitativa em cada paradigma. Por exemplo, no uso de triangulação em várias fontes de dados na investigação quantitativa, qualquer exceção pode levar para uma (des)confirmação da hipótese onde exceções numa pesquisa qualitativa, são negociadas para modificar as teorias e são frutíferas.

Triangulação deve incluir múltiplos métodos de colheita e análise de dados, mas não deve sugerir um método fixo para todos os investigadores. Os métodos escolhidos na triangulação para testar a validade e a confiabilidade de um estudo dependem do seu critério e objetivos.

Nesta investigação procurámos assegurar a validade e grau de confiança em todas as fases do processo. Utilizamos processos de triangulação possíveis para o tipo de estudo apresentado (Denzin, 1984):

– Triangulação de dados – foram colhidos em diferentes espaços temporais. Inicialmente utilizou-se a observação, depois o questionário após a análise das notas de campo e, por fim, as entrevistas (mesmo estas foram realizadas em dois tempos distintos).

– Triangulação de espaço – Apesar de apresentarmos um estudo de caso único – uma unidade de cuidados – esta desenvolve-se em diferentes espaços físicos, os quais foram tidos em consideração na análise e cruzamento dos dados pelas especificidades apresentadas por cada um.

– Triangulação de métodos – Fazendo uso das perspectivas da etnografia implementadas simultaneamente nos processos de recolha e análise dos dados, associamos os princípios da hermenêutica interpretativa.

– Triangulação de teorias – Pelo recurso a fontes teóricas no sentido de comparar e discutir os resultados à luz de investigações similares produzidas.

Ainda que subjetiva, assumimos uma postura de investigador participante procurando, através de uma atitude honesta e íntegra, produzir resultados válidos e fidedignos.

5.7. Procedimentos éticos do estudo empírico

*"Tudo o que fazemos na vida,
é a cópia imperfeita do que pensámos em fazer"*
(Fernando Pessoa)

O estudo do comportamento humano implica o estabelecimento de uma relação entre o investigador, os sujeitos e os contextos, pelo que, na investigação, a questão ética central passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma, por outro, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade.

Os aspetos éticos na investigação assumem hoje um papel fundamental na construção do seu projeto, uma vez que impõe limites e orienta a metodologia e a interdisciplinaridade da investigação. Sem o cumprimento de um código de Ética, a validade dos resultados obtidos pela investigação são colocados em dúvida, ou seja, os resultados podem não ser considerados válidos, pois é através desse conjunto de regras, que é também imposta uma certa sistematização do estudo a desenvolver.

De forma a atender aos aspetos atrás descritos, coube à investigadora a responsabilidade de fazer uma avaliação cuidadosa da aceitabilidade ética do seu estudo, antes de ter iniciado a pesquisa. Esta elaborou um projeto de um estudo que não pusesse em causa os direitos dos participantes. Esse projeto foi aprovado pela Universidade de Aveiro, e só depois foi solicitada a aprovação da Instituição diretamente envolvida no estudo para o seu desenvolvimento e para que os enfermeiros, de um serviço selecionado por eles, nele pudessem participar.

Posteriormente, na fase da recolha de dados, a investigadora teve presente alguns princípios éticos:

- Informou os participantes sobre todos os aspetos da investigação, tais como o direito à informação completa sobre o estudo, sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual foi solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados;

- Estabeleceu um acordo com os participantes onde ficaram explícitas, conjuntamente, as responsabilidades dos dois, no que diz respeito ao direito à intimidade – inclui poder negar-se a responder a algumas questões, a saber protegida a sua identidade e à confidencialidade da informação que partilharam. Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos – e a pessoa é livre de decidir sobre a extensão da informação a dar, ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas (Freire, 1994).

- Respeitou e garantiu os direitos daqueles que participam voluntariamente no trabalho de investigação, assim como garantiu a confidencialidade da informação obtida, o direito ao anonimato e à confidencialidade – isto é, os dados pessoais não serão divulgados ou partilhados e a identidade do sujeito não será associada às respostas individuais. Os resultados são apresentados de forma a que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido, recorrendo à utilização de códigos de identificação não divulgados.

- Manteve-se honesta nas relações estabelecidas com os participantes, aceitou a decisão dos indivíduos de não colaborarem ou desistirem, sem que tivesse formado juízos de valor. Decorre deste princípio, que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação, ou não, na investigação; aliás, tem o direito de decidir por si mesmo se participa ou não, sem coação, e deve ser assegurado o direito a negar-se livremente (Freire, 1994).

- Elaborou e aplicou um consentimento informado aos intervenientes para a realização das entrevistas e questionários. Neste consentimento eram respeitados os seguintes itens: a natureza da Investigação, a sua total liberdade para abandonar o projeto, as consequências da sua participação na pesquisa e os fatores que poderão torná-los suscetíveis.

- Ficou dispensada de apresentar um consentimento informado no caso da observação participante, uma vez que já tinha a autorização da Instituição e o consentimento oral dos atores.

Já na fase final, na redação do relatório da sua investigação, a investigadora teve presente os seguintes princípios:

- Fez uma rigorosa explicitação das fontes utilizadas.

- Foi autêntica na redação do relatório, no que respeita aos resultados que apresenta, já que foi fiel aos dados recolhidos e às conclusões a que chega, pois não houve espaço ao enviesamento destas.

6. O(S) CONTEXTO(S) EM ESTUDO: A INSTITUIÇÃO, OS ATORES E AS PRÁTICAS

O estudo dos contextos em que se realizam determinadas práticas sempre foi um foco de atenção dos investigadores. A sua importância destaca-se fundamentalmente pela necessidade de enquadramento e justificação do estudo.

Neste capítulo abordamos os contextos e os atores que devem fazer parte, para descrevermos as suas práticas – objeto da nossa investigação.

Começamos por caracterizar a instituição referindo alguma da sua história, a forma como se apresenta organizada, privilegiando as particularidades que a distingue das outras, e o modelo de gestão que utiliza.

De seguida procedemos a uma primeira abordagem do processo de implementação da gestão de qualidade, visto que, no capítulo seguinte, este tema é encarado com mais pormenor. Esta abordagem, neste capítulo, pareceu-nos importante, porque valoriza a contextualização do estudo, uma vez que neste são tratadas apenas as dimensões organizativas que permitem a evolução do processo.

Por fim, caracterizamos os contextos e os atores do estudo, abordando as suas ideologias, os espaços de formação, qualificando os cuidados que prestam e os modelos utilizados, entre outros.

6.1. A instituição em estudo¹¹

*“Nada é permanente, senão a mudança.”
(Heráclito)*

A Instituição na qual foi realizado este estudo foi construída em meados da década de noventa, entrando em funcionamento no final desta.

Em termos de organização é importante referir que esta instituição se encontra localizada na zona centro do país e serve uma população relativamente jovem de aproximadamente de 519 014 habitantes cujas atividades principais são as industriais, o que faz com que tenha maioritariamente doenças do foro pneumológico.

Em termos organizativos a sua unidade base é o Serviço de Ação Médica (SAM), cuja chefia máxima pertence a um médico, o Diretor. Cada SAM está integrado num dos quatro Centros de Responsabilidade (CR) existentes na instituição. O Diretor do SAM negocia e assume perante a Direção do CR (um médico e um administrador hospitalar designados pelo Conselho de Administração (CA) da instituição) um programa de atividade anual com descrição da produção e da produtividade para a atividade assistencial. Por sua vez, os CR's elaboram um programa de atividade produtiva anual e o respetivo orçamento de suporte que, no seu conjunto, vão dar origem ao contrato/programa da instituição.

Tecnicamente, os Serviços e os CR são tutelados pelo Diretor Clínico e pelo Enfermeiro Diretor, e em termos globais é o CA que assume as competências de órgão de gestão, máximo responsável pela atividade do Hospital.

A gestão da instituição é feita através de um modelo que define o estatuto jurídico pelo qual se rege e que conferiu, pela primeira vez, a uma instituição hospitalar pública, uma natureza empresarial, definição que permitiu a esta organizar-se como uma empresa de serviços, recorrendo aos métodos, às técnicas e aos instrumentos habitualmente utilizados pelo setor privado, para a sua organização e gestão (Entidade Publica Empresarial (EPE)).

¹¹ Parte dos dados contidos neste domínio foram recolhidos da página *web* da instituição, assim como nas entrevistas informais realizadas durante a observação. Esta referência bibliográfica não consta na bibliografia para possibilitar o anonimato da instituição.

Desse modelo de gestão, podem salientar-se características como a contratualização do financiamento em função das atividades a prosseguir, o estabelecimento de contratos individuais de trabalho e de incentivos aos profissionais e a agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento, entre outras.

Este enquadramento jurídico vem permitir dar uma resposta mais adequada aos princípios contidos na missão e visão da Instituição. A sua visão resume-se à determinação de ser um *hospital de referência a nível nacional, em termos de satisfação dos clientes e dos trabalhadores, bem como em termos de eficiência e eficácia na aplicação dos recursos materiais e financeiros que a comunidade atribui através do orçamento do SNS*. Para isso, apresentam como principal missão, a de *atender e tratar, em tempo útil, com eficiência e qualidade, a custos socialmente comportáveis, os doentes necessitados de cuidados hospitalares*, daí que os seus valores essenciais sejam a Qualidade, a Ética, o Respeito pelo indivíduo, a Performance, e a Inovação.

Como particularidades, é de notar que, nesta instituição, não existem alguns dos Serviços tradicionais encontrados na forma de organização de outros Hospitais, como, por exemplo, a consulta externa e o bloco operatório. Também o tradicional "Serviço de Urgência" tem aqui uma organização original com um corpo médico próprio de "emergencistas", apoiados por residentes de algumas especialidades (proporcionando a existência de serviços "não tradicionais").

Em relação aos serviços existentes na instituição, estes encontram-se organizados em três grandes grupos: serviços de prestação de cuidados, onde estão inseridos os CR médico, CR cirúrgico e CR Anestesiologia/UCIP/Emergência; serviços de suporte à prestação de cuidados onde estão os serviços farmacêuticos, o serviço de nutrição e alimentação e o serviço social; por último, têm os serviços de gestão e logística, onde estão os gabinetes de planeamento, relações públicas, gestão de doentes, gestão de recursos humanos, financeiros, aprovisionamento, informática, instalação e equipamentos, esterilização, tratamento de roupas, higiene e limpeza, apoio e vigilância, saúde ocupacional e apoio jurídico.

Como sabemos, são muitos os fatores suscetíveis de influenciar o processo de prestação de cuidados aos clientes, tais como os ambientes físicos (estrutura arquitetónica, lotação, equipamentos, materiais, dotação das equipas), ambientes conceptuais (filosofia, valores, padrões de cuidados, método de trabalho, normas) e as próprias características destes e dos profissionais. Não obstante a importância de todos eles interessa-nos agora falar do ambiente físico, pelo seu impacto na eficiência, qualidade e segurança dos cuidados.

O estudo empírico decorreu num serviço de Medicina Interna composto por três Alas de internamento divididas fisicamente e denominadas A, B e C conforme os diagnósticos médicos que justificam o internamento do cliente. É composto ainda por um Hospital de Dia, um serviço de Exames de Gastrenterologia, e um Serviço de Consultas Externas de Medicina Interna.

Encontra-se localizado no quinto piso do hospital, com acesso por escadas ou elevador. Perto destes acessos encontra-se a secretaria, devidamente identificada e iluminada. Do lado esquerdo há um acesso direto ao Hospital de Dia, às Alas C e B, aos vestiários dos profissionais, e ao gabinete da Enfermeira Chefe. Do lado direito há o acesso direto à Ala A e restantes gabinetes (médicos). Uma vez que o piso em questão tem uma estrutura física “redonda”, na parte de trás dos elevadores das visitas, existem dois outros elevadores que permitem o uso exclusivo dos profissionais, existindo ainda uma sala de reuniões e uma copa.

Após esta descrição geral do serviço, consideramos importante descrever a especificidades que cada unidade de cuidados apresenta. A estrutura física de um serviço condiciona a forma como se prestam os cuidados ao cliente, influenciando inevitavelmente a qualidade destes.

Iniciando a nossa descrição, por exemplo, pela Ala A (simétrica da B) verificamos a existência de seis enfermarias, cinco delas com quatro camas cada e uma, com uma apenas. À entrada da porta de acesso à unidade, observamos um grande corredor que a acompanha, abrindo acessos a diferentes espaços. Do lado direito encontramos as enfermarias e um quarto-de-banho. Do lado esquerdo encontram-se todas as outras salas de trabalho: a sala de sujos, a sala de registos médicos (onde em cima de uma mesa se encontram três computadores), a sala de tratamentos, a sala registos de enfermagem, a sala de trabalho, a copa do pessoal e outro corredor.

Na ala B, o corredor que cruza o principal e que não se vê da entrada leva-nos ao quarto de isolamento, a duas salas onde está o aprovisionamento de material e alguma medicação de apoio às outras alas, durante o fim-de-semana.

A Ala C, por sua vez, possui quatro enfermarias com quatro camas cada, dois quartos de duas camas e cinco quartos com uma cama para cuidados de isolamento. Apesar de ser semelhante às outras duas, tem a particularidade de existirem dois quartos que são utilizados para o estudo da “Vigília do sono”, onde os doentes são monitorizados e estudados em relação ao

sono/apneia. Nas noites em que se realiza o estudo, há mais um enfermeiro escalado para o serviço, que fica responsável por essa vigilância.

O funcionamento desta Ala é semelhante ao das outras, mais direcionada para patologias oncológicas e, por isso, quase funciona como serviço de cuidados paliativos. A sua estrutura física, também, não varia muito das outras, apesar desta ter a singularidade de não ser simétrica a nenhuma como são as Alas A e B.

No Hospital de Dia existem três cadeirões para os tratamentos “da manhã”, três camas e a sala de enfermagem com computador, frigorífico e lavatório. No serviço uma das paredes tem janelas fazendo com que entre muita luz natural. Existe, também no serviço, uma televisão sempre ligada para entreter os clientes durante o internamento.

Perto de todas estas unidades de cuidados, apesar de mais próximo geograficamente da Ala B, encontra-se o Gabinete da enfermeira Chefe, que consideramos importante descrever, uma vez que é um local muito frequentado pelos profissionais e, por vezes até por clientes. Localiza-se mesmo ao lado da Ala B ficando, também, perto da sala de reuniões de onde se consegue avistar de lá o hospital de dia, a entrada da Ala C, e os vestiários dos enfermeiros e dos médicos.

Com o pormenor de ter sempre a porta aberta para que o contacto com as pessoas esteja sempre presente, não deixando que a barreira física condicione a proximidade humana. É uma sala pequena, com muita luz, e de cores claras. Uma das paredes tem uma janela grande que permite a entrada de luz, e possibilita a observação de uma parte do hospital. Numa outra parede encontra-se afixado um *placard* onde se pode consultar os horários de todo o pessoal de enfermagem e auxiliar das alas, hospital de dia e de gastrologia, e fotografias de momentos passados com os outros chefes, e com o enfermeiro diretor.

As restantes duas unidades de cuidados localizam-se em pisos diferentes. O serviço de exames especiais situa-se no piso menos um, distante do serviço principal. Com duas salas equipadas de material para os exames, possui macas/camas (uma por cada sala) e dois enfermeiros e uma auxiliar a trabalhar de forma permanente

As consultas externas são realizadas nas salas do piso zero, onde ainda se realizam muitas outras, em duas salas onde existe apenas luz artificial, de dimensões pequenas, com uma

secretária, um armário, uma maca (apenas numa delas) e um frigorífico (na que não tem a maca).

Apesar de neste serviço não se visualizar tanto esta prática, alguns dos serviços do hospital exibem, nos corredores, trabalhos científicos dos seus profissionais, que, de certa forma, para além de terem uma função decorativa e divulgativa, tem uma função de formação e informação aos outros profissionais, aos clientes e à família – os *posters*. Neste serviço em particular, optaram por colocá-los na sala de reuniões onde existe um *placard* próprio para se colocar o poster do mês.

6.2. O processo de implementação da gestão da qualidade

*“Todas as coisas são difíceis
antes de se tornarem fáceis.”
(J. Norley)*

Não haverá, hoje em dia, nenhuma intervenção na área da saúde ou que sobre ela incida, que não teça considerações, questione ou manifeste preocupação sobre a qualidade na saúde quer seja numa perspetiva global e genérica, quer nas suas diferentes dimensões e atributos.

Acreditação não é sinónimo de qualidade clínica e qualidade clínica significa a criação de um sistema adequado de prestação de serviços de saúde facilitando a existência de redes operacionais.

O controlo e melhoria da qualidade em unidades de saúde interessa maioritariamente a médicos, enfermeiros, gestores e a todos os profissionais com especial ligação à saúde. A acreditação hospitalar é, por isso, uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes.

Atualmente os vários hospitais estão preocupados, não somente em tratar, mas também em oferecer qualidade de tratamento, o que conduz ao aprofundamento de estudos para atingir a qualidade da assistência prestada.

O programa português de acreditação hospitalar visa um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, mediante a acreditação periódica da rede hospitalar pública e privada. Para tanto, instituiu, no âmbito hospitalar, mecanismos para autoavaliação e aperfeiçoamento contínuo da qualidade. Em simultâneo em 1999 foi criado o Sistema de Qualidade em Serviços Públicos (SQSP), através do Decreto-Lei n.º 166-A/99 de 13 de Maio, cujo diploma visa proporcionar aos serviços e organismos da Administração Pública os mecanismos de demonstração da qualidade dos seus procedimentos, dos seus sistemas e dos seus bens e serviços, de acordo com um conjunto de princípios de gestão eficaz e eficiente e funcionamento desburocratizado.

O processo de implementação do sistema de gestão da qualidade nesta instituição, teve por base um conjunto de medidas organizativas, que, como fontes importantes para a avaliação permanente deste processo, permitiram a execução do modelo escolhido para a acreditação.

Uma das medidas passou pela adequação técnica e humanização na prestação dos serviços. Pela visita realizada ao centro de formação e pelas entrevistas informais, verificamos que este assunto se adivinha concretizado através do desenvolvimento de uma política de formação contínua e extensível a todas as estruturas e grupos profissionais da instituição, possibilitando a melhoria da formação técnica, o aprofundamento e atualização permanente dos conhecimentos, a informação generalizada sobre relações humanas e a preparação para a gestão de conflitos, bem como a promoção da utilização, de forma cada vez mais abrangente, das novas tecnologias e sistemas de informação.

As políticas de formação são da responsabilidade do serviço com o mesmo nome e consubstanciam-se nos planos de formação, de base anual e integrada. Cabe, de igual forma, a este serviço assegurar a captação de colaboradores de qualidade, definindo uma política de recrutamento e selecção¹² (área dos Recursos Humanos) que privilegie o recrutamento interno sempre que existam candidatos com o perfil adequado ao preenchimento da vaga, tendo em consideração a descrição de funções, a experiência e as habilitações necessárias ao lugar a ocupar.

Como é de conhecimento geral, a melhoria da qualidade dos serviços depende, em grande parte, da formação que os seus profissionais possuem. Para implementar um processo esta é fulcral. A formação dada em termos de qualidade aos recursos humanos, numa fase inicial, foi feita apenas aos quadros de gestão de topo. Caberia a estes elementos a sensibilização dos elementos da sua equipa para o efeito.

Inicialmente, formadores externos, americanos e brasileiros apoiaram estes quadros de gestão e depois cada grupo que se formou teve reuniões com os responsáveis (os que tiveram acesso à primeira formação) onde foi transmitida a informação dada nas primeiras formações.

¹² O recrutamento e seleção dos enfermeiros encontra-se também ao cuidado do enfermeiro diretor que antes de efetuar o contrato marca uma entrevista.

Inicialmente pelos americanos, foram três ou quatro dias intensivos para perceber o modelo, como se articula, etc. E depois por elementos do consórcio brasileiro que reforçaram alguns aspetos [Enf. F₆₂ 23].

Depois, cada grupo teve uma sessão, onde a primeira parte foi precisamente explicar o que era o processo, como é o processo, depois tivemos a parte do gabinete da qualidade a dar duas ou três sessões, no auditório, onde foi debatido um bocadinho o que é, o que não é, as pessoas perceberem o processo, porque senão não aderem, como é óbvio, não é?! Mas não é só este, é tudo, ou seja tivemos que fazer, convocamos todas as direcções de serviço e convocamos todas as chefias e responsáveis, etc. para começarem a perceber [Enf. F₆₂ 28].

A dinamização da humanização dos serviços encontra-se ao cuidado do serviço de Relações Públicas, particularmente na vertente da relação com o cliente (Gabinete do Utente, avaliação de satisfação, disponibilização de mais e melhor informação, ...).

Esta valência torna-se com particular importância porque, nesta fase de implementação de todo o processo, este gabinete tem a ajuda e cooperação interna das Direcções Técnicas, que avaliando a estatística de todos os procedimentos relativos ao cliente (e não só), em “reuniões da qualidade”, traduzem-nas em políticas e procedimentos.

Outra medida organizativa relevante para a implementação deste modelo foi a adaptação da gestão económico-financeira. A perspectiva desta medida passou pela:

(a) Implementação de um projeto de informatização que visou uma melhor integração destas áreas (económico-financeira), o que implicou a reorganização dos serviços permitindo o funcionamento mais eficiente na gestão dos *stocks* e nos gastos excessivos (quando existiam). Em relação a este vetor, observaram-se alguns procedimentos em diferentes áreas, nomeadamente ao nível do aprovisionamento com a monitorização dos consumos e das existências, com políticas de proximidade ao cliente interno; melhoria da gestão de *stocks*, procurando reduzir custos e limitar perdas, observando-se a utilização de um género de cartão de crédito com uma margem monetária que uma vez atribuída a cada serviço, é gerida por este da forma que entender.

(b) Ao nível financeiro verificou-se a (re) definição de procedimentos transversais, nomeadamente na área da faturação, dos fundos de manuseio, dos sistemas de custeio; na promoção da coerência da informação financeira da organização, visando a sua disponibilização de forma integrada; a adoção de procedimentos de cobrança contenciosa de créditos, quando esgotados os procedimentos pré-contenciosos; a monitorização do contrato-programa e dos projetos do plano de investimento.

(c) Ao nível da organização promoveu-se a implementação progressiva dos centros de responsabilidade integrados como níveis intermédios de gestão, nos serviços hospitalares, de modo a permitir uma maior responsabilização e envolvimento por parte de profissionais de grande diferenciação técnica e altamente influentes nos processos de decisão e na gestão efetiva dos seus serviços.

Existe uma outra medida organizativa/estratégia que na nossa perspetiva se destaca das outras, uma vez que funciona tanto como estratégia de promoção do processo, como instrumento de avaliação do mesmo: as auditorias.

As auditorias, numa curta definição, são procedimentos de avaliação do serviço (no cumprimento das normas) realizados por alguém qualificado para o efeito, mas que é independente desse mesmo serviço. Por exemplo, poderá ser um técnico de ação social a avaliar um serviço de aprovisionamento. Para Neto (2005) a auditoria é uma ferramenta de gestão que tem como objetivo monitorizar e verificar a eficácia da implementação da política de qualidade e/ou ambiental de uma organização, procurando melhorar sistematicamente os resultados da sua organização. A essência das auditorias é a procura das conformidades, reduzindo e prevenindo as não conformidades.

Apesar de termos observado práticas que se assemelhavam a auditorias internas, não foi possível acompanhar uma auditoria interna pela fase de implementação do processo no hospital. Os auditores internos previamente destacados, no final do período de observação, encontravam-se numa ação de sensibilização e não na avaliação dos serviços.

Esta ação de sensibilização identificou a necessidade de se terem alargado as formações ao um público maior. Este reconhecimento permitiu perceber que a auditoria, também, permite aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre a prática de enfermagem, possibilitando que estes percebam que as suas responsabilidades de decidir e agir ultrapassam a execução da prescrição médica (Kron e Gray, 1989).

Na instituição, até ao momento, existem sete auditores internos que na data de término de recolha de dados, começavam a auditoria aos serviços. Como não nos foi possível assistir a uma auditoria, os procedimentos destas são nos explicados pelo Enfermeiro Diretor:

Tentamos ver quais são as dificuldades dos serviços e como é que eles podem evoluir relativamente a isso, portanto estamos muito centrados neste momento em termos de estratégia de melhoria em responsabilizar os auditores e cada auditor tem quatro ou cinco serviços, em pensar com os serviços como é que podem evoluir. Claramente estamos a entrar por aí nesta fase, só. Estamos a tentar com base no PQIP (mais à frente é explicado o que é), temos a noção também que o PQIP não é devidamente, ehum, analisado e utilizado, ehum, exactamente pelo que lhe disse, é um volume muito grande (...). Estamos a tentar instituir uma forma de que facilmente cada um consegue ver os seus dados e faça os seus dados, propor projetos de melhoria contínua com base naqueles indicadores que são críticos. Alguns deles têm a ver com a infeção e aí nós conseguimos actuar. Nos que são mais difíceis e de leitura mais complicada, estamos a tentar arranjar uma estrutura interna, eventualmente via gabinete de informação para a gestão, ehê, eventualmente por aí, de trabalhar esta informação de forma a que os serviços possam pegar nela e utilizá-la na mesma. Porque a perspectiva que também temos é que tirando alguns serviços, poucos, a maioria não rentabiliza [Enf F₆₂ 20].

Em relação à escolha dos auditores, esta começou numa altura em que os principais dirigentes receberam formação baseada nas normas da ISO 9001:2000 – normas essas não seguidas pelo modelo por preconizarem trajetos diferentes dos que a instituição pretendia adotar. Foram formadas equipas: o Diretor de Enfermagem, o Diretor Clínico, o Diretor de Informática, a Responsável dentro do processo de acreditação pelo QPS (*Quality Improvement and Patient Safety*) e as duas Enfermeiras responsáveis pelo controle de infeção. Sendo que cada um deles está responsável por auditar serviços que pouco ou nada estejam relacionados com os dele. Os auditores ou são líderes de grupos, ou fazem parte do grupo de trabalho.

Para a realização das auditorias, segundo os responsáveis, há serviços onde são usadas *check list* e grelhas de avaliação, noutros não, pois depende muito dos serviços e dos auditores.

Há um serviço que neste momento ainda estou muito na fase de debater com o manual da qualidade, ainda não consegui fazer passar essa fase [Enf. F₆₂ 37].

A questão das não conformidades que tanto se coloca pelo interesse que desperta na escolha das estratégias para a sua resolução, não pode ser discutida neste estudo, uma vez que na altura da sua realização, os auditores ainda não tinham chegado a esta fase.

É importante ainda referir em relação a este processo que a Instituição conta com a ajuda de um consultor que tem como formação de base, engenharia. A sua experiência como consultor de qualidade em instituições hospitalares é vasta, ainda que mais direccionada para o HQS (*Health Quality Service*). No entanto, os restantes responsáveis pela implementação do modelo referem que esta é uma mais-valia.

É importante esta informação porque o que se tem verificado é o aumento da equipa multidisciplinar das instituições de saúde com a admissão de membros com formação em campos distintos, mas que resultam bem sob o ponto de vista de ganhos para a saúde.

O instrumento de avaliação da qualidade utilizado nesta instituição é o manual da *Joint Commission International* e é organizado em onze capítulos que correspondem às funções mais importantes e comuns de todas as organizações hospitalares. Estas funções estão divididas em dois grandes grupos: *Normas centradas no doente* e *Gestão das normas da Organização de Saúde*.

No primeiro grupo estão indicadas cinco funções: Acesso e Continuidade do Cuidado – ACC, Direitos do doente e Familiar – PFR, Avaliação do Doente – AOP, Cuidados prestados ao Doente – COP e Educação do Doente e Familiares – PEF. No segundo grupo estão referidas seis funções: Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente – QPS, Prevenção e Controle de Infecções – PCI, Administração, Chefia e Direção – QLD; Gestão e Segurança das Instalações – FMS, Qualificação e Educação dos Profissionais – SQE e Gestão da Informação – MOI.

É ainda composto por secções e subsecções. Nas subsecções existem os padrões definidos segundo elementos mensuráveis, elementos esses que foram compilados numa grelha elaborada pelas equipas de trabalho formadas pela direção da instituição, e que como itens de verificação orientam as visitas e preparação do hospital, para a acreditação hospital.

Com o objetivo de estudarem a natureza e exigências do modelo, essas equipas tinham reuniões periódicas onde definiam estratégias a fim de dinamizar os grupos que lideravam ou de que faziam parte.

Temos onze grupos de trabalho, para as onze secções no manual. Face às onze secções do manual temos sete líderes desses grupos, sete pessoas que ficarão responsáveis por partes de, partes das secções. (...) O que foi pedido a cada um deles é que pensassem face ao que vê, vamos imaginar o meu grupo, ou um dos meus grupos, o grupo dos 'direitos dos doentes' por exemplo, o que foi dito a estes elementos foi - pensem como vamos constituir um grupo que consiga responder e que consiga escrever coisas para o hospital possa falar sobre elas. E quando olhei por exemplo para o grupo dos 'direitos do doente' quem é que... como pode ser constituído o grupo?! É um grupo que tem, para começar duas, três pessoas da comissão de ética – médico, administrador e uma enfermeira. (.) Portanto, achei que tem que ter estes elementos chave, porquê?! Porque é crítico, se estamos a tratar dos direitos do doente e aquilo no fundo é fundamentalmente e grande parte das coisas tem a ver com os conceitos éticos na prestação de cuidados e na humanização, então vamos aqui, faço a ponte para a comissão de ética.

Depois tem aspetos em que é importante o serviço social lá estar, então tem lá um elemento do serviço social. Depois como é importante, por ter algumas áreas que tem muito a ver com o facto da comunicação com o utente em termos administrativos e em termos da primeira linha, então tem a coordenadora dos administrativos da urgência e tem lá a coordenadora dos auxiliares de apoio e

vigilância. E (...) ah! E falta-me um, e depois tem lá a responsável pelos recepcionistas que tem a ver com as relações públicas e que faz a auscultação, que é responsável, também pela auscultação dos telefonemas, da satisfação dos utentes e isto é um grupo.

Relativamente aos outros grupos a lógica foi sempre a mesma. Foi pensar sobre o que é que tínhamos que fazer, ter um grupo o máximo possível multidisciplinar e isto foi proposto ao conselho de administração e feita a nomeação dos grupos. Estes grupos começam a trabalhar. Nota-se depois a necessidade de fazer sub grupos... chegamos, ainda, à conclusão que para além de cada um de nós ter o seu grupo nós os três tínhamos que constituir um grupo, porque as coisas estão de tal maneira entrosadas porque senão não vamos conseguir avançar, então temos os nossos grupos, e temos o grupo que somos só os três em que vamos discutir os documentos que vão sendo produzidos [Enf. F62 23].

Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de verificação que permite a identificação precisa do que se procura avaliar e a concordância com o padrão estabelecido. O método de colheita de dados que utilizam para esta estruturação é a observação no local e os contactos prévios com os profissionais dos diferentes serviços.

Todos os padrões são organizados por graus de satisfação ou complexidade crescentes e correlacionados, de maneira que, para alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores, obrigatoriamente, devem ter sido satisfeitos.

Para estabelecer o nível determinado por cada item iniciam a avaliação pelos níveis inferiores, até encontrar o nível, cujas exigências, estejam totalmente satisfeitas. As exigências são indivisíveis quando se referem a mais do que um padrão de qualidade e, se uma dessas exigências não estiver satisfeita, considera-se apenas o nível imediatamente anterior atendido.

A intenção de cada padrão explica a sua importância. E este, por sua vez, enuncia as expectativas que devem ser cumpridas para fins de acreditação hospitalar.

Como exemplo de itens ou padrões de avaliação que darão resposta às normas exigidas temos, entre outros, os seguintes:

- Equipa multiprofissional habilitada (a instituição tem que possuir um comprovativo da certificação das competências dos profissionais para a prática dos serviços que prestam);
- Equipa enfermagem e médica exclusiva nas vinte e quatro horas e distribuídas por turnos de acordo com o perfil de demanda e modelo assistencial;
- Quadro de especialistas para as valências que oferecem;
- Equipa de enfermagem sob supervisão sistemática;
- Responsável Técnico habilitado;
- Sistema de documentação e registos correspondentes aos procedimentos da assistência realizada;
- Sistemática para preservar o ciclo dia/noite dos clientes internados;
- Respeito pela privacidade do cliente;

- Procedimentos para garantir informações aos familiares e aos responsáveis pelo cliente;
- Horário ou política definida para as visitas aos clientes;
- Material, instrumental, medicamentos e correlatos para a execução dos procedimentos, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial;
- Condições técnicas para o atendimento às emergências (materiais, medicamentos e equipamentos);
- Oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada cama; Serviços de apoio disponíveis nas vinte e quatro horas;
- Condições de lavagem simples e anti-sepsia das mãos, acessível inclusive aos visitantes externos (na entrada e saída);
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos;
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do cliente;
- Cumprimento das normas de controlo de infeção...

Para além desta lista pela qual se orientam, as reuniões servem ainda para poderem discutir o diagnóstico feito por cada elemento do serviço que representa. Face ao diagnóstico e como forma de responder ao modelo, cada elemento certifica-se de que o serviço dispõe de manuais e normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, bem como protocolos clínicos, o registo de atividades e controles periódicos – procedimento realizado com as práticas de auditoria interna.

Durante o nosso percurso pelo hospital verificou-se que os documentos eram redigidos pela administração, com a participação dos líderes dos grupos, previamente selecionados, e não passavam pela observação cuidadosa de quem os coloca em prática. No entanto, mais tarde esta necessidade acabou por se sentir e, por isso, foi criada uma área comum na *intranet* (*sharepoint*) onde são colocados os documentos e onde cada um dá a sua sugestão de melhoria como contributo:

(...) Temos a componente dos procedimentos técnicos, e isso aí no que diz respeito aos enfermeiros, fizemos um elenco de todos os procedimentos que achamos que deviam estar escritos e foi feito em comissão de enfermagem e a partir daí foram divididos pelos serviços de acordo com as suas aptidões, porque não tem sentido, por exemplo vamos imaginar o procedimento da algaliação do doente, não tem sentido a urologia fazer de uma maneira, a medicina fazer de outra, a cirurgia fazer de outra, quer dizer há um procedimento genérico, e por exemplo esse procedimento foi entregue a quem normalmente trabalha muito essas áreas, e fez o procedimento de acordo com as regras que foram instituídas e depois qual é a lógica que temos, o procedimento é feito, é enviado antes da comissão de enfermagem, onde vai ser feita a discussão do procedimento e o envio para o chefe o que nos permite fazer a discussão dentro do seu serviço caso o entendam, é uma decisão do chefe (é salutar fazer, mas se o chefe decidir que não o faz, tudo bem), depois o procedimento é discutido em comissão de enfermagem e a partir daí é aprovado, se eu entendo, como agora, que deve ser enviado para o *sharepoint* e por outros a discutir, vai para o *sharepoint* e a partir daí é implementado [Enf. F₆₂ 23].

No final do terceiro ano, já quando o processo mostrava algum avanço, outra ferramenta que os líderes começaram a utilizar foi um fluxo (*workflow*) documental. Esta ferramenta permitia colocar no ambiente *intranet* todos os procedimentos e documentos construídos, dando níveis de acesso diferentes aos diferentes trabalhadores da instituição, para que pudessem estruturar o documento para o lançar na área comum.

(...) Por exemplo, um chefe de serviço diz ao enfermeiro, é pá eu quero que me faças um procedimento de acolhimento do doente, ok?! Nomeia um grupo, no *workflow* o grupo é triado, o grupo faz o trabalho e quando acaba o trabalho aquilo vai para aprovação do chefe que fica registado informaticamente e segue o circuito normal com as discussões públicas etc.. [Enf. F62 24]

A criação de uma rede de comunicação interna assumiu neste processo uma estratégia e dinâmica de trabalho fundamental e marcante, na cultura organizacional que se forma.

A análise destas medidas organizativas da instituição leva-nos a pensar que a estratégia de gestão adotada se espelha muito no método *Lean Management*. Simplificando, podemos afirmar que a *Lean Management* ou gestão magra, é “magra” uma vez que é um método utilizado para se conseguir mais, através de cada vez menos, isto é, menos esforço humano, menos tempo, menos equipamento e menos espaço, aproximando-se cada vez mais dos requisitos do cliente (Womack e Jones, 2003). Consiste na eliminação do desperdício, no envolvimento dos funcionários na produção e no esforço de melhoria contínua (Rech, 2004).

Esse será o propósito de toda a metodologia, através de processos simples encontrar forma de “emagrecer” a instituição do desperdício e torná-la mais flexível e mais focada no cliente. O conceito de desperdício é extremamente importante para o *Lean Management*, aliás todo o seu método reside na sua eliminação, no envolvimento dos funcionários na produção e no esforço de melhoria contínua.

Um dos termos utilizados na revisão bibliográfica é usado nesta metodologia, em conjunto com outros, os quais consideramos ser importante referenciar:

(a) *Muda* (termo japonês para desperdício. Ohno descreveu sete formas de desperdício: perdas por superprodução, perdas em esperas, perdas no ciclo produtivo, perdas por transporte desnecessário, perdas por movimentação desnecessária, perda sem stockagem e perdas em produtos defeituosos);

(b) *kaizen* (sistema de processos de melhoria contínua, através da progressiva implementação e revisão de mudanças no sistema);

(c) *kaikaku* (sistema de processos de melhoria contínua radicais, criativos e de rápida implementação. Tenciona-se introduzir de processos de mudança com resultados imediatos no sistema, normalmente aplicados após um workshop de cinco dias);

(d) *just-in-time* (procura-se fornecer apenas o que é necessário somente quando este se torna necessário e não antes, pois assim não se transforma em *stock* desnecessário, nem depois gera custos de espera);

(e) *kanban* (sistema de sinalização de controlo de fluxos de produção, através do qual se procura informar que o posto de trabalho necessita de abastecimento (intimamente ligado ao anterior));

(f) *heijunka* (sistema que procura o nivelamento da produção, através do cálculo de procura por parte do cliente, num dado período, para se tentar garantir um fluxo contínuo de produção, nivelando assim também as necessidades dos recursos de produção);

(g) *jidoka* (método para construir com qualidade. O profissional tem competência para interromper o fluxo de trabalho quando verifica erros que não conseguem ser corrigidos dentro do seu processo de fabrico. Torna-se importante, para evitar desperdício de tempo e para que não existam defeituosos a circular no processo produtivo, sendo apenas detetados no final do processo) (Simões, 2009).

Apesar desta terminologia se encontrar diretamente associada à indústria, a utilização do método *just-in-time* foi aquele que mais ressaltou durante a nossa investigação. No entanto, analisando agora o significado de cada um deles, podemos identificá-los todos na filosofia de gestão da instituição.

Para Womack e Jones (2003) o desenvolvimento do produto, a gestão da cadeia de abastecimento e a produção *Lean* são áreas importantes na saúde. O facto de se possuir equipas mistas e possuidoras de elementos de especialidades diferentes, assim como o envolvimento ativo do cliente pelo processo é altamente enfatizado, para se obter o seu *feedback*, visão e para se poder medir a qualidade dos processos. O foco no defeito zero, processos de melhoria contínua e o modelo *just-in-time* torna a produção o método *Lean* especialmente aplicável em saúde. Defende-se que a aplicação mais óbvia em gestão na saúde consiste na eliminação de atrasos, erros e procedimentos inadequados.

Esta mudança de atitude face à produção permite também uma perspetiva renovada em relação à qualidade e à produtividade. O termo *Lean* é sinónimo de menos, mas também

significa maior descentralização, maior autorização de decisão, maior capacidade e flexibilidade, maior produtividade, maior satisfação do cliente, e, sem dúvida, maior sucesso competitivo a longo prazo.

Verificamos ainda que todo o trabalho desenvolvido em torno da acreditação e do cliente utiliza a estratégia *Pull*. Na prática, a estratégia *Pull* significa que só se deverá produzir serviços ou bens quando nos são solicitados. No setor dos serviços, esta estratégia é normalmente construída considerando o processo produtivo, pois o serviço é criado em interação com o cliente e não poderá ser guardado para uso futuro (Simões, 2009).

Quando o cliente visita a unidade de saúde para uma consulta com um médico, a interação leva ao diagnóstico e a medidas de tratamento, atividades essas, que são consideradas como serviços primários (*core services*). A qualidade do serviço na perspetiva do cliente é indicada pela acessibilidade, interação e participação deste no sistema. Dessa forma, será através desses mecanismos de observação do atendimento, por parte do cliente, que se avaliará o *feedback* relativamente à avaliação do patamar em que se encontra a introdução deste sistema na instituição.

Neste capítulo falamos fundamentalmente da forma como as chefias estudaram e abordaram o modelo, porque, foi um trabalho realizado maioritariamente por elas, nesta fase inicial de implementação.

Mas um processo destes implicou uma série de mudanças percecionadas de diferentes formas pelos seus dinamizadores. Então, aqueles que percecionaram a existência de mudanças apontaram como principais exemplos as *normas* (Enf C54 12), o *grau de exigência para com o utente* (Enf E60 18), a própria estrutura física e (distribuição) material utilizado. Alguns admitem que a forma de trabalhar é a mesma, mas criaram *postos de trabalho interessantes* (Enf C54 12).

A mudança sempre assustou o Homem, mas minimizar este medo, assim como o impacto daquele naquilo que se pretende diferente, deverá partir das gestões de topo, já que estas começam por lá. No entanto, quase todas as mudanças e processos implementados que ocorrem têm associadas dificuldades.

Várias opiniões foram colhidas, mas as predominantes foram a falta de informação associada à sua falta de opinião, a (não) formação, e o facto de terem que reunir informação de terceiros e

não dos principais responsáveis pelo processo, o que lhes provoca insegurança. Por fim, o pouco tempo dado para se adaptarem ao processo foi apontado como uma exigência que, também, o dificultou.

Como eu te disse há um bocado neste momento ainda não tenho a visão do impacto, desta situação toda da acreditação (...) Como ainda não causou muito impacto, as dificuldades não me parecem muitas” [Enf C50 47].

“As pessoas não estarem sensibilizadas para a importância disto” [Enf D39 25].

Não receber formação directa das pessoas que estão responsáveis pelos projetos. Muitas vezes são outras pessoas, outros enfermeiros, que me dão essa informação, e podem não ter tanta certeza, ou tanto a noção como deva ser explicada, e falha sempre informação. A minha dificuldade é sentida aí, tenho que às vezes ir procurar e reunir informação de outras pessoa” [Enf C57 22].

“Queriam mudar tudo de uma só vez sem nos darem tempo para aceitarmos as mudanças” [Enf C54 28].

Estas foram as mudanças observadas, percecionadas pelos atores. Contudo, acreditamos que existam outras mudanças sentidas como dificuldades. Por exemplo, a falta de tempo que os profissionais referem para se adaptarem às mudanças, poderá dificultar a construção de uma estrutura organizacional adequada, como se pretende.

6.3. Caracterização dos contextos e dos atores em estudo

*“É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito.”
(Albert Einstein)*

Os contextos...

A complexidade e diversidade das práticas de um serviço são proporcionais a inúmeras interações multidisciplinares. Esta prática, apesar de direcionada para uma atividade integrada, é composta por muitos momentos distintos, que se articulam e complementam.

Como já fizemos referência, os enfermeiros (atores do estudo) trabalham distribuídos por três turnos, cada um deles com as suas dinâmicas próprias:

O turno da Manhã (com cerca de cinco elementos) é o turno mais movimentado onde existe uma grande atividade assistencial e um elevado número de atores. Há entradas e saídas frequentes dos muitos profissionais que constituem a instituição; as visitas médicas também decorrem neste turno (das 9h30 às 13h); há duas passagens de turno de enfermagem (às 8h e às 15h) e uma reunião médica diária (às 9h).

O turno da Tarde (com cerca de quatro elementos), muitas vezes, é um turno complicado devido à admissão de clientes e aos múltiplos procedimentos que se executam neste período como as visitas dos familiares e amigos.

Por fim, o turno da Noite (com cerca de três elementos) é turno mais calmo, por definição, mas nem sempre corresponde a esta expectativa. É caracterizada pela ocorrência do maior número de óbitos.

De uma forma resumida e simplista¹³ as atividades do serviço em estudo podem isolar-se do seguinte modo:

¹³ Esta caracterização tinha que ser feita, mesmo havendo a consciência que por melhor que saibamos utilizar as palavras para descrever algo, o retrato de um serviço de um hospital, nunca ilustra todos os momentos lá experienciado.

- Passagens do turno dos enfermeiros (efetuada três vezes por dia, é explicada mais à frente no capítulo 6: Dimensões formativas da(s) prática(s)).

- Visita médica - Este termo é utilizado nas várias unidades do hospital e vem de uma tradição essencialmente médica de analisar e discutir o caso de cada doente, transmitindo informações aos colegas, e acima de tudo ser alvo de questionamento pela direção/chefia do serviço. A metodologia de apresentação e análise do caso sofre alterações de acordo com cada contexto, mantendo-se a abordagem individual de cada cliente e um trabalho de reflexão sobre o diagnóstico, tratamento e cuidados.

Neste serviço ocorre uma visita por dia, a visita da manhã, após os médicos se reunirem todos numa sala, na presença da enfermeira chefe, por volta das nove horas. Depois passam parte do tempo da manhã a observar os clientes, a ver notas de enfermagem, e a realizar as alterações terapêuticas que consideram convenientes e necessárias.

Nesta visita os enfermeiros não fazem acompanhamento. No entanto, como todos se encontram na mesma mesa de registos, situada na sala de passagem de turno, proporcionam-se aí momentos de discussão e reflexão em conjunto (enfermeiro-médico), fundamentais para a comunicação entre estes.

Na nossa opinião, a ausência dos enfermeiros junto do cliente e família na altura da visita médica não permite a partilha da informação transmitida. Os diálogos com os clientes e família são momentos frequentes no serviço e cumprem diferentes objetivos, podendo ocorrer de modo formal ou informal, tornando estes sujeitos mais parceiros na planificação do tratamento.

Em relação às conversas com os clientes e familiares concordamos que há frases que valem mais do que parecem. Em qualquer estadia num hospital pode-se observar que a comunicação existe e no nosso caso não foi diferente, pudemos presenciar enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social à conversa com clientes e familiares, esclarecendo dúvidas e dando sugestões. É o mais comum na vida de um hospital.

Por norma, são os médicos os responsáveis pela informação sobre a doença e o tratamento, cabendo ao enfermeiro encontrar e desenvolver estratégias de gestão do *stress* junto do cliente e familiares face à doença.

Quando o diálogo se trava entre o enfermeiro e o cliente (e família), ou até mesmo entre o grupo de clientes da mesma enfermaria, o que se verifica é um ganho na ansiedade relacionada com a doença, porque, na maior parte das vezes, os clientes sentem que não são os únicos a terem certos problemas. Por sua vez, os enfermeiros sentem-se mais competentes no apoio que lhes dão, pelo que o pessimismo diminui e acaba-se por criar laços de amizade.

As vivências ligadas à patologia são origem de ansiedade e *stress* vivenciados pelo cliente e levantam problemas delicados no processo de comunicação entre os profissionais, os cuidadores e os clientes, exigindo partilha de preocupações. Por estas e outras razões os enfermeiros, cada vez mais, focam a sua atenção na promoção do autocuidado e na gestão do regime terapêutico.

O regime terapêutico poderá passar pelo recurso ao uso de químicos ou de uma cirurgia, por exemplo, com o intuito de controlar ou exterminar a doença, tratamentos que frequentemente conduzem a efeitos secundários, acompanhados de desconforto físico, tristeza ou medo de morrer.

Na gestão deste *stress*, a importância do suporte social e emocional justificam muitas horas de trabalho dos enfermeiros. Com este trabalho, do nosso ponto de vista, consegue-se promover qualidades como: espírito de luta, aceitação positiva do diagnóstico e do tratamento, relações fortes de si para os familiares e profissionais de saúde.

Com efeito, o enfermeiro pode ajudar o cliente e a família a tomar consciência dos seus medos, expressando-os de forma positiva, a diminuir os níveis de depressão, a desenvolver competências para lidar com o *stress*, fazer nascer um sentimento de optimismo, a adquirir uma sensação de controlo, entre outros.

Cada cliente é um caso individual, e num serviço tão heterogéneo, com patologias diversas, que recebe uma população de uma faixa etária elevada, a morte é uma constante. Conviver com esta etapa da vida é uma condição delicada para qualquer pessoa, desenvolvendo situações de crise, pelo que o enfermeiro não pode descurar a família do doente. As situações de crise de que falámos envolvem os familiares, geram mudanças interpessoais, sociais e ambientais.

Durante o processo da doença, as relações interpessoais, os papéis sociais, ocupacionais, a participação, a liderança e as dinâmicas de grupo serão desafiadas e por vezes mudadas. É,

também, bastante provável que o homem seja o único ser vivo com consciência da inevitabilidade biológica da sua própria morte. À nossa volta, nas palavras escritas e ditas, a morte aparece sempre como oposição à vida, quando, no fundo, ela é apenas uma parte da própria vida.

O desenvolvimento da medicina, e a melhoria das condições socioeconómicas levaram a um aumento da esperança de vida. Contudo, é importante que, a participação nas ocupações acompanhe cada um até à morte, o sofrimento de quem está a morrer está muito para além dos sintomas e do plano estritamente físico. Não é só a quem está a morrer que a morte pesa, é a todos os que lhe estão próximos, como se cada homem, perante a morte dos seus semelhantes, tivesse uma antevisão da sua.

O que foi observado é que os enfermeiros estão atentos a estes comportamentos, sobretudo na fase terminal e no processo de adaptação ao luto. No entanto, a ajuda que lhes conseguem prestar, assim como à família é ainda reduzida, pelo medo que mostram em lidar com a situação, principalmente os mais novos e menos experientes (como a equipa é jovem, este grupo representa uma grande parte da nossa população).

Outro foco da atenção da equipa é a dor. A dor não é uma sensação simples, é um problema multidimensional, com uma complexidade biológica, psicológica e social. Por este facto, necessita de uma abordagem multidisciplinar a diferentes níveis. No hospital existe uma equipa responsável pelo estudo, junto dos clientes, deste “sinal vital” (como hoje os profissionais lhe querem chamar), em que os enfermeiros também têm um papel ativo.

Estes têm um papel fundamental junto do cliente e família como agentes cuidadores, levando-os a envolverem-se na implementação da estratégia terapêutica e a cumpri-la de forma a haver uma partilha em todo o processo do cuidar.

O tipo de patologias dos clientes caracterizam a divisão física e estrutural do serviço pelas diferentes alas, e também o tipo de trabalho desenvolvido por cada equipa. Daí que importa contextualizar o tipo de clientes presente em cada unidade de cuidados.

Na Ala A “os doentes apresentam uma faixa etária de aproximadamente 70 a 75 anos (EnfermeiroA₀₈). Dependentes em grau moderado/elevado (3/4 em 5). Com alterações neurológicas e físicas, alterações metabólicas e cardíacas (EnfermeiroA₀₁). Em fase terminal,

com necessidade de prestação de cuidados paliativos, com sequelas na marcha, movimento dos membros...como sequelas de AVC anterior” (EnfermeiroA₁₁). Neste serviço são prestados “cuidados globais de higiene e conforto, mobilização e ensinamentos para a autonomia nas AVD’s...” (EnfermeiroA₀₁).

Por sua vez, na Ala B, de uma maneira geral, *“tratam-se doentes totalmente dependentes, acamados. (EnfermeiroB₂₀) Doente com grau de dependência total nas AVD’s, na maior parte das situações (AVC, demências, infecções respiratórias) e doentes independentes (em menor quantidade), ex. realização de exames ao exterior ou na instituição” (EnfermeiroB₂₇). “As patologias mais frequentes: pneumonias, DPCO, AVC” (EnfermeiroB₃₂). “Como cuidados necessitam de cuidados de higiene e conforto, alimentação por SNG e oral, algáliação, colheitas (sangue, urina, expectoração...) punções endovenosas, paracenteses, preparação de medicação, PG capilar” (EnfermeiroB₂₈).*

Na Ala C *“a grande maioria dos utentes encontram-se debilitados, totalmente dependentes de terceiros para a realização / satisfação das suas AVD’s, necessitando de cuidados específicos de enfermagem (relação de ajuda, medicação, cuidados de higiene e conforto, alimentação, apoio / ajuda na eliminação, etc.)” (EnfermeiroC₅₂).*

Já no Hospital Dia *“são na maioria doentes crónicos com graus de dependência ligeiros com necessidades de tratamentos específicos (Administração de medicação, ainda a adaptar-se a novas situações da doença)” (EnfermeiroC₃₉). E nos Exames especiais os clientes são, na sua maioria, “independentes e autónomos. Uma pequena minoria são dependentes (EnfermeiroE₆₀). Muito variável, maioria de doentes / utentes são autónomos, vêm do exterior fazer exames, até doentes críticos vindos da urgência, UCIP, etc.” (EnfermeiroE₆₁).*

- Pausas para café e/ou refeições - Os enfermeiros ocupam o seu tempo numa multiplicidade de tarefas e atividades polivalentes. No entanto, sabe-se que são constantemente dominados por uma sensação de ambivalência, por não estarem a realizar aquilo que lhes compete, devido à enorme quantidade de tarefas que obrigatória e quotidianamente devem executar em tempo útil.

Tal realidade, quando percebida, provoca sentimentos de irritação e de frustração sentindo-se condicionados por fatores do contexto que os levam a reagir à margem do seu ideal profissional e pessoal.

Sem querer aprofundar introduzimos o assunto das pausas que tantas vezes ouvimos falar nos corredores dos hospitais. Por um lado, ouvimos os clientes dizer que *foram tomar café e estão a demorar muito*; por outro lado, ouvimos os profissionais a dizer, *estamos com fome, temos que ir comer qualquer coisa em cinco minutos*.

O direito a uma pausa é de todos os que trabalham, mas o enfermeiro sobretudo é merecedor dessa pausa, pela pressão psicológica a que está sujeito diariamente. Nestas pausas os temas de conversa são dos mais variadíssimos assuntos e servem como escape ao *stress* do serviço.

- Reuniões - A reunião tem sido um instrumento adequado para discutir, coletivamente, as questões relativas ao processo de trabalho em saúde, o que proporciona um diálogo efetivo entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, representam uma parcela muito considerável do tempo despendido pelas pessoas nas organizações, onde exercem algum tipo de atividade, mas parece razoável supor que aquelas que se destinam a resolver problemas e tomar decisões são, por ventura, as que reivindicam maior atenção e desvelo.

As reuniões são estratégias importantes para se conseguir motivar e ajudar um grupo. No tempo de observação que nos foi disponibilizado não foi possível observar-se uma reunião formal, isto é, uma reunião agendada e com ordem de trabalhos apenas para serem tratados assuntos do serviço. O que foi possível observar foram reuniões informais levadas a cabo na sala de registos, em períodos diversos, sem agendamento prévio, ou aproveitava-se um dia de formação e no final eram transmitidas algumas informações relacionadas com o funcionamento do serviço.

Em qualquer reunião informal a que tenhamos assistido, a informação era transmitida primeiramente pela líder (a enfermeira-chefe) e depois era aberta à discussão, sendo que a decisão final de qualquer assunto era do líder. No entanto, houve casos (raros), em que não havia discussão possível e os enfermeiros eram apenas informados de algumas mudanças que iriam ocorrer.

Era nestas pequenas reuniões que se podia observar a satisfação que existia no seio do grupo, em relação ao trabalho que praticavam, assim como eram geridos os conflitos.

A satisfação no trabalho é um fenómeno muito complexo, e é apresentada pela generalidade dos especialistas como um sentimento e forma de estar positivos perante a profissão. A natureza

dos cuidados de enfermagem é tal, que coloca o enfermeiro no centro do grupo de profissionais que envolvem o cliente. O intercâmbio de informações, conselhos e diretrizes que têm entre eles é primordial, pois que, da sua eficácia e da sua harmonia depende frequentemente a qualidade dos cuidados.

A satisfação exibida pelos enfermeiros refletia-se na relação que tinham com o cliente e família, verificando-se, automaticamente, ganhos no processo de tratamento.

A enfermagem é, por excelência, uma profissão de trabalho em equipa multi e interdisciplinar. Estas características, entre outras, promovem significativamente os fatores causadores de conflito. Quando as equipas funcionam mal, há muitos outros fatores em jogo que convém analisar, discutir e avaliar para se poderem ultrapassar os conflitos em causa.

Os conflitos são das situações que, na equipa de saúde, podem originar um “*grande mal-estar*”, com todas as repercussões que daí resultam na prestação dos cuidados. Mas, a presença de um conflito não significa necessariamente que a relação entre as pessoas está a deteriorar-se. A qualidade dessa relação vai depender do modo como as pessoas que nela estão envolvidas lidam e resolvem o conflito, e um dos aspetos fundamentais é construir uma equipa coesa e confiante (Morais, 2002).

O conflito é uma vivência que faz parte da nossa existência como seres humanos em constante interação com os outros e como parte integrante da vida de uma pessoa pode ocorrer no nosso interior, entre nós e o grupo e entre o grupo. A sua existência não significa rutura na equipa, até porque o que se verifica é que um bom líder muitas vezes usa esta ferramenta para dinamizar mais e melhor uma equipa, já que uma equipa parada é uma equipa não - rentável.

É uma manifestação saudável da inteligência grupal. Nasce não só devido a um problema, mas também porque as opiniões dos indivíduos sobre esse problema tornam-se adversárias. Criam oportunidades de aprendizagem coletiva ao aumentar o dinamismo nos grupos e ao obrigar a organizarem-se melhor as atividades.

Os conflitos, muitas vezes, são vistos como um motor de progresso e desenvolvimento, causa de mudanças positivas, sinal de consciência crítica e conhecimentos diversificados, sinal de tomada de consciência dos problemas, intensificadores da comunicação nas relações interpessoais, e aqui há uma consciência efetiva por parte da líder que, apesar de não gostar de

“grupinhos” dentro da equipa, dinamiza-a muitas vezes, gerindo pequenos conflitos que ela mesma provoca.

Nestas reuniões informais é dado espaço para algo que nos despertou a atenção e é importante para a prática diária - a demonstração de material e equipamento. Quando surgem materiais novos ou propostas de materiais necessários para o funcionamento do serviço, a enfermeira chefe faz a demonstração e permite que a sua equipa teste e lhe dê uma opinião profissional (já que são eles que usam o material na prática). Curiosamente, estas demonstrações não são exclusivas da enfermeira chefe, ela, por vezes, convida alguém da empresa/laboratório que quer vender o produto para a demonstração, ou aceita que os próprios elementos da equipa tragam sugestões – nestes casos é marcada uma reunião formal, a qual é designada por formação em serviço extra.

- Formação em serviço (realizada com alguma frequência, é explicada mais à frente no capítulo 4: Dimensões formativas da(s) prática(s)).

- Cuidados de saúde (a natureza dos cuidados de enfermagem é um subcapítulo do trabalho, pelo que se encontra desenvolvido este tema no capítulo 3: Práticas supervisivas em contexto hospitalar).

Os atores...

As interações interdisciplinares a que já fizemos referência dependem dos contextos em que se inserem todos os momentos vivenciados, assim como dos atores que promovem essas interações. Após termos caracterizado os contextos em que se desenvolveram as práticas observadas, é fundamental caracterizar os atores que as dimensionaram.

Os atores principais do estudo foram os enfermeiros das unidades de cuidados atrás indicadas. Dizemos principais, porque, como já referimos, estes desenvolvem o seu trabalho numa dinâmica de equipa, levando-nos a observar também as relações com os outros profissionais.

A tabela que se segue fornece uma perspetiva esquemática das principais características sociodemográficas do grupo.

Tabela 2: Análise percentual de algumas características sociodemográficas do grupo de atores em estudo (62 enfermeiros de nacionalidade portuguesa e espanhola)

Variável		Frequência	Percentagem
Idade	[25:28]	31	50,1 %
Género	Masculino	15	24,2 %
	Feminino	47	75,8 %
Estado Civil	Solteiro	48	77,4 %
	Casado	11	17,7 %
	Divorciado	1	1,6 %
	Outro	2	3,2 %
Formação Académica	Bacharel	5	8,1 %
	Licenciado	57	91,9 %
Ano em terminou a formação básica	Menos de 2000	2	3,2 %
	[2000 – 2002]	22	35,5%
	[2003-2005]	25	40,3%
	Mais de 2006	8	12,9%
Categoria Profissional	Enfermeiro	43	69,4 %
	Enfermeiro Graduado	19	30,6 %
Categoria Supervisor clínico	Enfermeiro	16	25,8 %
	Enfermeiro graduado	10	16,1 %
	Enfermeiro especialista	3	4,8 %
	Enfermeiro chefe	32	51,6 %
	Outro - Equipa	1	1,6 %

Os participantes deste estudo foram sessenta e dois enfermeiros selecionados pela Instituição e considerados como uma população representativa desta que após terem sido previamente consultados, demonstraram interesse na adesão e participação no estudo.

Com base nos dados atrás expostos, podemos verificar tratar-se de um grupo profissional jovem, tendo o elemento mais novo 21 anos e o mais velho 47 anos, situando-se 50,1% dos enfermeiros no intervalo de idade de [25:28], com uma média aproximada de 28 anos. A maioria dos respondentes são do género feminino (75,8%) e solteiros (77,4%).

Para além destas características, 91,9% (57 elementos) apresenta como formação de base uma licenciatura, 3 deles já com uma pós-graduação e 4 com uma especialidade, apesar de não exercerem, de momento, funções como especialistas. A grande maioria dos respondentes,

exerce funções como enfermeiro generalista (69,4%), estando os restantes enfermeiros a exercer a função de enfermeiros graduados.

Em relação ao tempo de serviço do exercício profissional, o intervalo de experiência em anos vai de zero a 24 anos, situando-se a maior percentagem (89,7%) no intervalo de [0:6] anos, confirmando-se, mais uma vez, a observação de estarmos perante uma equipa jovem em idade e experiência profissional.

Após esta descrição estatística dos atores do estudo, partimos para uma caracterização das suas ideologias profissionais, visto considerarmos a base patente do seu trabalho, cuja influência é fundamental para o retrato das suas ações, na qualidade dos cuidados que prestam.

Podemos considerar a ideologia como um conjunto de valores que, integrando um sistema de ideias, cimenta a coesão e integração de um grupo social em função de interesses, conscientes ou não conscientes.

Embora não se possa excluir que as ideologias políticas possam interferir na orientação e atuação dos enfermeiros, nos estados de direito democráticos as principais ideologias que moldam a atuação de enfermagem são as ideologias profissionais dos enfermeiros, em particular a ideologia do profissionalismo.

A ideologia profissional dos enfermeiros envolve em si um conjunto de valores (subjacentes) que se podem observar no dia-a-dia da sua prática.

A enfermagem é uma profissão que, pela natureza do seu exercício, corre vários riscos, seja pelo contacto ou exposição a agentes químicos, físicos, biológicos, seja pelas condições de trabalho, seja ainda pelas funções que têm de se desempenhar.

Não serão a saúde e bem-estar importantes para os enfermeiros? Evidentemente que sim. O risco, a penosidade e a insalubridade estão presentes em todos os contextos de trabalho. Contudo, nem sempre é evidente para todos os profissionais o que entendemos por risco, penosidade e insalubridade.

O risco está relacionado com exposições acidentais a agressões físicas, químicas ou biológicas, que podem trazer consequências várias à saúde e integridade física: quedas, picadas, cortes, queimaduras, radiações, acidentes, contacto com vírus ou outros micro-organismos...

A penosidade está relacionada com as situações com as quais lidamos, e que comportam uma carga psicológica perturbadora, desconforto, alteração dos ritmos biológicos: aquilo que exige um esforço físico, psicológico, social, espiritual, permanente e suplementar. São disso exemplos o trabalho por turnos, o contacto permanente com a dor, o sofrimento e a morte, a elevada responsabilidade, o medo de errar e as consequências que esses erros podem ter na vida do outro, a necessidade de estar em constante aprendizagem e adaptação...

A insalubridade está relacionada com as condições de higiene, saúde e segurança no local de trabalho: estar em contacto com líquidos biológicos, exposto à infeção hospitalar, com infeções respiratórias relacionadas com a má manutenção dos sistemas de ar condicionado, fazer trabalho domiciliário à chuva, ao sol, entrar em casas degradadas, infestadas de insetos (dos quais os hospitais e centros de saúde também dispõem, como as inevitáveis baratas) ...

Mas o que leva os enfermeiros a continuarem o seu trabalho face a todas estas dificuldades? O que é que se observa na prática quotidiana destes profissionais? Nesta equipa observamos brio profissional, paixão pela profissão, a consciência de que são a alma motora do funcionamento do hospital.

A questão que muitas vezes colocamos é o que proporciona esse brio profissional? E a paixão profissional? Ouvimos nas suas conversas os enfermeiros dizerem que abraçaram uma profissão que promove a saúde, respeita o próximo, e vincula o conforto e o carinho, por isso, correm todos estes riscos pela responsabilidade que assumiram, quando aceitaram ser enfermeiros. Estão crenes de que isto significava ajudar o próximo independentemente de qualquer coisa, dizem ser esta a forma que têm de mostrar a paixão pela profissão.

Conscientes de que são os primeiros rostos que o cliente vê, quando recorre a um serviço de saúde e aqueles que mais tempo permanecem junto deles, o brio profissional que apresentam ultrapassa as barreiras que se lhes colocam devido a todas as conjunturas por que a gestão das instituições de saúde hoje atravessam e por todas as políticas de saúde que se alteram.

Os enfermeiros mostram, na sua prática, que se motivam com o que fazem, mantendo o autocontrolo em situação de pressão e *stress*, mantendo o humor apesar de tudo, e mantendo-se atualizados para aumentar as competências necessárias para cuidar de seres humanos, apesar de todos os *endicaps* (nos capítulos seguintes abordamos a formação e as relações interpessoais, aprofundando desta forma este assunto).

A ideologia profissional, para além dos valores subjacentes, envolve ainda as representações que os atores têm sobre o trabalho que produzem (os cuidados), e sobre as relações que estabelecem com o cliente (pois delas dependem os cuidados que prestam, assim como os dilemas éticos que enfrentam no dia-a-dia).

As representações sobre cuidados são uma das categorias a apontar no domínio da ideologia profissional que o enfermeiro apresenta. Observar representações sobre conceitos subjetivos torna ainda mais subjetivo o conceito estudado, porém, não queremos deixar de registar a importância que tem esta observação para o estudo, uma vez que ao implementar um processo de gestão da qualidade num serviço de saúde, em que o produto fornecido ao cliente é fruto da sua avaliação é o cuidado.

O cuidado, para estes grupos de enfermeiros, apresenta duas dimensões distintas que se conseguem visualizar no acompanhamento das suas práticas e vão ao encontro do que alguns teóricos preconizam (Watson, 1985; Mayeroff, 1990; Waldow, 1999;; Boff, 1999). Por um lado a forma como trabalham e cuidam dos clientes mostra uma dimensão claramente instrumental (uma atividade, algo físico, o tratamento), por outro lado, e que parece ser o que começam agora a valorizar mais, uma dimensão expressiva (onde se vêem nitidamente as atitudes e sentimentos – dimensão psicossocial).

A comunicação verbal e a não-verbal são comportamentos do cuidado que acontecem no seu processo. Acontecem concomitantemente e em maior ou menor grau de acordo com o estado de saúde do cliente, da situação, do cuidado e das características pessoais do enfermeiro responsável por esse cuidado.

De uma forma descritiva e generalizada, apontando características do cuidado do grupo e não especificando apenas um enfermeiro, podemos encontrar grupos de comportamentos que nos conduzem às diferentes formas utilizadas por estes, para expressar o seu próprio processo de cuidar:

- O uso dos sentidos era uma evidência – o escutar, o ouvir, o tocar, o olhar e o expressar-se por sinais e até cores era uma constante nos seus processos diários, muitas vezes automatizados.

- A comunicação verbal e não verbal – a expressão por palavras, o tom da voz, a postura corporal, a troca de experiências, o movimento, a negociação (dar informações, sugestões e

alternativas), deixar que o cliente saiba a verdade, a sinceridade, usar expressões faciais (empatia, confiança, afeto e alegria).

- O silêncio e o respeito pelo tempo e espaço do outro.

Outro aspeto mencionado é a representação que têm sobre a relação com o cliente. Durante este nosso caminhar pela prática apercebemo-nos da existência de alguma dificuldade do enfermeiro em estabelecer o primeiro contacto, numa relação de ajuda terapêutica com o cliente.

Existir esta dificuldade do profissional enfermeiro em abordar o cliente, pode tornar-se num problema, pois esta atividade é básica para conhecer o ser humano que ele é, com necessidades decorrentes de suas diferentes dimensões, quer seja no plano intrapessoal, interpessoal ou grupal.

A relação de ajuda terapêutica oferece a ambos, enfermeiro e cliente, a possibilidade de ver os factos como eles ocorrem na realidade vivida, propiciando a atuação do enfermeiro com o paciente, segundo o ponto de vista deste. Com a relação de ajuda terapêutica há desenvolvimento do enfermeiro através do conhecimento de si próprio, possibilitando auxiliar o paciente a perceber-se como tal.

Este medo para uma relação de ajuda terapêutica parte das representações que têm de que, ao envolverem-se demais nos problemas dos clientes, mais difícil se torna em aceitar a morte, se acontecer. Aquilo que se ouve como queixas nos “corredores” é a dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional – cliente.

A ideia de que deve existir apenas um envolvimento profissional cria algumas limitações na relação que se estabelece entre o cliente e o enfermeiro. A comunicação, mesmo presente, não chega para o estabelecimento de uma relação efetiva. A comunicação, como já vimos anteriormente, encontra-se presente, e quando os cuidados são prestados observam-se as duas dimensões atrás descritas, no entanto é a dimensão expressiva aquela que mais trabalho exige da equipa de enfermagem.

A falta de tempo para dar resposta às inúmeras solicitações a que estão sujeitos no decorrer do turno, associada aos registos que precisam de fazer é uma barreira que justifica e valida este. O envolvimento, a empatia e o respeito mútuo são alguns dos elementos que unem o cliente e o enfermeiro, bem como, a arte e a ciência de enfermagem. Mas, para que este processo se dê,

tem que haver disponibilidade de ambas as partes, disponibilidade essa que não se pode forçar e limitar no tempo.

Não nos podemos esquecer que estamos na presença de uma equipa jovem, e por isso estes processos têm de ser tratados e trabalhados. O trabalho da equipa aqui tem um papel fundamental. As pessoas que compõem um grupo trazem os seus valores, a sua filosofia e orientação de vida. A interação é que vai permitir o conhecimento, que servirá para elaboração de um trabalho coletivo, respeitando a individualidade de cada participante.

Quando se consegue estabelecer uma relação de ajuda terapêutica, principalmente com aqueles clientes cujos internamentos são mais prolongados, algumas questões se colocam, pois poderão afetar as relações e mudar as representações que os enfermeiros têm da relação com os clientes: os limites da interferência da equipa no estilo de vida dos clientes ou família e, a atitude em relação aos valores religiosos próprios e dos clientes.

É difícil encontrar os limites de interferência no estilo de vida dos clientes ou família, uma vez que são os enfermeiros os detentores do conhecimento científico e os clientes os detentores das patologias. As fronteiras entre como se pode e deve ajudar, e o estilo de vida de quem sofre e recebe essa ajuda levanta questões práticas (e éticas) que podem interferir com o processo de cuidados e no próprio processo relacional. São exemplos dessas questões práticas: a dificuldade que é dar a informação correta ao cliente para se conseguir uma adesão ao tratamento; ter que por vezes omitir informações ao cliente, porque ainda não conversou com o médico e a informação clínica é dada por este (por políticas do hospital); necessitar de aceder a informações relativas à intimidades da vida familiar e conjugal.

O que se verifica ainda é a existência, muitas vezes, de um pré-julgamento dos clientes dos serviços por parte da equipa. Este julgamento tem presente a formação, as crenças religiosas e as atitudes dos profissionais e dos próprios clientes. Somos todos pessoas e por mais imparciais que os enfermeiros tentem ser, o julgamento está presente.

Por fim, não menos importante, os dilemas éticos são um fator que interfere com a ideologia profissional dos enfermeiros. Este assunto, ainda que de forma indireta, é mencionado ao longo deste trabalho, pelos próprios conceitos aqui tratados e pelas dimensões de trabalho que envolvem os enfermeiros e a enfermagem.

Antes de dar exemplos relativos a esta temática é importante ter presente que apenas serão apresentados alguns, aqueles que mais foram observadas, já que existe uma imensidão de dilemas éticos a que os enfermeiros estão sujeitos na sua prática diária, podendo ser este a temática de vários trabalhos de investigação.

Um dos dilemas éticos que os enfermeiros encontram no seu dia-a-dia, diz respeito a vários aspetos da informação. Inserido na instituição hospitalar, o cliente é submetido a vários tipos de procedimentos, recebendo apenas uma parcela da informação por parte da equipa que lhe presta assistência.

Durante o período de hospitalização, o cliente entra num sistema de normas e rotinas pré-estabelecidas, perdendo o vínculo com a família, já que os horários de visitas são definidos, priorizando determinações internas. O cliente hospitalizado, ao ser retirado de seu ambiente familiar, encontra, no hospital, um mundo completamente estranho onde rotinas e normas rígidas controlam e determinam suas ações. Nesse contexto, sente-se amedrontado, perdido, carente de afeto. É aqui que o enfermeiro poderá contribuir para a humanização das normas e rotinas hospitalares.

Os familiares, por sua vez, também são vítimas da falta de informações as quais, geralmente, são transmitidas no horário limitado de visitas, ou numa hora marcada pelo médico segundo a sua conveniência e não respeitando a disponibilidade da família, fazendo com que as orientações não sejam repassadas de forma adequada aos membros da família, pela falta de tempo, e outras vezes, pelo facto de o próprio profissional não saber sobre o que pode e deve informar – caso dos enfermeiros.

As questões éticas que se levantam são a possibilidade do enfermeiro poder dar informações sobre o estado clínico do cliente, porque apesar de ser um assunto médico, é a base de alguns dos cuidados que presta (os cuidados frutos de prescrição – atividades interdependentes). Por outro lado, outro dilema que levanta é até onde dar a informação e que informação o cliente aguenta?

Envolvidos em tantas atividades técnicas, os profissionais de enfermagem acabam por esquecer que o cliente necessita de uma atenção mais individualizada, tendo em atenção as suas carências pessoais, emocionais, económicas e não apenas os cuidados dispensados para

a sua patologia, tratamento e administração correta de medicamentos. É direito do cliente um atendimento humano, e com respeito, por parte de todos os profissionais de saúde.

A questão maior que aqui se levanta relaciona-se com as políticas implementadas nas instituições onde um enfermeiro toma a si o cuidado de vários clientes, impossibilitando-o pelo tempo que limita cada turno, de dar a resposta devida e necessária a todos os indivíduos tratando-os como têm direito. Quando conseguem fazer isso, é porque conseguiram ficar com um rácio enfermeiro-cliente menor, ou abdicaram do seu tempo fora do serviço para prolongar o seu trabalho e terminar o que se deixou de lado para dar resposta a esta questão.

Tanto no setor público quanto no privado, vemos trabalhadores da área da saúde a enfrentar situações difíceis para o exercício adequado de suas profissões. Vários são os fatores determinantes políticos, sociais e económicos, que levam à acumulação de turnos de trabalho, o que faz com que os profissionais não estabeleçam vínculos maiores com a instituição e mesmo com o cliente, desmotivem-se, favorecendo, dessa forma, uma desumanização da assistência prestada, além de os ganhos salariais serem inversamente proporcionais à importância das inúmeras atividades que exercem.

Em contrapartida, o cansaço que começam a sentir pode refletir-se nas suas práticas, e um exemplo desses são os erros de medicação.

Apesar da preparação e administração da medicação ser uma atividade quotidiana da equipa de enfermagem, apercebemo-nos da existência frequente de dúvidas sobre a realização correta dessas atividades. Tais dúvidas podem levar o profissional a cometer erros que geram riscos graves à integridade do cliente.

Em relação ao erro, aquilo que sentimos no campo foi a existência de uma cultura punitiva perante o profissional que comete o erro, que além de levar à notificação do mesmo, reflecte que esta responsabilidade não é compartilhada entre o funcionário e a instituição que deveria prever e oferecer condições de trabalho para sua equipa.

Fica evidente a necessidade de atitudes pessoais e institucionais que procurem despertar a consciência de que o profissional é capaz de transformar a sua realidade e de se tornar ponto-chave na minimização dos erros e a garantia da confiança da equipa e do respeito aos clientes. Espera-se, para isso, que haja uma contribuição de supervisores na orientação que a equipa de

enfermagem necessita receber para preparar e administrar a medicação de forma mais segura para os clientes. Esta prática não é comum, uma vez que todos os enfermeiros estão ocupados na realização das suas atividades, dos seus clientes, e a enfermeira chefe, além das suas tarefas de gestão, teria que estar em cinco locais em simultâneo, o que é humanamente impossível.

Um dos assuntos que observamos ser dos mais difíceis de serem abordados na equipa foi o da morte, mesmo sendo um assunto com o qual o grupo lida quase diariamente. Na perspetiva de enfermagem, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como princípio fundamental. Valorizamos a qualidade de vida no processo de morrer, a importância da rede social e familiar de apoio à pessoa que vai morrer e consideramos imperativo ético uma rede de cuidados continuados e paliativos, assim como o acompanhamento psicológico e espiritual.

Os enfermeiros têm deveres para com o doente terminal, previstos no código deontológico, no entanto, lidar com a morte não é algo que se aprenda numa sala de aula, e muito menos vivendo experiências de que se não pode falar. Aquilo que ouvimos nos momentos em que havia um confronto com a morte foi lamentações relacionadas com a dificuldade que é abordar e falar sobre este assunto, por parte dos profissionais e, às vezes, do cliente.

PARTE III

**DINÂMICAS SUPERVISIVAS E FORMATIVAS EM CONTEXTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
HOSPITALAR**

7. QUALIDADE EM SAÚDE E QUALIDADE EM ENFERMAGEM

As organizações hospitalares constituem espaços sociais heterogêneos nos quais interagem diferentes grupos e papéis. Possuem uma dinâmica interna que, no cotidiano, atualiza identidades, hierarquias, conflitos e alianças.

A acreditação hospitalar deverá ser a meta principal de toda a instituição de saúde que busca a qualidade total dos serviços prestados. Diz-se que um estabelecimento hospitalar é acreditado quando seus recursos, processos e resultados possuem qualidade pelo menos satisfatória.

A problemática do estudo encontra-se envolta nas questões da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, numa instituição hospitalar que implementa um modelo de acreditação da qualidade - *Joint Commission International*. Que estratégias são definidas e como são dinamizadas pelos enfermeiros para responderem às suas exigências?

A melhoria dos processos da saúde, embora de maneira tardia, começa com uma boa base para trabalhar, e as expectativas e perspectivas para os resultados justificam o esforço e a dedicação necessária à implantação na saúde.

Neste capítulo abordamos as questões da qualidade em saúde, relacionando-as com as questões da qualidade em enfermagem.

Começamos por caracterizar a natureza do modelo que serve de base à qualidade hospitalar que se pretende atingir. Após este ponto de partida, indicamos as principais vantagens que a gestão para a qualidade hospitalar permite, de forma a atingir a qualidade em saúde.

De seguida abordamos a questão da qualidade dos cuidados de enfermagem, revelando os principais focos de atenção dos atores do estudo, neste processo institucional.

Por fim, relacionamos a forma como se organizam em torno das mudanças provocadas por este projeto, com as suas próprias representações de qualidade.

7.1. Qualidade em saúde e qualidade hospitalar

*“Todo o homem toma os limites de seu próprio campo de visão como os limites do mundo.”
(Schopenhauer)*

Qualidade em saúde e qualidade hospitalar são conceitos que se encontram intimamente interligados. Quando uma instituição hospitalar se propõe implementar e gerir um processo de qualidade, fá-lo com o objetivo de atingir uma maior qualidade dos cuidados prestados, e, consequentemente, melhorar a qualidade em saúde.

Durante a observação efetuada verificou-se que, sob o ponto de vista da organização, o objetivo nuclear da estratégia de melhoria contínua da qualidade, é o de assegurar a conformidade e a atualização dos *standards* clínicos e não clínicos.

A sua concretização assenta na existência e na interação de um conjunto de órgãos, comissões, grupos de trabalho que são, na génese, os responsáveis pela implementação das políticas, procedimentos e ações dela decorrentes e que vão assegurando o seu sucesso.

As questões relacionadas com a qualidade já se encontram documentadas desde o tempo de Florence Nightingale, quando esta estudou os resultados estatísticos do hospital em que trabalhava, traçando indicadores de referência (por exemplo, as taxas de mortalidade) como forma de perceber as diferenças e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Quando se abordam as questões do processo de implementação de um sistema de qualidade com a finalidade de se obter a acreditação (competência dada a uma empresa para prestar determinado serviço específico) e/ou a certificação (reporta-se à instituição na totalidade, mais amplo que a acreditação), não se pode deixar de lado nenhum recurso, é necessário a mobilização de todos os que puderem ser disponibilizados.

A este respeito, o CAC (1924) já referenciava a necessidade de um programa de padronização hospitalar com destaque para três padrões: os profissionais (a constituição da equipa, o exercício profissional praticado...), os registos (a avaliação inicial do cliente, a continuidade de cuidados e a preparação da alta) e os recursos (de diagnóstico e terapêuticos).

Apesar da acreditação constituir o objetivo principal da implementação do modelo da qualidade que a instituição segue, a utilização de instrumentos de gestão que conduzissem a esta, já eram desenvolvidos pela própria desde a sua criação. Pioneira em Portugal (segundo a direção), introduziu o PQIP (*Portuguese Quality Indicator Project*) - metodologia de colheita de dados que permite, com estabelecimento de *Benchmarking*, e com boas práticas europeias e mundiais, instituir projetos de melhoria contínua - como ferramenta de apoio à gestão.

A importância da utilização de indicadores na incorporação dos conceitos de qualidade, na área de assistência à saúde, permitiu um olhar direcionado para a manutenção da saúde, distanciando a ótica exclusiva de contabilização de despesas e investimentos (Czapski, 1999).

O PQIP surgiu nos anos noventa, e apareceu enquanto QIP (*Quality Indicator Project*). Inicialmente pretendia avaliar se conseguiam medir e monitorizar continuamente a qualidade, com alguns indicadores que, embora fossem bastante genéricos, permitissem avaliar com o máximo de precisão a qualidade que se obtém nos atos praticados e simultaneamente permita fazer *benchmarking* com outras instituições, tendo em conta as perspetivas reais do *benchmarking*.

O projeto surgiu após a sua expansão e internacionalização oriunda dos Estados Unidos da América, tendo aparecido nesta instituição quando esta, em conjunto com outras sete, decidem iniciá-lo. Sistemáticamente, o que se observa neste projeto são vinte e oito indicadores com cerca de duzentas medidas, como por exemplo, - reinternamentos precoces, taxa de infeção em doentes com dispositivo urinário, taxa de infeção em cateterismo, quedas, imobilizações, úlceras de pressão... Uma série de indicadores, cada um deles com as suas medidas, que se vão implementando nas práticas institucionais.

O único senão desta medida, na perspetiva da direção, é que os indicadores já se encontram tabelados para uma realidade ligeiramente diferente da portuguesa, e isso foi constatado quando propuseram aos EUA que acrescentassem aos indicadores dos hospitais agudos, por exemplo, o indicador de úlceras de pressão.

Os indicadores já estavam pré-definidos. Nós os únicos que introduzimos, porque achamos importantes, e na altura nos Estados Unidos acharam esquisitíssimo o que nós estávamos a pedir, foi úlceras de pressão, porque é um indicador que eles não têm, tanto que nós só nos comparamos com Portugal.

Eles têm baterias de indicadores para hospitais para cuidados de agudos, para cuidados primários, para cuidados de psiquiatria, para cuidados continuados, e as úlceras de pressão estão contempladas nos continuados, não estão nos agudos [Enf. F62 6].

A necessidade da existência de indicadores de qualidade específicos de cada serviço e das falhas ou problemas detetados e/ou levantados justificam-se, na medida em que a sua finalidade é a de proporcionar procedimentos clínicos ou melhoria de cuidados (Collopy, 2000). Ainda que, existam problemas que atravessem as instituições por questões culturais, de ambiente, etc., cada realidade apresenta características próprias, suscetíveis de criar os seus próprios problemas.

Este projeto, abraçado pelas instituições, apenas foi efetivado pelo IQS (Instituto da Qualidade em Saúde) anos mais tarde. Nessa mesma altura, surge o *King's Fund*, modelo proposto pelo IQS e Ministério da Saúde aos hospitais.

Nesta instituição o modelo referido não foi aceite e propuseram o modelo da *Joint Commission International* (JCI), porque, justificam, atendendo ao tipo de hospital, muito centrado nos aspetos da produtividade e nos resultados, o processo de acreditação - porque há o risco de um hospital centrado na produtividade, produzir a qualquer custo – precisaria de se centrar em medidas que garantissem a segurança do cliente. Uma vez que acreditam ser esta a sua base de partida, é um processo mais abrangente e tem-se ajustado bem à questão da segurança do cliente.

Recusada inicialmente a sua implementação, mais tarde foi adotada pelo estado português.

(...) Atendendo ao tipo de hospital que temos, muito centrado nos aspetos da produtividade, muito centrado nos resultados, o processo de acreditação, na altura com o *King's Fund*, pela IQS, não nos serviria, não nos ia garantir a qualidade, porque precisávamos acima de tudo, uma vez que há o risco de um hospital centrado na produtividade querer produzir a qualquer custo, de nos centrar mais nos processos que garantissem a segurança do nosso cliente.

Quando tentamos provar isso também não conseguimos, e foi-nos dito ou o *King's Fund* ou nada, e nós ficamos em nada porque achamos que não nos ia trazer melhorias substanciais.

E agora estamos nesta fase da acreditação pela *Joint Commission*, em simultâneo com outros hospitais nacionais, num processo que está a ser muito complicado (...) [Enf F 62 1].

Como já referimos a escolha deste modelo passou pela questão da segurança do cliente e pelo espaço que dá à instituição para encontrar as próprias estratégias e chegar aos resultados finais. Na opinião do Enfermeiro Diretor da Instituição, trabalhar com o modelo da JCI não é fácil, mas...

Tem uma grande vantagem porque põe as pessoas a dialogar e a pensar sobre as coisas, e portanto, chegamos à conclusão que não podemos ir unilateralmente (cada um com o seu grupinho individualmente fazer as suas coisas), porque estamos a tocar em todos, e isso teve uma vantagem muito grande, embora inicialmente para nós fosse uma grande desvantagem, porque era complicado gerir isto, tem uma vantagem muito grande, quando chegamos à conclusão que há uma forma fácil de resolver isso, que é para além de trabalharmos em grupo é depois disponibilizar à discussão pública através do nosso *share point*. As pessoas podem dar os seus contributos, e depois obrigar o grupo coordenador da acreditação a terem reuniões em que todos discutem aquilo. Isso foi a vantagem, mas claramente a aposta foi por isso [Enf. F₆₂ 10].

A implementação deste modelo de gestão permitiu:

(a) O desenvolvimento de práticas de *Benchmarking* - para atender às necessidades do cliente, satisfazendo-o e procurando superar as suas expectativas, é necessário identificar, fundamentalmente, quais são as exigências desse consumidor em relação ao produto ou serviço, para serem melhorados ou mantidos. Quando a qualidade excede a expectativa dos clientes o serviço é percebido como excepcional. Deste modo, o hospital fica bem classificado no *ranking* nacional e poderá competir inclusive com hospitais internacionais - foi o que fizeram quando decidiram iniciar como o PQIP.

O aperfeiçoamento destas práticas encontra-se no plano do MS (2004) para os hospitais. Como referido no enquadramento teórico, este preconiza o desenvolvimento de projetos no âmbito da avaliação de indicadores de desempenho de unidades de cuidados críticos dos hospitais portugueses, com uma perspectiva de *benchmarking* de indicadores clínicos, de processo e de resultados dos hospitais.

(b) A melhoria dos sistemas de comunicação externa e interna – foram aperfeiçoados e criados canais e circuitos de comunicação interna (horizontais e verticais) para melhorar o exercício da actividade, promovendo a produtividade, a eficiência e a eficácia no desempenho das funções atribuídas a cada um dos serviços. O próprio sistema hierárquico ajuda nesta comunicação, uma vez que nesta instituição não existem enfermeiros supervisores, apenas enfermeiros chefes que comunicam diretamente com o enfermeiro diretor.

A existência de sistemas de comunicação externos para uma melhor acessibilidade dos clientes aos cuidados de saúde prestados na instituição é uma exigência do próprio modelo (JCI, 2003). A melhoria do circuito interno de comunicação vem ajudar o externo, pela integração e motivação dos profissionais da instituição, que assim se mostram mais disponíveis para estas alterações (e melhorias) de dinâmicas.

O trabalho, neste sentido, era mais visível nas “reuniões da qualidade” (reuniões periódicas multidisciplinares), pois destas resultavam melhorias ao nível da informação a disponibilizar e a efetivamente disponibilizada, nomeadamente a relacionada com os cuidados de saúde, quer para os clientes, quer para a população em geral, e um exemplo disso foi a página *web* criada onde a

informação disponibilizada respeita um conjunto de requisitos exigidos pelo manual do modelo da JCI.

(c) A melhoria do sistema de avaliação de queixas/reclamações e manifestação de satisfação – esta prática implicou informações disponíveis em todos os locais de atendimento ao público (os folhetos de informação ao público sobre o “Direito de Sugerir, Agradecer e Reclamar” e sobre “Funções do Gabinete de Apoio ao Utente” estavam à disposição em todos os locais de atendimento numa caixa de acrílico), em que os clientes eram informados do seu direito à informação e garantia de resposta.

Por outro lado, começa só passados três anos de início de implementação do modelo a ser colocado em prática, é feita uma seleção de reclamações significativas, que são devolvidas ao grupo sob o qual recaiu a queixa, para que reflitam sobre esta e eles mesmos encontrem formas de as ultrapassar, evitando que se repitam.

(d) A melhoria da acessibilidade ao sistema de saúde - neste domínio desenvolveram-se parcerias de cooperação/articulação com os cuidados primários de saúde, melhorou-se ao nível da consulta externa hospitalar (nomeadamente através da reestruturação dos períodos de consulta), entre outros (por exemplo, melhoria nas cirurgias de oftalmologia ou ortopedia).

(e) A autoavaliação das práticas e mobilização dos profissionais - é importante salientar que as principais vantagens dos programas de acreditação de Serviços de Saúde não são aquelas advindas da acreditação propriamente dita, mas, sobretudo dos períodos preparatório e posterior à avaliação. Durante este processo, os profissionais envolvidos na instituição são mobilizados, criando a possibilidade de desenvolvimento de uma autoavaliação e rigoroso exame interno.

Joint Commission International (2003) dirigiu a elaboração dos *standards* para áreas específicas da saúde que permitam, sobretudo, avaliar os *outcomes* (resultados), a segurança dos cuidados e a sua aceitação por parte dos utilizadores. A envolvimento de toda a equipa multidisciplinar dos profissionais de saúde, na conceção e aplicação dos *standards*, permite e suporta o acesso aos cuidados de saúde (exemplo: acesso ao cuidados, apoio aos clientes, cuidados aos clientes, programas de educação para a saúde dos clientes e familiares, etc.) e, dá apoio aos que operacionalizam as ações (supervisores, grupos de trabalho...).

A implementação de um SGQ carece de todo um trabalho de planeamento, operacionalização, monitorização, medição e melhoria dos processos, baseado num sistema bem documentado que deve incluir as políticas, objetivos, descrição dos principais processos, procedimentos e quaisquer outros documentos relevantes. Toda esta documentação deve ser disponibilizada e estar ao alcance de todas as partes envolvidas.

Este hospital, para proceder à implementação de um SGQ, teve que estudar, racionalizar e sistematizar os processos, as interações, os recursos e as metodologias de avaliação, tendo como referência o modelo escolhido (JCI).

O hospital criou um sistema de controlo da documentação, traduziu, aprofundou e adaptou o manual da qualidade da JCI, iniciou um controle sobre os registos da qualidade, e definiu as responsabilidades da gestão.

Às gestões de topo coube a responsabilidade de formular os objetivos estratégicos, definir uma política que servisse de guia para o caminho a percorrer, desenvolver formas de monitorizar os passos que iam dando, revendo-os e ajustando-os com o objetivo de atingir maiores níveis de eficácia. Coube ainda a racionalização dos recursos, ou seja, a identificação dos necessários para a concretização da mudança, a eliminação de desperdícios e a rentabilização dos recursos existentes.

Competiu também à direção a compreensão dos processos chave para a prestação do serviço, ou realização do produto, uma vez que se revestem de carácter estruturante para o funcionamento da instituição. Em suma, a sua responsabilidade passou pelo estabelecimento de estratégias que promovem a boa gestão do sistema, a avaliação dos processos, a satisfação da comunidade (quer interna, quer externa) e a melhoria contínua.

Na implementação deste SGQ identificam-se algumas dificuldades iniciais sobretudo a nível da resistência dos recursos humanos, da burocracia e da adequação às normas do modelo.

Quanto à primeira dificuldade, não podemos imputar a resistência dos recursos humanos à implementação do SGQ em si, mas ao processo de mudança. A resistência à mudança por parte dos recursos humanos é comum em qualquer organização, pelo medo que apresentam do incerto, do novo e das consequências que podem advir de toda a mudança.

Esta barreira da resistência à mudança estava a ser desmantelada, através do envolvimento das pessoas e através de um investimento em formação. A curto e médio prazo, essa resistência poderá transformar-se numa vontade de aprender e colaborar numa melhoria contínua, motivada e dinamizada através da equipa da qualidade. Podemos tomar como exemplo o estudo realizado na ESEnfDAG. Inicialmente, os atores do processo mostraram resistência à mudança, para mais tarde, numa fase mais avançada do processo, mostrarem motivação e empenhamento para conseguirem, não só a implementação do SGQ, mas também a melhoria contínua da qualidade (Borges, 2010).

Outro aspeto que os atores mostraram como menos bom encontra-se associado à burocracia que a implementação de acordo com o modelo acarreta, uma vez que a manutenção dos seus requisitos exige que os processos sejam documentados por escrito, através da descrição dos respetivos procedimentos, tornando-o num sistema rígido e inflexível. Todas estas atividades resultaram num aumento da carga de trabalho.

Cheguei ao serviço e, ao contrário do que habitualmente verificava, o ambiente mostrava-se de aparente tranquilidade. Pouco barulho, pouco movimento... muita calma! Comecei por dizer aparente tranquilidade porque quando me dirigi à sala de enfermagem assisti a uma reunião informal dos enfermeiros com a enfermeira chefe onde se discutiam protocolos, diagnósticos de enfermagem, procedimentos, técnicas... enfim, aproveitaram a menor movimentação do serviço para se focarem na documentação que é precisa existir numa Instituição que se propõe a um processo de implementação e avaliação da qualidade.

Os enfermeiros, envoltos em papéis, iam dizendo que era quase necessário maior carga de trabalho para a burocracia exigida pelo processo do que o tempo que eles precisavam para assistência aos clientes. E em tom de brincadeira questionavam a enfermeira chefe se depois de tudo iriam ter direito ao pagamento de horas extraordinárias?(...) [47º Dia de Observação].

Sendo a acreditação hospitalar um processo crescente de trabalho e exigências, tornou-se obrigatório a existência de comissões que controlassem as atividades do grupo de profissionais dentro do hospital, permitindo a criação de uma responsabilidade organizacional, de forma a renovar o interesse académico no hospital e na qualidade da assistência.

Por outro lado, para gerar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, é necessária a incrementação de programas de formação contínua, para conhecimento e reflexão sobre os conceitos de qualidade, os critérios de qualidade, a acreditação e os demais aspetos relativos à gestão da qualidade.

Devido à importação do modelo a instituição tem-se deparado com algumas questões, que designam por defeitos do modelo, e dão como exemplo:

Tem um defeito o modelo, é que nós temos que importar para a cultura portuguesa algo que não tem nada a ver com a nossa cultura. E já começamos a debater com eles isso, a dizer que há aqui coisas que não fazem muito sentido ter, mas é uma lista muito grande que já mandamos para os Estados Unidos, referindo que isto não é cultura portuguesa, claro que a resposta deles é sempre a mesma: ok, mas isto são as nossas regras, quereis, quereis, não quereis não quereis. [Enf F62 7]

Um outro exemplo, que foi dado numa das entrevistas realizadas, e foi observada a sua discussão num dos grupos “Direito dos Doentes”, tem a ver com o consentimento informado, pelo facto de ‘obrigarem’ à introdução de mais um consentimento, para além de uma série deles, por escrito.

Além dos que a legislação portuguesa obriga, a JCI exige que tenham por escrito o consentimento de internamento hospitalar, ou seja, a pessoa formalizar por escrito que quer ser internada num Hospital.

Considerando um procedimento complicado, numa entrevista foi dado um exemplo:

“(…) Imagine por exemplo, falemos em termos práticos, um doente vem fazer uma artroplastia da anca. Ele no fundo tem que dizer primeiro que quer ser internado no hospital e isso implica um consentimento escrito ou uma parte do consentimento, nós decidimos documentos à parte, e posso depois explicar porquê. Um consentimento escrito a dizer: ‘sim senhor eu aceito ser internado no hospital de acordo com o que me foi proposto e explicado’. Mas depois vai ter uma cirurgia, então tem que ter um consentimento específico para o tipo de cirurgia, claro tem que ter uma anestesia, a anestesia tem implicações específicas, e portanto tem que ter uma informação à parte e um consentimento à parte, e quase de certeza vai precisar de fazer sangue, ou seja, (.) estamos a falar de quatro consentimentos e isso na cultura portuguesa... isso tem sido útil para os profissionais porque tem-nos começado obrigado a pensar, toda a gente continua com aquela velha máxima que um consentimento informado é a assinatura de um papel, esquecem-se de que é um processo (.) de informação do doente e garantir que o doente sabe e decidiu com base nisso. E portanto tem ajudado um bocadinho dentro do hospital e portanto tem sido das coisas dramáticas a instituir e tem muito ainda a ver com a cultura portuguesa: ‘o Sr. Doutor é que sabe, o Sr. doutor. faça, o Sr. Doutor’... [Enf F62 18].

Quando a Instituição e o Ministério da Saúde selecionaram o modelo em questão, já sabiam à partida, das exigências deste. Estas vêm bem explícitas no manual que é entregue à instituição que se candidata à acreditação:

- a) *A base do programa de acreditação é as normas internacionais de consenso.*
- b) *A filosofia fundamental das normas é baseada em princípios de gestão da qualidade e melhoria contínua da mesma.*
- c) *Normas identificadas como obrigatórias têm ser cumpridas por cada organização que procura ser acreditada. Estas normas estão a negrito em cada capítulo.*
- d) *O processo de acreditação é criado de forma a integrar fatores legais, religiosos e/ ou culturais dentro de um país. Embora venham a existir normas uniformes e rigorosas para os*

cuidados e segurança do doente, as considerações específicas de cada país para estes fatores farão parte do processo de acreditação.

e) *A equipa de auditoria no local e a agenda irão variar consoante o tamanho da organização e o tipo de serviços prestados. Por exemplo, um grande hospital universitário poderá precisar de uma auditoria de quatro dias por parte de um médico, um enfermeiro e um administrador, enquanto que um hospital regional ou social mais pequeno poderá precisar de uma auditoria de dois/ três dias.*

f) *A Joint Commission International é criada para ser válida, fidedigna e objetiva. As decisões finais de acreditação serão feitas por um comité internacional de acreditação com base na análise dos resultados da auditoria JCI (2003:7).*

As barreiras com que a instituição se debate seriam evitáveis, se não se optasse por um modelo estrangeiro. A adoção de modelos que tem por base uma outra cultura ou realidade, com exigências precisas e não flexíveis, pode conduzir a um choque de ideais. Apesar de estarmos na presença de um modelo internacional com relacionamentos mundiais, temos consciência de que a análise de traços culturais de um país é uma tarefa extremamente difícil, e que ganha maior complexidade quando tentamos relacioná-los com a cultura das organizações, já que estamos inseridos na cultura de um país (que é o nosso) e transportamos nas nossas análises, preconceitos, experiências culturais, e as nossas convicções.

Pretendemos chamar a atenção para a adoção de estrangeirismos, podendo estes exercerem influências complexas e de contracultura, que muitas vezes ficam obscurecidas atrás de uma procura pela modernidade. Aliás, a modernidade funcionou e funciona como uma ideologia que disfarça a segregação que ela própria impõe.

A partir daqui, considera-se importante tentar desenvolver uma análise e uma prática organizacional que tenha mais em conta a nossa realidade, onde as contribuições oriundas de fontes estrangeiras sirvam para auxiliar este fim e não deixá-lo cada vez mais distante.

7.2. Qualidade dos cuidados de enfermagem: dimensões em análise

*“A verdade é um espelho que caiu das mãos de Deus e se quebrou.
Cada um recolhe e diz que toda a verdade está naquele caco.”
(Ditado iraniano)*

A qualidade em enfermagem é uma viagem contínua de procura por um consenso possível, continuamente revisto, de normalização de procedimentos e adequação constante do seu uso, atendendo às necessidades dos clientes, conforme defendido por Lentz (1996).

A necessidade de implementar sistemas de qualidade já foi assumida formalmente, quer a nível nacional, quer mundial. Instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros e organizações nacionais como o Instituto da Qualidade em Saúde e a Ordem dos Enfermeiros são exemplos de entidades responsáveis pela implementação de sistemas de qualidade que estruturam os processos de cuidados praticados pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

As associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade, em cada domínio específico, característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. Foi neste contexto que o conselho de enfermagem da OE enquadrou esforços no sentido de definir a estratégia de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Assumindo que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, que tem um contexto de aplicação local, a OE assumiu o importante papel de definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal, ao qual fizemos referência no capítulo um deste documento.

Mas atenção, que a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, assim como o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde!

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, tendo por base, o contexto multicultural das instituições. Neste âmbito, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, assim como a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima

independência na realização das atividades da vida promovendo o autocuidado¹, e ainda a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico.

Hoje tive a oportunidade de observar o Enf A₀₁ a trabalhar. Especialista do serviço possibilita que o serviço preste cuidados especializados na área da reabilitação. Junto dos clientes fez exercícios ativos e passivos de musculatura e respiratórios aproveitando cada segundo para reforçar ensinamentos relativos a esses e outros cuidados de forma a promover a autonomia do cliente. Com este trabalho consegue que o cliente se torne mais autónomo na sua reabilitação ao mesmo tempo que possibilita que possa prevenir futuros estados efémeros quando, por exemplo, o ensina a respirar melhor [17º dia de Observação].

O serviço de enfermagem, dentro do macrosistema hospitalar, interage com todas as áreas da sua responsabilidade, de forma autónoma, orientada por instrumentos da estrutura organizacional tais como: o regulamento interno, os sistemas de comunicação, as técnicas e o conhecimento (e formação) científico e os sistemas de controlo. Face a isto, a OE (2001) definiu como elementos importantes para a organização dos cuidados de enfermagem:

- *A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;*
- *A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;*
- *A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;*
- *A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;*
- *O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;*
- *A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;*
- *A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.*

Apesar dos elementos atrás citados serem contemplados num mesmo documento, encontram-se espelhados no trabalho da equipa de enfermagem de forma díspar. Neste momento, no serviço, existem já implementados uma política de formação, um sistema de registos e um quadro de referências para o exercício profissional. No entanto, encontram-se em construção, por exemplo, as

¹ Actividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária (CIPE, versão 2).

metodologias promotoras da qualidade, instrumentos de avaliação da satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício.

Estas diferenças revelam que, dentro dos elementos que definem a forma de organização dos cuidados de enfermagem, existem graus de importância para cada um deles, sendo que uns se tornam mais prioritários que outros. O exercício profissional do enfermeiro abrange diferentes áreas, pelo que exige da sua prática uma organização que se estratifique por hierarquias estabelecidas pelas diferentes equipas, de acordo com a cultura em que se insere.

A sistematização da assistência de enfermagem constitui um meio para o enfermeiro aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos e, administrar o seu tempo, realizando as suas atividades com qualidade, o que, de certa forma caracteriza a sua prática profissional. Sendo assim, a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem tem configurado uma necessidade de revisar e modificar a prática e o papel do profissional, no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação.

Como prestadores diretos do cuidado ao cliente, o profissional Enfermeiro apresenta como fundamento do seu papel, a procura da qualidade da sua prática através, entre outros, da identificação de problemas e da implementação de ações corretivas ao cliente e à família, promovendo dessa forma a melhoria contínua da assistência de enfermagem.

Existe um momento no turno da manhã onde há uma grande afluência de outros profissionais da equipa, que não enfermeiros, ao serviço a fim de pedirem informações e trocarem ideias. Este procedimento não é mais do que uma revisão de todo o processo de cuidados implementado ao cliente. Nesta altura é pedido ao enfermeiro que recorde os dados colhidos na avaliação inicial, os diagnósticos por eles levantados e as intervenções em prática, para que, ao reflectirem sobre as suas ações possam ajudar na avaliação de todo o regime terapêutico em prática. É em momentos como este que nos apercebemos da importância de um processo de enfermagem bem estruturado e registado [38º Dia de Observação].

A enfermagem, como organização, tem possibilidade de inovar no seu trabalho, mesmo sendo diariamente comprometida com os serviços que oferece, pois possui conhecimentos específicos que podem conduzir as suas ações, por meio de uma prática planeada, com vista a um melhor trabalho.

Abordar as questões da qualidade em enfermagem e os focos de atenção deste grupo de enfermeiros implica, numa primeira fase, que se compreenda o que entendem sobre qualidade, pois, quando se usam conceitos como este, cuja subjetividade pode conduzir a diversas interpretações, torna-se fundamental a sua explicitação. Assim, os aspetos anteriormente

mencionados, respeitantes às dificuldades existentes na definição e medição da qualidade de cuidados de saúde, permitem-nos corroborar a ideia de Donabedian (1988) de que é necessário primeiramente compreender o que se entende por qualidade, para depois a mensurar.

A dificuldade na definição desta expressão (qualidade de cuidados de saúde) não só é sentida por quem trabalha com ela, como por nós que a estudamos. Foi impossível encontrar uma resposta precisa e exata, uma vez que, tal como se encontra descrito na literatura, destacamos dois elementos na abordagem a este conceito.

O primeiro elemento compreende uma componente técnica dos cuidados (função de curar), onde existe uma preocupação na adequação dos processos de diagnósticos e terapêuticos tendo em conta o conhecimento e a tecnologia médicas disponíveis (Vuori, 1982), sendo a qualidade julgada em termos do que de melhor existe na prática, implicando juízos acerca da competência dos prestadores de cuidados e dos riscos corridos.

O segundo elemento relaciona-se com os aspetos interpessoais dos cuidados de saúde (função de cuidar) e compreende os elementos humanos dos cuidados e as relações sociais e psicológicas entre o cliente e os prestadores. O processo de cuidar é normalmente considerado pelos clientes, como um dos mais importantes quando avaliam a qualidade dos cuidados prestados (Donabedian, 1980).

Durante o estudo efetuado e pelo que anteriormente referimos, encontramos outros três aspetos usados para avaliar e medir a qualidade dos cuidados de saúde: a acessibilidade, a disponibilidade e a continuidade dos cuidados.

As dimensões aqui retratadas, como avanços na implementação do processo, permitem verificar a ajuda que a estruturação de uma política de qualidade e a definição de objetivos para a melhoria de uma instituição de saúde oferecem à mesma.

O conceito de qualidade, para este grupo de enfermeiros, assenta em quatro aspetos por estes descritos nas entrevistas realizadas:

(a) Racionalização da assistência, isto é, redução de custos sem prejudicar os cuidados prestados aos clientes.

Tudo o que é feito da melhor forma, tendo em conta, a rentabilização dos recursos, como o maior benefício para o doente [Enf C47 10].

(b) Qualidade é obter um bom produto final, isto é, fazer bem.

Atingir esse padrão que é o considerado correto [Enf B21 6].

Está implícita qualquer coisa que a gente faça, desde que seja bem feita [Enf C50 12].

Será o justo e o necessário para uma situação [Enf E60 26].

É o melhor possível de qualquer coisa [Enf. D39 13].

(c) Qualidade, para outros, é ser consistente nas suas atitudes face ao que diz, no processo de assistência.

É fazer aquilo que realmente diz que faz [Enf A01 14].

(d) Qualidade tem a ver com a satisfação profissional.

É nós nos sentirmos bem com tudo aquilo ao nosso redor [Enf A10 11].

Face ao exposto, é possível constatar, neste contexto contemporâneo de saúde, uma certa unicidade quanto ao conceito do termo qualidade, sobretudo quando o seu significado mais específico caracteriza a oportunidade e possibilidade de hábitos disposicionais construtivos e produtivos, voltados para processos de melhorias contínuas das condições objetivas e subjetivas dos serviços, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativas das pessoas.

O conceito de qualidade é trabalhado dentro de uma abordagem dialética, visto como construção contínua no quotidiano, que se nega a si mesmo como exigência de superação.

Existe, atualmente, um movimento no sentido de concentrar esforços para garantir a qualidade dos produtos e serviços, com destaque na valorização do aspeto humano da qualidade. Essa forma de pensar acrescenta novas dimensões à ideia de qualidade, principalmente no sentido de promover a melhoria das relações humanas, o maior envolvimento e comprometimento das pessoas e dos padrões éticos e estéticos de atendimento, que visam à satisfação e ao acompanhamento das necessidades dos clientes.

Convém ressaltar que qualidade é essencial, mas conceituar qualidade na linguagem corrente tem, muitas vezes, implicações paradigmáticas, que vão desde um saber científico até o senso comum, produzido a partir da percepção de cada um.

Em termos do conceito, podemos encontrar várias definições no capítulo um discutidas por autores conceituados e que marcaram a história, podendo identificar alguns deles nas representações dos atores do estudo.

Realça-se, no entanto, a particularidade da definição dirigida para a prática que tem – a assistência ao outro. Estas percepções vão ao encontro da proposta de definição que traçamos com base na revisão da literatura. Após a realização do trabalho empírico, consideramos que o seu enquadramento neste estudo se mantém e vai ao encontro dos atores:

Uma prática de cuidados de qualidade faz sentido para determinada situação de procura por melhor saúde, desenvolvendo estratégias de promoção ao longo da existência da própria pessoa e atendendo a determinados indicadores particulares da realidade de cada cliente. Ela advém da utilização complementar e consequente de recursos que a equipa de profissionais dispõe fruto do desenvolvimento, e inscreve-se num contexto de acreditação, ou seja, político, económico e organizacional com normas e modelos de avaliação claramente identificados (Capítulo 1:41).

Pela cultura dos enfermeiros portugueses poderíamos implementar o modelo, utilizando a cultura de gestão Japonesa. No Japão era dada ênfase à formação do homem, à organização do local de trabalho, ao trabalho em equipa e à criação de um ambiente de fidelidade mútua entre a empresa e o profissional, marcado pela estabilidade no emprego e pela resistência à sindicalização, com o objetivo de alcançar elevado grau de competitividade do seu produto no mercado (Lins, 2000).

Em contrapartida, os gestores direcionam-se mais para a visão norte-americana que ficou centrada em assegurar, que o sistema da qualidade fosse consistente e confiável, garantindo que o produto final atendesse às especificações estabelecidas (*idem, ibidem*).

Encontramos aqui alguns focos de atenção dos enfermeiros para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade: a gestão temporal e financeira dos cuidados e recursos utilizados, olhando em primeiro lugar para o interesse dos clientes, de forma a obter um *bom produto final*.

Na opinião dos atores que entrevistamos, não se consegue iniciar uma viagem de implementação de um sistema de gestão pela qualidade, sem a existência de um sistema de supervisão implementado. O sistema de supervisão é outro dos focos de atenção da enfermagem.

Apesar de não serem os enfermeiros do serviço a decidir as diretrizes que fundamentam este processo, quando questionados sobre a sua importância (na acreditação) corroboram a ideia presente na figura 11 deste documento que, adaptado de Alarcão (2000), relaciona os processos formativos com a formação e a acreditação e avaliação da qualidade.

Acho fundamental, se não houver supervisão, a todos os níveis, penso que não há nenhum processo de acreditação que possa resistir [Enf. A01 26].

As exigências da qualidade *obrigam* à criação de protocolos no sentido de uniformizar as práticas, permitindo, segundo os princípios deste processo, uma tomada de decisão melhor fundamentada. Por um lado, este caminho obriga à estruturação de processos de formação, que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pois qualificam os atores através dessa formação que lhes é dada. Por outro lado, surge a supervisão como um mediador destes procedimentos, pois é função do supervisor que atuar nestas interações, permitindo que exista uma descentralização e (não) acumulação de funções por parte dos gestores de topo.

Desta relação 'qualidade, formação e supervisão' consideramos importante observar de que forma os atores do estudo se sentem envolvidos pelos seus supervisores no trabalho desenvolvido em torno da qualidade e, a maioria dos sujeitos diz ter participado 'algumas vezes' ou 'não ter participado' nos *processos de discussão em torno da promoção da qualidade ou criação de instrumentos com esse objetivo* (Pii21). No entanto, este tipo de ação não parece influenciar a opinião que deram sobre o tipo de acompanhamento supervisivo que lhes foi disponibilizado, pois mantiveram a sua opinião de que o acompanhamento foi suficiente ou bom ($\chi^2 = 31,697$, $p > 0,005$).

O mesmo acontece quando respondem não terem recebido *informação sobre a política organizacional em matéria de controlo de infeção hospitalar* (Pii9) ($\chi^2 = 63,707$, $p > 0,005$). O controlo de infeção é um dos aspetos mais importantes na vida de uma instituição de saúde, pelo que se torna fundamental para a implementação de uma política de qualidade.

Uma vez que o modelo adotado na instituição preconiza esta prática, verificamos que, quer nas entrevistas feitas, quer na observação participante que realizamos, a supervisão sobre esse controlo é referida por dirigentes da instituição, e é, de facto, uma prática dos enfermeiros. No entanto, os enfermeiros afirmam que não lhes é dada esta informação formal, daí que se possa justificar a percentagem apresentada anteriormente. Constatamos que, apesar de não terem tido essa (in)formação, estavam satisfeitos com o acompanhamento que tiveram.

Os enfermeiros referem ainda não terem recebido *informação sobre a política organizacional em matéria de qualidade* (Pii10), facto que não conduziu ao descontentamento face ao acompanhamento que lhes foi dado, pois dizem-se satisfeitos com este ($\chi^2 = 63,785, p > 0,005$). As interpretações que fazemos são muito semelhantes à anterior e consideramos que é importante referir, mais uma vez, que a instituição se encontra numa fase inicial de desenvolvimento do processo de acreditação.

Pela observação e entrevistas realizadas, verificamos que se iniciou em 2007 uma ação de sensibilização mais direta aos enfermeiros através das auditorias, porque, até então, foi um trabalho que envolveu essencialmente os gestores, as chefias e as equipas de trabalho das quais apenas alguns enfermeiros estavam envolvidos. Estes factos podem justificar os resultados encontrados.

As estratégias que se iam adotando para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, na opinião dos enfermeiros, necessitavam de um acompanhamento estreito por parte de alguém mais experiente (o supervisor) para poder ser eficaz a sua implementação, em menos tempo e com menos custos.

O exemplo que deram, por sentirem essa necessidade, foi o da informatização dos registos. O *software* foi criado e testado, e na altura da sua implementação, os enfermeiros (utilizadores) precisaram (e precisam) da ajuda de alguém que, mais experiente e com mais conhecimento os acompanhasse nesta etapa de formação.

Considerando esta medida como uma melhoria da qualidade dos registos e simultaneamente da promoção da continuidade de cuidados, conseguimos um bom exemplo que retrata o ciclo anteriormente descrito.

A opinião de que os registos de enfermagem são importantes na gestão da saúde é, hoje em dia, consensual. Tal relevância resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, como também dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão.

No campo da saúde, os sistemas de informação são as tecnologias que são usualmente denominadas para indicar a disciplina ou a função de suporte. Por exemplo, um sistema de informação hospitalar suporta as funções hospitalares e a gestão da informação. O Sistema de

Informação em Enfermagem (SIE) e o sistema de informação médica criam informações clínicas requeridas para a prática da enfermagem e da medicina.

Grobe *et. al.* (1997) mostram que os SIE têm o seu foco em informações e dados clínicos considerados um recurso estratégico para a prática da enfermagem. Ainda segundo os autores, um SIE poderá ter um bom uso se fornecer suporte para as decisões, contribuir para o avanço dos conhecimentos da enfermagem e permitir acesso às informações, se criadas bases de dados que ajudem os profissionais nas suas práticas diárias. Pudemos observar este aspeto no dia em que observamos mais atentamente a equipa e a forma como lidavam com os aspetos terapêuticos. Repetindo o exemplo dado do 38º dia de observação em que se verificou que sem o processo de enfermagem estruturado e devidamente registado, se tornava muito difícil a ajuda prestada pelos enfermeiros aos outros profissionais da equipa.

Para Marin (1995), um sistema de informação hospitalar orientado para a enfermagem e centrado no cliente pode causar significativo impacto na produtividade, na eficiência e na motivação dos membros da equipa. Além disso, como referimos no capítulo um, os diversos sistemas de classificação de enfermagem estão a ser desenvolvidos, oferecendo vários caminhos para organizar e categorizar o fenómeno da enfermagem (McCormick e Jones, 1998).

Um SIE desenhado, através das experiências mostradas no dia-a-dia desse contexto, tem uma maior possibilidade de se adequar às reais necessidades dos usuários. Pensamos terem sido estes os pressupostos dos gestores desta instituição, quando se propuseram a criar um SIE próprio.

Num estudo recentemente realizado a instituições de saúde em Portugal investigou-se de que forma os prestadores recorrem aos sistemas de informação, como suporte às iniciativas da qualidade que desenvolvem, mas também de que forma o nível de adoção dos SI se relaciona com o estado de implementação da certificação e da acreditação (Pereira, 2009).

Relativamente ao papel que os prestadores atribuem aos sistemas de informação como ferramenta de manutenção ou suporte da certificação, constaram ser de baixa importância e uma prática pouco comum. Contudo, para a acreditação e para as iniciativas envolvendo extração de indicadores, foram indicadas algumas ferramentas informáticas, mesmo que elementares, como soluções de suporte à iniciativa.

Face aos resultados obtidos, os investigadores acreditam que os prestadores de cuidados de saúde recorrem pouco aos SI e às suas potencialidades, como auxiliares à implementação ou manutenção de iniciativas. Para estes, a visão, por parte dos prestadores de cuidados de saúde, para os sistemas de informação como ferramentas de suporte direto e indireto à qualidade, irá progredir consoante estes evoluam em direção a uma maior estruturação da informação neles documentada.

A formação dos próprios enfermeiros é algo que vai evoluindo positivamente com este casamento entre a supervisão e a promoção da qualidade no processo de acreditação. A formação melhora porque vendo a supervisão como uma avaliação constante, “obriga” a prestarem cuidados com mais qualidade levando-os a procurá-la.

Por outro lado, essa formação que procuram vai conduzir a um melhor acompanhamento que prestam aos alunos que orientam, seus futuros colegas de trabalho.

Outra razão que deram neste sentido foi a questão de, ao existir “uma pessoa que coordene, porque com o dia-a-dia, com as rotinas, com as pressas, passa certas coisas, ou não podes prestar atenção a tudo” [Enf B24 15], vai “modelando e modificando atividades” [Enf C40 37].

Como é de conhecimento comum, a melhoria da qualidade dos serviços depende em grande parte da formação que os seus profissionais possuem. Para implementar um processo, também é importante a formação que se dá em termos de qualidade, aos recursos humanos.

Como já referimos, numa fase inicial, esta formação foi feita apenas aos quadros de gestão de topo, cabendo a estes elementos a sensibilização dos elementos da sua equipa para o efeito.

Inicialmente pelos americanos, foram três ou quatro dias intensivos para perceber o modelo, como se articula, etc. E depois por elementos do consórcio brasileiro que reforçaram alguns aspetos [Enf. F62 23].

Cada grupo teve uma sessão, onde a primeira parte foi precisamente explicar o que era o processo, como é o processo, depois tivemos a parte do gabinete da qualidade a dar duas ou três sessões, no auditório, onde foi debatido um bocadinho o que é, o que não é, as pessoas perceberem o processo, porque senão não aderem, como é óbvio, não é?! Mas não é só este, é tudo, ou seja tivemos que fazer, convocamos todas as direcções de serviço e convocamos todas as chefias e responsáveis, etc., para começarem a perceber [Enf. F62 28].

O que se observou nos serviços foi a tentativa de transmissão de informação sobre esta questão. Contudo, na opinião dos enfermeiros, existiu uma imposição na implementação de alguns procedimentos. Segundo estes, profissionais que estão diretamente implicados com os clientes, foi

lhes dada pouca formação na fase inicial do processo, referem que faltou formação sobre o manual: normas e procedimentos, entre outros. Tiveram uma reunião com a enfermeira chefe onde se abordou a questão da acreditação e se traçaram os caminhos a percorrer.

Atualmente, consideram que lhes é dada formação em termos de indicadores de qualidade, como é o caso das triagem do lixo, a importância dos registos (por exemplo o de quedas)... Uma forma que encontraram para dar essa (in)formação é através de um documento mensal que vem anexado ao recibo de vencimento, com informação exclusiva sobre o desenvolvimento que o processo de acreditação tem tido. Apesar de não ser uma prática antiga, é algo que marca o desenvolvimento desta fase de implementação.

Mesmo nomeando esta fonte como forma de (in)formação, a pouca certeza nas respostas que nos deram mostra que, apesar de terem existido algumas formas de divulgação, estas não trazem a solidez que procuravam para o envolvimento no processo.

Outro aspeto que os inquiridos mencionam relacionado com a formação é aquele que é disponibilizado aos alunos de enfermagem. Os cuidados de enfermagem não são prestados apenas pelos profissionais enfermeiros, os alunos que fazem o seu percurso formativo nas instituições de saúde, como é o caso, também prestam cuidados diretos aos clientes (ainda que sob supervisão).

Nas suas perceções sobre o tipo de formação que é dada aos alunos, em termos de qualidade, a maioria refere que estes vêm para o hospital sem noção do que é a acreditação, ou as implicações do processo, alguns nem sabem que o hospital está a ser acreditado (ou o que é isso). A exceção parte de um enfermeiro que diz que os alunos têm os conhecimentos mínimos, pois alguns deles provêm de uma universidade cujos planos curriculares também são por ele estruturados.

É opinião geral que os alunos não deveriam vir para o estágio sem terem pelo menos com os conhecimentos mínimos das principais normas e protocolos instituídos, para não sentirem tanto o “desfasamento entre o que eles sabem e o que nós exigimos” [Enf C₅₀ 32]. Alguns acrescentam que deverão partir da escola determinadas noções importantes no desenvolvimento deste processo, como é o caso, por exemplo, da triagem dos lixos.

De qualquer forma reconhecem que a sua função é integrá-los e orientá-los no serviço. E se as políticas de qualidade fazem parte da dinâmica do processo, como, por exemplo, os protocolos e afins, então a orientação e acompanhamento que dão aos alunos tem que contemplar isso.

Como defende Boller, 2003, a prática educativa é de fundamental importância na enfermagem, tanto para o cliente como para o profissional. Assim, a instituição tem responsabilidade em propor programas apropriados às necessidades de qualificação em novas situações, reciclar os seus trabalhadores, qualificando-os para as novas exigências ou para as mudanças necessárias face à assistência e qualidade.

É importante entender que uma das formas de se criar uma nova mentalidade em qualidade nos serviços de saúde, passa pelo desenvolvimento de programas específicos de formação contínua para os enfermeiros, de modo a serem todos informados dos critérios de qualidade, possibilitando, ao tempo, a motivação e capacitação do pessoal, para programar novos métodos de qualidade em saúde, como a acreditação. Esta pode ser uma das medidas que pode tornar os enfermeiros conscientes na produção de cuidados de qualidade, permitindo-lhes traçar novas perspectivas nas operações assistenciais.

Como sustenta António e Teixeira (2007), é necessário especificar e implantar uma estrutura de trabalho para toda a organização, documentada e com procedimentos técnicos e de gestão integrados, para coordenar as ações dos trabalhadores e dos equipamentos, de modo a garantir a satisfação do cliente a custos competitivos. É necessário, ainda, trilhar um longo caminho, que se inicia pela preparação cultural da empresa (Ishijama, 2007, cit. António e Teixeira, 2007), por isso é compreensível que, numa primeira parte deste processo, toda a ação esteja centrada na gestão de topo.

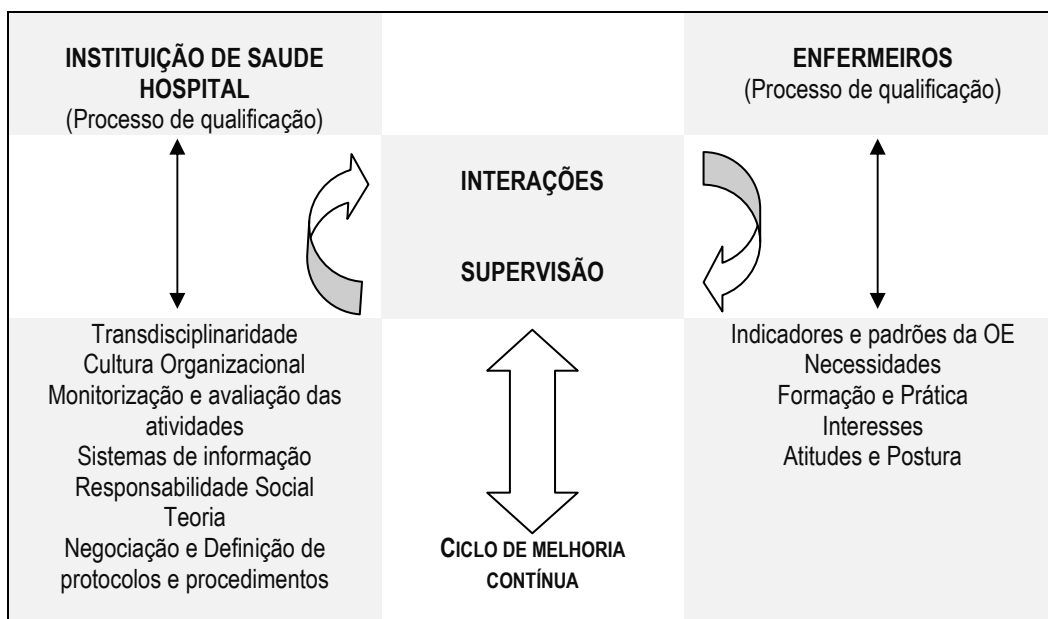
Agora a formação aos demais funcionários deve ser dada com a brevidade possível, mesmo que o trabalho das gestões de topo não esteja concluído, para não haver atrasos em todo o processo, e consequentemente tantos gastos.

Apenas no final da nossa estadia na instituição é que foi sentida pelo consultor de qualidade esta necessidade que, como auditor, ao chegar a um serviço, sentiu ser necessário dar formação primeiro, para depois poder exigir o produto final.

Espera-se que os profissionais prestem um atendimento eficiente e de qualidade com domínio de técnicas, sistematizado e uniforme a todos os que dele necessitem. Nestas condições é imprescindível que a enfermagem esteja atenta para as anotações, que são atividades que devem fazer parte da assistência de enfermagem e são normalizadas pela instituição.

As interações presentes neste contexto, entre os processos de obtenção da acreditação da qualidade, relacionam-se diretamente com a supervisão. A supervisão assume o papel de mediador entre o processo de qualificação da Instituição de saúde e o processo de qualificação dos enfermeiros. Para tal, tem que estar atenta e sensível para todas as características que preenchem os dois processos de forma a entrecruzá-los, respeitá-los e acompanhá-los. A figura que se segue (14) esquematiza essas interações relacionando-as com o papel que a supervisão desempenha.

Figura 14. Principais características promotoras de interações entre supervisão e qualidade



O processo de qualificação de um hospital envolve, como já verificamos, um conjunto de premissas que são importantes considerar, pois serão essas, em interação com as que se encontram envolvidas no processo de qualificação dos enfermeiros, que permitirão ao supervisor desenvolver um trabalho eficaz no sentido da melhoria contínua da qualidade.

Dentro da organização hospital existem dimensões e componentes como crenças, valores, normas, mitos, ritos e a própria história, que precisam de ser considerados. Todos estes componentes definem a cultura organizacional dessa instituição, permitindo que esta defina qual a sua perceção em relação ao ambiente organizacional (práticas e procedimentos existente), qual a sua dinâmica (explicitação da situação real de evolução da organização), qual a avaliação do seu contexto (determinação de valores normativos de referência e dos fins da organização), qual a sua identidade (constituída pela perceção das características da organização) e qual a orientação do

comportamento organizacional (pensando no futuro próximo e não somente interpretando o passado) (Lopes e Reto, 1990).

Para Cook e Yanow (1996) a cultura organizacional influencia fortemente a aprendizagem, sendo necessário não esquecer que a organização é, ela própria, um grupo humano que constrói, confronta, partilha e troca significações (Alarcão, 2000).

Esta ideia direciona o nosso pensamento para a necessidade de se atender à transdisciplinaridade e aos processos de negociação, como fundamentos para este contexto. A responsabilização de todos os envolvidos é a necessidade básica sentida para que se consiga envolver toda a equipa institucional no processo. Se este envolvimento não for promovido, a efetividade do processo é colocada em causa. Por outro lado, depois do envolvimento e motivação é necessário que se proceda a negociações com os atores, para que estes se sintam realmente envolvidos.

Estes procedimentos organizacionais vão permitir a definição de normas e protocolos, e a avaliação e monitorização das atividades.

Já o processo de qualificação dos enfermeiros envolve, por um lado, procedimentos legislados quer pela OE quer pela própria instituição e, por outro, atitudes e posturas individuais.

Os enfermeiros portugueses dispõem de um quadro de referência, assente nos seguintes pilares: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Código Deontológico do Enfermeiro, Padrões de Qualidade: enquadramento conceptual e enunciados descritivos, e Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Segundo a OE (2001), os enfermeiros deverão basear a sua prática em seis indicadores clínicos, que funcionarão como um instrumento na ajuda da precisão do seu papel junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados, relativa à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

A partir destes indicadores, os enfermeiros têm a obrigação de informar a instituição das necessidades sentidas no exercício da sua prática, assim como deverão interessar-se por participar na construção e definição dos protocolos e procedimentos que a ela sdigam respeito. É partindo desta postura que conseguem prestar cuidados de excelência.

Estas especificações de ambos (instituição e enfermeiros) não existem separadas e sem interação. As interações existentes permitem o trabalho do supervisor. Este, ao mediar todas estas ações, promoverá o ciclo de melhoria contínua da qualidade teorizado por Shewhart e Deming, que preconizam quatro etapas, das quais os enfermeiros são uma peça fundamental para a sua execução.

Para além do envolvimento dos enfermeiros em todo o processo, há estudos que nos indicam a existência de outros fatores que interferem diretamente no tipo de cuidados prestados pelos mesmos.

No seu estudo efetuado num hospital Australiano, Williams (1998) classificou as prestações dos enfermeiros em quatro níveis: cuidados exemplares, cuidados de alta qualidade, cuidados básicos e cuidados de baixa qualidade. O que os distinguia era a relação direta com o tempo que possuíam para avaliar as necessidades de cada cliente, resultando numa atitude terapêutica efetiva ou ineficaz.

Os enfermeiros consideravam que as suas atitudes terapêuticas eram efetivas quando conseguiam prestar um cuidado exemplar ou de alta qualidade, pois tinham tempo abundante ou suficiente para levantar as necessidades de cuidados.

Com base nestes dados, verificou-se que os resultados partem, também, do foco de atenção que o enfermeiro dá ao seu trabalho no dia-a-dia. Conforme o tempo que tem para a sua prática, o seu foco de atenção pode centrar-se na qualidade dos cuidados, no cliente, nas necessidades básicas, às quais é preciso responder e em si próprio, o que resultará num diferente nível de prestação de cuidados.

Com este exemplo, comprovamos mais uma vez que o ambiente é parte integrante da cultura organizacional, e uma peça base de trabalho e para trabalhar.

7.3. Organização dos atores em torno da qualidade

*“Há duas razões para qualquer coisa:
uma boa razão e a razão verdadeira.”
(Wiston Churchill)*

A qualidade e a sua melhoria contínua mostraram ser os pilares fundamentais e estruturantes desta instituição que presta serviços de saúde. A administração compreendeu que isto implica, ao nível das estratégias adotadas nos diferentes domínios, uma capacidade de mudança e de inovação permanente, assegurando uma sintonia com as orientações provenientes do Ministério da Saúde, referentes a políticas de saúde. Daí, terem aceite o desafio e aderido ao modelo de acreditação da *Joint Commission International*.

Essa qualidade recai na adequação e no nível dos cuidados prestados, assim como nas condições de trabalho dos seus profissionais, no atendimento aos clientes e nos níveis gerais e específicos da segurança dos seus edifícios e equipamentos.

O processo que envolve toda esta política tem por base um conjunto de recursos materiais e humanos imprescindíveis ao seu desenvolvimento. São os recursos humanos que mais suscitaram a nossa atenção. Destes sabemos que todos os membros desta grande equipa (funcionários da instituição) são fundamentais para a concretização do objetivo, apesar de nem todos estarem, ainda, integrados no projeto e nos grupos de trabalho.

Quando os questionamos quanto à participação que tinham em grupos de trabalho no serviço, e à semelhança do que se tinha observado durante o tempo que aí permanecemos, o grupo divide-se: alguns enfermeiros fazem parte de grupos de trabalho de projetos em desenvolvimento na instituição e outros não.

Apesar de alguns se posicionarem como *não pertencentes* a grupos de trabalho, referem que todos dão o seu contributo direto ou indireto para o trabalho desenvolvido na instituição. Outros referem que fazem parte de grupos, por exemplo, têm a responsabilidade de dinamizar a formação, fomentar as consultas externas diretamente relacionadas com a medicina interna, participar na definição de protocolos, entre outras tarefas.

Este pensamento vai ao encontro das ideias desenvolvidas por Friedberg e Crozier (1997) que defendem que os homens nunca aceitam ser tratados como meios ao serviço de fins que os diretores fixam para a organização tendo, cada um os seus objetivos, os seus fins próprios. Não há uma racionalidade única, portanto cada um persegue os seus próprios objetivos e a organização vive com esta multiplicidade.

Acrescentam que numa organização cada ator guarda uma possibilidade de atuação autónoma. Numa organização com a estruturação desta, a autonomia nem sempre é possível, pois, se por um lado se dá a possibilidade ao enfermeiro de agir com base nos seus conhecimentos e experiências profissionais, por outro, impõem-se protocolos e normas de atuação.

Em relação aos principais projetos em desenvolvimento no serviço estão, segundo os atores, independentemente se fazem parte ou não de grupos de trabalho, relacionados com a formação. A valorização da formação em contexto de trabalho, e formação contínua, são uma evidência no discurso destes. A importância dada nas suas participações em eventos científicos com o intuito de melhorarem os seus conhecimentos e os dos colegas a quem transmitem a informação recebida é, no seu ponto de vista, uma mais-valia para todo este processo. Por outro lado, também valorizam os trabalhos práticos e experimentais desenvolvidos no serviço, devido a cursos que tiram fora ou dentro do hospital.

Um outro projeto identificado, considerado igualmente importante, o qual tivemos a oportunidade de observar nalgumas discussões que se foram travando é o da Unidade de AVC's (Acidentes Vasculares Cerebrais). Este projeto envolve a instituição com a comunidade que serve, permitindo um serviço de maior qualidade ao cliente, à família e até à sociedade.

É de referir ainda um outro projeto em curso, referenciado por uma das enfermeiras, à espera de aprovação, que é a criação de uma consulta aberta no Hospital de dia.

Todos estes projetos têm por base um conjunto de diretrizes (*guidelines*) que suportam o trabalho dos profissionais envolvidos. No entanto, o nível de participação na construção destas e outras *guidelines*, é diferente para cada membro da equipa.

O que referem em relação ao facto de participarem ou não na definição e construção dos protocolos é controverso. Isto porque alguns mencionam a sua participação na discussão, através de sugestões e propostas que apresentam, outros apenas dizem que os aceitam depois de formulados.

Não tenho assim uma opinião muito definida, porque não vou muito a reuniões de serviço [Enf C57 11].

Os protocolos somos nós aqui no serviço, mas já estavam a ser feitos. Quando são protocolos fixos de determinados serviços específicos, como a gastro e assim, são eles que os fazem, e mandam-nos para cima. Outros protocolos somos nós que fazemos, em trabalhos de grupo ou assim, mas somos nós que fazemos [Enf. C5417].

Há ainda os protocolos que são criados e definidos pelas chefias e direção. Estes, segundo os atores, apenas são transmitidos na sua operacionalização, na hora em que começam a colocá-los em prática.

O hospital cria protocolos e depois nós operacionalizamos muito do que é feito por eles. A maior parte da operacionalização é feita por eles, nós depois aplicamos e praticamos [Enf C50 20].

As opiniões acerca do envolvimento que os enfermeiros têm no processo de acreditação são claramente diferentes, notando-se que essa diferença depende da ala em que se encontrem, o que nos leva a pensar que são influenciados pelo trabalho de supervisão a que estão sujeitos.

Todos concordam que devem estar envolvidos, pois são os responsáveis diretos pelos cuidados, no entanto, nem todos conseguem visualizar o seu contributo direto para o processo.

Os que se sentem envolvidos dão vários exemplos dos seus contributos. Por exemplo, quando questionados, os atores referiram-nos que a avaliação e definição dos protocolos da instituição são feitas uma pelos profissionais do serviço, outra pelos seus superiores, com a testagem no serviço. Também acontece proporem a criação de alguns, que acabam eles mesmos por redigir, para posteriormente serem sujeitos a aprovação, resultantes, por exemplo, de uma formação de serviço, e outros já vêm, de experiências anteriores.

Alguns que são criados pela necessidade dos próprios enfermeiros do serviço [Enf C57 10].

Acho que quando são criados são postos primeiro a uma pré-avaliação, uma experiência nossa, quando não são criados pelos próprios enfermeiros [Enf C57 10].

Alguns deles já são muitos antigos [Enf. C50 18].

Muitos dos protocolos e normas que são feitas resultam por vezes de ações de formação que os colegas fazem, e no final fazem uma norma [Enf. C47 12].

A presença dos alunos num serviço também se torna importante para este trabalho. Os alunos também colaboram na definição de protocolos, porque quando passam pelo serviço, detetam a falta de alguns ou discutem sobre os que não vão tanto ao encontro da formação que lhes foi dada, proporcionando momentos de discussão que poderão colmatar num pedido de reformulação de protocolo.

Outros foram construídos a partir da colaboração dos enfermeiros com alunos que iam passando por aqui e detectavam a falta deste ou daquele protocolo [Enf. C50 18].

A acreditação é vista como uma responsabilidade, clara para todos, no entanto os atores não conseguem perceber o seu envolvimento direto em todo o processo. Mesmo referindo que as atividades que desenvolvem deixaram de ser vistas em termos de quantidade e começaram a ser vistas pela qualidade, a falta de informação, de esclarecimento sobre a importância do processo, o não convite a participarem nos trabalhos leva-os a posicionarem-se neste com algum distanciamento.

Eu acho que há uma responsabilidade, (...) mas envolvimento direto em termos do hospital, não te sei dizer [Enf E60 29].

Estou cá a trabalhar, tento dar o meu melhor, tento seguir as linhas que nos são fornecidas por todos, e pelo enfermeiro diretor, as coisinhas que ele gosta que... tento prestar bons cuidados e qualidade... já não se preocupam com a quantidade mas sim com a qualidade [Enf A10 19].

Eu acho que existe falta de informação (...) Deve ser assim de cima para baixo (...) Eu penso que não, que é levado com muito pouca seriedade, porque eu penso que uma das questões é essa, é que aquilo que nos é passado, a formação que nos fazem não é nenhuma, e então acho que a equipa não percebe a importância da acreditação [Enf C40 33].

Esta perceção também foi avaliada por nós no inquérito por questionário. Nas respostas dadas verificamos que em relação ao processo de acreditação e avaliação da qualidade, 48,4% dos respondentes afirma não participar nos processos de discussão em torno da qualidade, e 37,1% refere participar apenas algumas vezes.

À necessidade de envolver os enfermeiros nos processos, junta-se a de eliminar o conceito de espaço económico ligado às instituições hospitalares. É do reconhecimento geral que uma instituição de saúde não sobrevive sem a parte financeira, no entanto este tipo de processos, que vai muito além da parte económica, precisa que esta seja colocada em segundo plano, para resultar, valorizando-se a questão humana e a sua prática.

O exemplo mais comum da sua aplicação é a monitorização dos indicadores clínicos. E pela definição de Casparie (2000) indicador clínico é um elemento mensurável da assistência, que pode ser usado no sentido de se encontrar potenciais de qualidade, para a monitorização de processos previamente definidos e para uma avaliação, após a introdução e desenvolvimento de atividades de melhoria de qualidade.

Quando utilizados para monitorizar a realidade institucional, os indicadores são úteis na forma como permitem identificar e fornecer orientações no sentido da mudança, podendo, por isso, constituir um importante instrumento de planeamento, com capacidade para apoiar a implementação de medidas de forma mais eficaz. Alguns autores referem que os indicadores expressam, por si mesmos, os objetivos a alcançar, tomando uma posição estratégica no processo. Esta posição é assim considerada porque os indicadores contribuem para o desenvolvimento de propostas e estratégias.

Existem, ainda, outros autores que referem que os indicadores devem, dentro de um determinado projeto, estar agregados aos objetivos. Desta forma, não são um fim em si mesmos, mas uma parte da performance de avaliação de um ciclo e devem, portanto ser, colocados num contexto de objetivos (Rocha, 2008).

Uma sucinta revisão da literatura sobre o conceito e evolução do uso de indicadores, demonstra a consensualidade quanto ao facto destes constituírem instrumentos de medição da realidade, através da sua quantificação, na medida em que simplificam e sintetizam fenómenos complexos. Não obstante, a eficácia na sua utilização está em boa medida dependente da base conceptual de referência que orienta e dá sentido à seleção dos indicadores a utilizar. Este processo deverá ser enquadrado no âmbito conceptual de referência de determinado projeto e/ou programa e respetivos objetivos/finalidades associados à sua implementação.

A tarefa de seleção de indicadores é delicada e implica sempre a necessidade de se fazer

opções, tão objetivas e fundamentadas quanto possível, no que respeita aos seus limites e ao seu alcance dentro dos objetivos pretendidos. Importa mencionar a dificuldade em reunir, num indicador, todas as propriedades avaliadas como relevantes. A seleção dos indicadores nesta instituição é feita pelos mais diversos profissionais, é um trabalho multidisciplinar, pela abrangência que estes têm que possuir (pois existem indicadores ligados ao cuidado, à gestão e à manutenção...)

A capacidade de objetivar, sintetizar, avaliar que os indicadores permitem, está bem patente quando os mesmos são utilizados em sistemas mais ou menos complexos, muitas vezes agregados ao conjunto das dimensões/temas que, de forma abrangente, se pretende retratar. Utilizados em sistemas coerentes e frequentemente enquadrados dentro de um grande tema, os indicadores constituem um importante instrumento, que permite a monitorização regular, ao nível do acompanhamento e avaliação de desempenho e/ou resultados, ou simplesmente na caracterização de tendências evolutivas.

As vantagens da monitorização e avaliação são reconhecidas, nomeadamente, em organizações internacionais que têm feito destas metodologias importantes ferramentas ao serviço dos programas que desenvolvem e da avaliação de resultados, com reflexos na melhoria das estratégias implementadas. “ *A monitorização pode ser definida como uma função contínua que serve primeiramente para fornecer aos gestores e principais stakeholders ao longo de uma intervenção continuada, indicações de progresso ou da falta deste, na concretização de resultados. Uma intervenção continuada pode ser um projeto, programa ou outra forma de suportar um resultado*” (UNDP, 2002: 6).

A recolha e acumulação de informação e a sua monitorização regular, numa base temporal suportada na fixação de prazos, permite comparar a “situação actual” com a “situação de partida” e, periodicamente, assegurar a avaliação de resultados. O procedimento e acompanhamento associado à monitorização, tem a vantagem de permitir, por um lado, a deteção de desvios ou oscilações relativamente a situações anteriores e, por outro, identificar a evolução já alcançada face aos resultados finais pretendidos ou expectáveis.

A monitorização traduz-se num processo de registo de informação a partir da recolha de dados e pressupõe um trabalho exaustivo de identificação dos indicadores que compõem o respetivo sistema para os quais se processa a recolha de informação. Nesta medida, a

constituição de um sistema de indicadores é um processo dinâmico, assente na discussão técnica quanto aos critérios mais coerentes, justificando por isso ajustamentos e opções quanto aos indicadores a incluir ou não, no sistema.

Este trabalho de monitorização é realizado pelas chefias, ainda que os enfermeiros tenham um papel ativo, pois é deles que depende o melhor uso destes indicadores. As alterações que muitas vezes nos referem como algo imposto, para o qual não foram consultados, são frutos destas avaliações constantes.

Mas a medição da qualidade dos cuidados de saúde vai além da definição e monitorização dos indicadores.

Donabedian, em 1966-1969, após analisar a investigação realizada nas áreas de qualidade de cuidados de saúde e de garantia de qualidade, sintetizou três zonas de medição: a estrutura, o processo e o efeito.

Resumidamente (Donabedian 1980), a estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham. Uma medida para avaliar a estrutura pode ser, por exemplo, o número e qualificação do pessoal que presta os cuidados (a formação e os rácios).

Em relação ao processo, este corresponde ao conjunto de atividades que se desenvolvem entre os prestadores de cuidados e o cliente. A qualidade destes processos tem sido definida na literatura de garantia de qualidade através de uma abordagem normativa. A criação de normas e protocolos (*guidelines*) não é, apenas, uma exigência de todo o sistema, mas é também uma necessidade sentida pelos atores.

Por fim, o efeito que corresponde à alteração no estado de saúde atual ou futuro de um cliente que possa ser atribuída a anterior prestação de cuidados de saúde. Esta avaliação é realizada, normalmente, no acompanhamento no domicílio e nas consultas externas.

Os atores presentes no estudo, conscientes ou não, da função que desempenham neste projeto, enquadram-se num contexto importante de avaliação e medição da qualidade institucional e desempenham o papel principal na contínua melhoria do sistema, ao

combinarem os conceitos de estrutura e processo dentro do sistema de que fazem parte (Berwick *et al.*, 1990).

8. PRÁTICAS SUPERVISIVAS EM CONTEXTO HOSPITALAR

O processo supervisivo é caracterizado como um estado de “metamorfose”, pelo desenvolvimento de capacidades que permite ampliar naqueles que são o seu alvo. Poderá ser visto como um meio eficaz para a passagem progressiva de um nível conceptual mais baixo para um nível conceptual mais elaborado.

Neste sentido, constitui uma mais-valia para o desenvolvimento cognitivo, interpessoal, moral e psicossocial dos intervenientes.

Sendo este um estudo em que se pretende uma atenção mais dirigida aos processos de supervisão das práticas clínicas que se desenvolvem num contexto de saúde, onde se discute e inicia a implementação de um sistema de qualidade, com vista a uma posterior acreditação, as práticas supervisivas tomam um lugar importante na análise de todo o processo.

Durante o tempo de observação este parâmetro foi um dos que se salientou, não só por ir ao encontro dos nossos objetivos, mas pela necessidade da sua existência na prática de enfermagem. Aliás, as práticas supervisivas sempre existiram para os enfermeiros, a diferença assenta na abordagem que se faz delas, devido à necessidade de se melhorar.

Estas práticas aparecem caracterizadas pelas intervenções e atitudes que os enfermeiros apresentam nas suas práticas diárias, como forma de melhorarem a qualidade dos cuidados que prestam, e evoluírem na sua própria formação.

Este capítulo tem por base a caracterização e discussão das práticas supervisivas levadas a cabo no serviço em estudo. Delas fazem parte a supervisão clínica em enfermagem (aquela que se realiza aos profissionais) e o acompanhamento aos alunos.

Este último, apesar de não ser objeto do nosso estudo, teve que ser referenciado, uma vez que os alunos são personagens ativas num serviço e poderão interferir diretamente nas questões da qualidade.

Começamos o capítulo por abordar a natureza dos cuidados presentes, para podermos caracterizar e avaliar os processos supervisivos e de acompanhamento dos alunos.

8.1. O objeto da atenção profissional (natureza dos cuidados)

*Nada é mais perigoso que um bom conselho
acompanhado de um mau exemplo.*
(Autor desconhecido)

Identificar a prática de cuidados e o cuidar em enfermagem revela-se importante pois, como nos refere Watson (2002:52), “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”.

A prestação de cuidados em enfermagem é um processo complexo e requer a articulação com várias áreas do saber. É consensual para vários autores (Arroyo, 1997, Collière, 1999, Hesbeen, 2000, Watson, 2002) que a natureza dos cuidados de enfermagem tem algo que é constante ao longo do tempo, que a apoia, e que constitui um valor para os mesmos - cuidar.

Durante o tempo de observação o que se verificou foi um trabalho de enfermagem centrado no cliente e família, na aplicação dum modelo de cuidados misto onde confluem os modelos de cuidados de enfermagem individuais, de equipa e com enfermeiro de referência.

A minha manhã começou cedo no serviço. Quando cheguei estavam a preparar-se para iniciar a passagem de turno das 8 horas. Apesar do plano de trabalho ainda não estar feito como é habitual os enfermeiros tomam notas dos cuidados a ter com todos os clientes. Comentam que assim podem ajudar o colega sempre que seja necessário, pois existem alturas em que se ausentam do serviço para almoçar, por exemplo, e apesar de nessa altura tornarem a falar com quem vai ficar a ajudar, a passagem de turno possibilita que fiquem com uma ideia mais generalizada do estado de saúde e dos cuidados necessários.

Por outro lado, o plano de cuidados quase que se define naturalmente pois o que se verifica é que o enfermeiro que ficou responsável pelo cliente x e y ontem, ficará hoje também para poder dar continuidade aos cuidados dos dias que antecederam [5º Dia de Observação].

Os clientes eram distribuídos pelos enfermeiros que se encontravam a trabalhar ficando os cuidados sob as suas responsabilidades. Esta prática indica-nos um método de trabalho de cuidados de enfermagem individuais, onde o enfermeiro pratica cuidados globais a um único ou mais clientes.

A organização global dos cuidados necessários de um cliente depende da formação e predisposição do enfermeiro para gerir e priorizar cada um destes, em relação ao tempo de que dispõe. Cada enfermeiro é, portanto, responsável pelos seus atos, uma vez que avalia e coordena os cuidados que presta, no entanto, é importante referir que a responsabilidade última dos seus atos recai sobre o enfermeiro responsável pela ala ou sobre o enfermeiro chefe que acumulam a função de supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo.

Apesar desta individualidade de cuidados, os enfermeiros fazem parte de uma equipa cujo trabalho sobressai em todos os turnos, pela colaboração que prestam entre eles, pelo respeito mútuo nas dificuldades e pelo sentido de responsabilidade compartilhado para completar o trabalho que os juntou.

Observa-se neste trabalho uma assistência que continua a ser centrada no cliente, permitindo cuidados continuados e não fragmentados. Estão presentes alguns pressupostos, por exemplo, todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível com a equipa, e é fundamental o planeamento de cuidados...

Não podemos, contudo, considerar que é usado o modelo de cuidados de enfermagem em equipa por não haver um líder que sozinho planeia e os cuidados. É um trabalho de equipa, porque nos momentos “*da volta*” todos cuidam de todos e não se vê apenas um enfermeiro e um cliente.

Ainda abordando o tipo de modelo de cuidados subjacente neste serviço, verificamos que existe uma figura de referência em todas as unidades de cuidados, aquela a quem recorrem quando precisam de ajuda, ou aquela a quem o cliente ou família se dirige, quando quer uma explicação mais elaborada. Estas referências conduzem à existência de um método de trabalho por enfermeiro responsável.

Mesmo privilegiando um *mix* de referências apontadas em cada modelo, os cuidados prestados no serviço seguem, maioritariamente, o conceito de cuidados individualizados.

A descrição dos cuidados prestados no serviço não se esgota nestas nomenclaturas, é importante referir que neste serviço há uma prestação de cuidados continuados e, por vezes, paliativos.

Em relação aos cuidados continuados, a sua delineação não se reduz à individualização dos mesmos. Existe há uns anos um projeto legislado pelo MS e que nos remete para a evolução do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de criar uma rede de prestação de cuidados de saúde baseada num modelo justo e solidário. Como objetivo fundamental, pretende dar às pessoas, em particular aos clientes, mais e melhores cuidados de saúde em tempo útil, com eficácia e com humanidade. Fala-se de qualidade de vida, conforto e bem-estar dos cidadãos e preconiza-se que a rede de prestação de cuidados possa ser integrada por entidades públicas, sociais e privadas devidamente habilitadas a intervir, de forma qualitativamente positiva na prestação dos referidos cuidados.

Esta instituição integrou o projeto e o trabalho dos profissionais é realizado nesse sentido. Os enfermeiros comunicam com os enfermeiros de outras instituições e familiares dos clientes com o intuito de prestarem um apoio integrado no regresso ao domicílio na altura da alta (daí a designação de continuidade de cuidados). Estamos a falar de redes e de equipamentos, em intervenções técnicas especializadas, insubstituíveis e que são, elas mesmas, condição de evolução positiva, sempre que possível ou, em alguns casos, de prevenção da recaída.

Associado a este mega projeto, uma das alas do serviço iniciou um pequeno trabalho onde privilegiam os clientes vítimas de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), no sentido de proporcionar uma mesma rede e equipamentos de apoio.

Numa outra ala, onde existem muitas patologias do foro oncológico, são praticadas atividades que remetem para os cuidados paliativos - cuidados prestados a doentes em situação de grande sofrimento decorrente de uma doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva. O objetivo consiste em promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida destes clientes.

Estes têm como componentes essenciais o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional do cliente, o apoio à família e o apoio durante o luto, o que implica o envolvimento de uma equipa interdisciplinar de estruturas diferenciadas. Apesar desta preconização, neste nível, os profissionais necessitam de maior investimento, uma vez que o medo na abordagem do assunto é ainda uma reação notória na maior parte do grupo (jovem).

Aproveitamos para clarificar a diferença entre cuidado paliativo e ação paliativa, esta última praticada por todos os enfermeiros a todos os clientes. Entende-se por ação paliativa qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar geral do cliente.

As ações paliativas fazem parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou fase de evolução. Estas ações podem ser prestadas nos hospitais, centros de saúde e na rede de cuidados continuados, nomeadamente em situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva (MS, 2009).

Durante a nossa descrição e contextualização do estudo, referimos a adoção da Instituição ao processo de enfermagem, nomeadamente, diagnósticos de enfermagem, com base na linguagem da NANDA, considerando serem estes os que melhor traduzem os cuidados que praticam.

No entanto, a realidade da maioria dos hospitais portugueses é a utilização da CIPE como linguagem dos cuidados de enfermagem que praticam. E como já tivemos oportunidade de comparar anteriormente, existem algumas semelhanças, inclusive com a apresentação dos eixos (focos) de atenção dos cuidados de enfermagem.

Na observação realizada fizemos a descrição dos focos de atenção dos enfermeiros com base na versão1 da CIPE, por ser a linguagem estabelecida pela OE como a que deverá ser implementada nas instituições públicas de saúde portuguesas.

Os momentos em que melhor se percecionava quais os cuidados sobre os quais recaía mais a atenção dos enfermeiros destas unidades eram as passagens de turno:

A passagem de turno pode dar um contributo muito importante para o crescimento profissional e pessoal do enfermeiro. Durante este tempo em que se passa um testemunho de uma experiência, dá-se a conhecer formas de se ultrapassarem obstáculos, maneiras de estabelecer relações com o próximo (utente e família), formas de se encontrarem caminhos de inter-ajuda.

É neste momento que nos apercebemos dos reais focos de atenção destes profissionais. Hoje durante a meia hora que durou este procedimento tive a oportunidade de anotar pelo menos nove focos, os quais passo a listar: adaptação, adesão ao tratamento, aprendizagem (de capacidades), auto-cuidado, bem-estar, capacidade, *coping*, dor e feridas [53º Dia de Observação].

Num serviço de medicina interna, onde o maior investimento se pretende que seja a saúde, autonomia e satisfação do cliente, facilmente se compreende que os focos de atenção dos cuidados de enfermagem estejam associados a estas questões: (i) a adaptação ao estado de saúde, (ii) a

adesão ao tratamento, quer seja de clientes numa situação crónica da doença quer de clientes que estejam recentemente doentes, (iii) a aprendizagem de capacidades e *coping* centradas quer nos clientes, quer nos cuidadores informais, (iv) a promoção do bem-estar, (v) a diminuição da dor e (vi) a prevenção e tratamento de feridas, pois estamos a falar de clientes independentes, mas também semi e dependentes.

Qualquer que seja a natureza dos cuidados prestados ou o objeto da atenção dos profissionais os processos supervisivos estão presentes.

8.2. Natureza e dinâmicas dos processos supervisivos

*Se deres um peixe a um homem, ele alimentar-se-á uma vez;
se o ensinares a pescar, alimentar-se-á durante toda a vida.*
(Kuan-Tsu)

O pensamento que se segue de Stones ilustra (de forma particularmente “inspirada”) a complexidade inerente ao papel do supervisor e, de algum modo, as inúmeras tentativas realizadas, até à data, no sentido de se definir o conceito de supervisão (ao nível das suas funções e tarefas, ou *modus faciendi*) e de se criarem modelos de formação e orientação dos próprios supervisores.

“Estava um dia sentado em frente à máquina de escrever, a tomar notas sobre supervisão, quando a máquina soluçou e produziu super-visão. De repente, percebi do que se tratava. A qualificação necessária para se ser supervisor era a super-visão. O meu pensamento prosseguiu uma análise da super-visão. Quais as capacidades que a constituíam? Naturalmente pareciam estar todas relacionadas com a visão. Em primeiro lugar, alguém com supervisão teria de possuir uma visão apurada para ver o que acontece na sala de aula. Depois, necessitaria de introvisão para compreender o significado do que lá acontece, antevisão para ver o que poderia estar a acontecer, retrovisão para ver o que deveria ter acontecido mas não aconteceu e segunda-visão para saber como fazer acontecer o que deveria ter acontecido mas não aconteceu...” (Stones, 1984, cit. Vieira, 1993:27)

No referencial teórico apresentado, abordamos três definições de supervisão clínica (NHSME, 1993; OE, 2009; Abreu e Maia, 2003), que vão ao encontro da definição por nós adotada com base na revisão literária e agora validada pelo trabalho empírico. Então, para esta investigação, supervisão clínica em enfermagem é *um processo formal e dinâmico de acompanhamento e desenvolvimento das práticas profissionais, que visa a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a segurança dos clientes e a satisfação profissional, através da análise, reflexão e monitorização da actividade desenvolvida.*

Entendida como um processo educativo e contínuo, preocupa-se fundamentalmente com motivar e orientar os supervisandos no cumprimento das atividades baseadas em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados.

Quando observamos as diferentes dinâmicas nos vários espaços do serviço, rapidamente verificamos que, além das representações que possuem sobre supervisão serem diferentes, os próprios processos supervisivos distinguem-se.

A forma como inicialmente definimos supervisão é algo que conseguimos observar, mas não assumida pelos atores, nem vista de forma tão clara como é conduzida na própria definição. Contudo, neste contexto, a SCE entende-se como uma relação de orientação profissional, feita por um enfermeiro mais experiente, a outro menos experiente, de forma a permitir um melhor desempenho, e mantendo a motivação suficiente para a satisfação profissional e pessoal.

Numa relação de supervisão são analisadas e descritas situações e interações profissionais em diálogo com as pessoas envolvidas, para depois formular diretrizes para os processos de supervisão. À medida que o processo de supervisão se desenrola, os temas emergentes irão sendo trabalhados. Situações do dia-a-dia profissional são consideradas passo a passo.

O que acontece neste serviço é que a principal responsável pela supervisão dos enfermeiros acumula funções de gestão, supervisão e administração. Esta figura (a enfermeira chefe) foi a identificada pela observação e a reconhecida pelos atores através da aplicação dos diferentes instrumentos de colheita de dados.

Existem, porém, outros enfermeiros, selecionados por ela, os quais se chamam “enfermeiros de horário fixo” (por fazerem essencialmente manhãs e algumas tardes) que a apoia nas dinâmicas de cada ala, incluindo o hospital de dia e consultas externas.

As dinâmicas empenhadas na supervisão dos enfermeiros em cada ala diferem do enfermeiro de horário fixo que lá está. A gestão do serviço é feita da mesma forma (pedido de material, gestão de camas e clientes...), mas a relação que estabelecem com o grupo difere consoante as suas personalidades, experiências, tempo de exercício profissional e o tempo de liderança do grupo.

Na Ala A existe um colega mais experiente, que já é responsável há bastante tempo pela Ala e pelo serviço, na ausência da enfermeira chefe. Nesta, observa-se uma relação estreita de apoio profissional e pessoal: sempre que surgem dúvidas são esclarecidas, primeiro a dois, depois é exposto ao grande grupo, como forma de abrir discussão para a reflexão.

Observou-se uma relação informal e de confiança entre todos, sendo o enfermeiro de horário fixo visto como uma “muleta” em que se poderiam apoiar sempre que precisassem.

Na Ala B a colega de horário fixo também já lá está há um tempo considerável, pelo que pude observar uma relação entre eles semelhante ao observado na Ala A. Diz-se semelhante e não igual,

porque a enfermeira de horário fixo desta ala não mostrava a mesma segurança que o da ala A na resolução de questões que surgiam ou que os colegas colocavam, tendo que recorrer mais vezes à ajuda da enfermeira chefe. Esta insegurança poder-se-á justificar se compararmos a idade e experiência de trabalho, assim como a própria formação.

Na Ala C, hospital de dia e consultas externas (e juntamos estas três alas porque a equipa é a mesma) a colega de horário fixo estava nesta posição há bem menos tempo, e durante o tempo de observação o que verificamos foi que ela não conseguia estar, ainda, totalmente integrada na equipa, o que fazia com que nem todos confiassem o suficiente para tirar dúvidas, pedir ajuda. Quando se viam casos que suscitavam dúvidas, era a enfermeira chefe consultada para o seu esclarecimento ou resolução de problemas.

Existem aspetos comuns e distintos nas três alas. Esta comparação foi feita durante a observação participante:

Após algum tempo de observação torna-se mais fácil encontrar um denominador comum nos processos supervisivos desenvolvidos em cada Ala, assim como as principais diferenças. Em todas as Alas observa-se que o “enfermeiro de horário fixo” é a referência para a resolução de problemas, no entanto o recurso a este faz-se de maneira diferente. Enquanto que, na ala A e B, pela idade, experiência profissional e relacionamento que têm com a equipa os enfermeiros participam em toda a vida da unidade verificando-se que os enfermeiros recorrem a ele em qualquer caso, na outra ala esta figura serve apenas para resolver os problemas maiores, sendo que as trocas de ideias e opiniões faz-se mais com a restante equipa [61º Dia de Observação].

A relação (supervisiva) facilitadora e encorajadora, que de certa forma se verifica neste serviço, assenta, essencialmente, na existência de uma relação interpessoal positiva, saudável, em que tanto o supervisor como o grupo de enfermeiros se sintam comprometidos com um objetivo comum – a melhoria continua na prestação de cuidados de qualidade ao cliente.

A não diferenciação entre o supervisor clínico e o supervisor administrativo é um problema que tem vindo a ser identificado por alguns investigadores em Portugal. Vejamos o exemplo do estudo Garrido (2005), que constatou a sobreposição de funções dos enfermeiros chefes como supervisores clínicos e administrativos. Esta sobreposição de funções deve-se à forma como é gerida a instituição. Os diretores, como forma de reduzirem custos, estruturaram o organigrama da organização com, por exemplo, um chefe para quatro serviços.

Hoje o dia foi dedicado à confirmação dos horários dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de gastrologia, pelas folhas de ponto, “recolher” assinaturas das avaliações de desempenho e introduzir no computador o horário executado para seguir para a administração.

Parece ser algo fácil quando nos encontramos num gabinete, contudo, este deve ser dos gabinetes mais movimentados, até arrisco dizer, do hospital. Como inicialmente disse, a porta aberta faz com que a barreira física deixe de estar presente convidando à entrada. De facto funciona! Uns vêem pedir para trocar férias, outros vêem assinar folhas, outros vêem visitar ou apenas conversar... como ela mesmo diz: “os aspetos burocráticos são os que mais facilmente e rápidos de resolver, mas o que mais me satisfaz e ocupa são os aspetos humanos, como emoções, sentimentos, pedidos... que todos os dias me trazem.”

Muitos são os profissionais que lá passam, de todas as classes, de todas as idades, de todos os feitios, e quando não passam ligam. O telefone é outro meio de comunicação que dá vida aquele gabinete, acompanhado do computador que com a Internet e Intranet faz chegar rapidamente todo o tipo de mensagens.

A sua presença nos serviços é também muitas vezes solicitada, e o exemplo a que assisti foi o da EnfermeiraC40 que lhe pediu ajuda para resolver uma situação. Uma das senhoras das primeiras enfermarias tinha uma ferida no calcâneo que tinha sido drenada no fim-de-semana.

Hoje o banho e a realização do penso despoletou uma hemorragia que não revertia apenas com a compressão. Incapazes de resolver o assunto, porque já tinham contactado a médica responsável pela doente, que lhes respondera que já tinha pedido colaboração de cirurgia, recorreram à chefe (...).

(...) De regresso ao gabinete, mal tinha reiniciado o seu trabalho de gestão entra na sala o EnfermeiroB32 que lhe pedia para trocar as férias. Enquanto preenchia o papel para o efeito foi conversando com a EnfermeiraF66 com muito à vontade e confiança, revelando alguma cumplicidade para com uma situação de conquista que ele vive com outra colega.

(...) Entre interrupções foi-me explicando como pede trocas e faz a gestão do pessoal. Por vezes quando há atestados, os turnos são precisos assegurar, e como não consegue falar com todos a tempo faz um círculo, a lápis, na folha do horário, no turno que quer pedir, e se ninguém se manifestar é porque não se importam de assegurar, caso contrário entram em contacto com ela e tentam encontrar outra pessoa.

(...) Enquanto confere o horário pelas assinaturas da folha de ponto tem que as completar porque muitos não assinam tudo, outros nem assinam nada, outros enganam-se... enfim, tem que fazer o trabalho dela e parte do dos outros!

Ao mesmo tempo que o trabalho ocupa a sua concentração, a preocupação com a família é um constante... As filhas que ainda não acordaram porque não ligaram, o telemóvel que toca para a irmã dizer que já chegou ao destino, é preciso pedir ao laboratório autocolantes identificadores dos tubos das análises que amanhã vai trazer do sangue que colher à filha mais velha... tudo o que faz parte da vida familiar!

Penso que hoje estive perante uma pessoa que desempenhou vários papéis em simultâneo: gestora, líder, chefe, supervisora, e “Pessoa” [23º Dia de Observação].

Esta confluência pode comprometer a supervisão clínica na sua essência, como nos referem diferentes autores (Buttegieg – cit. Swain, 1995; Kohner, 1994; McCallion e Baxter, 1995; Burrow, 1995; Bond e Holland, 1998), identificando alguns aspetos importantes para esse comprometimento: a possível ausência ou pouco aprofundamento de reflexões sobre a prática; a avaliação de desempenho (Ceitil, 2001) limita a procura para o aconselhamento; a questão de ser o chefe a identificar e analisar os problemas dos enfermeiros; a sobreposição das questões económicas à relação supervisiva; a acumulação de funções pode conduzir à exaustão pessoal e consequentemente menos disposição emocional para assumir cada um dos papéis.

A UKCC (1996) chama também a atenção para a dualidade de papéis, estabelecendo a diferença entre estas supervisões através de uma declaração de princípios. Em Portugal, esta distinção

encontra-se distante, já que a economia prevalece sobre estas práticas. E será que isso faz com que os administradores não apostem neste setor?

Partindo da divisão apresentada por Glickman (1985), existem fundamentalmente três estilos de supervisão, não-diretivo, de colaboração e diretivo. Estes estilos estarão diretamente relacionados com os dez tipos de *skills* interpessoais identificados pelo mesmo autor, numa relação direta de maior ou menor ênfase que cada supervisor dá a algumas destas atitudes.

Neste serviço observou-se que as relações supervisivas que se estabelecem obedecem aos diferentes estilos apresentados pelo autor, entre eles, um estilo de supervisão diretivo por parte da enfermeira chefe, muitas vezes não separado do seu papel de chefe no serviço, unindo a gestão, liderança e administração à supervisão que faz, já que concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do enfermeiro.

Nos outros colegas, nos quais observamos de forma mais direta o desenvolvimento de processos supervisivos, observou-se um estilo misto, mais de colaboração fundido com o estilo não-diretivo, já que se verificou a escuta, o encorajamento, a inter-ajuda, e a ajuda na clarificação das ideias e sentimentos.

Independentemente do estilo adotado, e voltando aos dados colhidos através do questionário, e para se tentar compreender melhor o grau de satisfação com a supervisão disponibilizada e com um conjunto de dimensões ligadas ao trabalho, à formação e à socialização profissional, recorreu-se a cruzamento entre variáveis. Em conformidade com os valores analíticos obtidos, identificamos associações significativas entre a “representação sobre a supervisão” (questão vinte e dois da segunda parte):

(a) Em relação ao processo supervisivo, os enfermeiros que referiram ter tido *oportunidade de expressar as suas necessidades e preocupações ao longo do processo supervisivo* (Pii13) consideram ter sido boa e suficiente a orientação disponibilizada ($\chi^2 = 69,812$, $p > 0,005$), assim como vinte e quatro elementos consideram terem sido *disponibilizados momentos ou ocasiões específicos de supervisão centradas nas experiências clínicas* (Pii14) em número suficiente ($\chi^2 = 32,304$, $p > 0,005$).

Por outro lado, os dez elementos que cotaram de insuficiente a supervisão experienciada, qualificaram os momentos disponibilizados de supervisão centrados nas experiências clínicas de

insuficientes ou consideram-nos mesmo inexistentes. Estes resultados vão ao encontro do que dissemos anteriormente, relativamente às representações que os atores possuem de supervisão, como sendo um acompanhamento feito de perto, por exemplo, por um colega.

(b) Verifica-se, ainda, que segundo os elementos que identificaram como *processos mais valorizados no acompanhamento* (Pii23) os que se relacionaram mais diretamente com os cuidados diretos ao cliente, classificaram como boa ou suficiente a supervisão disponibilizada.

Analisando os resultados da terceira parte do questionário, onde se pretendia conhecer o tipo de experiência que os atores têm sobre a supervisão clínica (tabela 4) verificou-se que, mais uma vez, em termos gerais, os enfermeiros estão satisfeitos com o acompanhamento disponibilizado pelo supervisor clínico (Piii24¹⁴). Indicam, no entanto, como fatores menos positivos neste acompanhamento o facto de o supervisor:

(a) Não ter ajudado no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem (Piii2) - 43,5% das respostas;

(b) Não ter havido oportunidade para discutir o estilo de supervisão disponibilizada (Piii9) – 48,4%;

(c) Não terem analisado o estilo individual de prestar cuidados e da tomada de decisões (Piii12) – 51,6%.

Consideram, ainda, ter havido pouco aconselhamento em termos de:

(a) Matéria de formação na identificação de áreas prioritárias de investimento (Piii16) – 38,7%;

(b) Desenvolvimento do desempenho das capacidades de relação com os utentes (Piii17) – 41,9%.

Pode-se interpretar estas respostas como o facto de os respondentes identificarem como supervisor a enfermeira chefe ou a equipa, assim como terem em a definição que lhes demos no questionário de supervisão e a que já anteriormente fizemos referência.

Independentemente do responsável pelo processo ou da relação supervisiva estabelecida e da satisfação da mesma, o tipo de intervenções desenvolvidas nos processos de supervisão surge-nos como um domínio importante.

¹⁴ Piii24 – significa questão número 24 da parte (P) 3 (iii)

Os atores começam por considerar a supervisão como um momento de orientação. O supervisor é visto como o elemento que integra e orienta no primeiro momento de contacto com o serviço. A supervisão na sua função de suporte encontra na integração a sua forma de socialização e promoção da qualidade das práticas.

Às vezes posso servir de colaborador para fazer a integração a alguns colegas [Enf C57 6].

Por norma tenho a responsabilidade de fazer essa integração [Enf A01 9].

Cheguei aqui e depois de levarmos já seis meses tive que fazer supervisão a um colega de turma. É outro espanhol que veio que agora está de atestado, e foi eu que tive que fazer a supervisão, a integração ao serviço, dizer como fazíamos os pensos, e para mim foi não sei, estranho [Enf C40 13].

Alguns atores consideram que certas das intervenções da supervisão que se pratica no serviço são construtivas, muitas vezes influenciadas pela sua função avaliativa. Ao mesmo tempo, consideram que a sua intervenção principal é a de trabalhar, no sentido de aumentar a responsabilidade e autonomia de cada elemento da sua equipa. Esta visão vai ao encontro de apenas um dos modelos de Garmston *et al.* (2002) - o modelo técnico-didático.

Está lá para te corrigir, mas de uma forma construtiva [Enf B21 11].

Ele também anda sempre em cima de nós e qualquer coisa que nós façamos, que esteja menos correcta, às vezes até por distração, ou porque temos que fazer mais rápido e não fazemos tão bem (...) [Enf A10 10].

Penso que é o facto de permitir às pessoas que sejam autónomas, ou seja conseguirem trabalhar sem grandes problemas, porque sabem quando surge uma dúvida têm meios onde recorrerem e sabem onde devem procurar essa ajuda (...) [Enf 01 13].

Pelos discursos apresentados vemos um modelo centrado na assistência e não propriamente na supervisão, enfatizando o aumento de capacidades cognitivas e tomada de decisões.

Fala-se na fase de integração como uma intervenção de orientação do supervisor. Porém, o processo de integração, é destacado pelos atores, e por nós, por ser etapa fundamental do processo supervisivo, pois vai determinar a *performance* do enfermeiro no serviço, assim como a qualidade dos serviços que presta na instituição.

Por outro lado, é também importante para um hospital que se encontra num processo de acreditação, onde as normas e procedimentos que se encontram em construção na instituição são diretrizes importantes para a concretização deste. A este processo em que se engloba a integração, as ciências sociais designam por socialização organizacional.

É importante referir que todas estas experiências acontecem em momentos diferentes na vida do hospital. Dizemos vida, porque o hospital é recente, foi inaugurado em 1999, e alguns dos colegas entrevistados já o *habitam* desde essa altura.

O processo de integração, para a maioria dos colegas entrevistados, foi pobre e executados com pouco tempo. Consideram que o facto de não haver um manual de integração com algumas indicações para o processo faz com que seja diferente para todos, em termos de tempo, e até oportunidades

Não houve grandes orientações [Enf C57].

Há ainda a necessidade de haver um manual de integração, para tudo o que é técnicas, rotinas tudo o que seja protocolos [Enf A01].

Outro aspecto que referiram é o facto de olharem para profissionais que já possuem algum tempo de serviço, e rotulá-los como experientes, não fazendo uma integração tão estruturada.

Não sei se é por eles pensarem que por virmos de outros serviços/hospitais não precisamos [Enf C57].

Podemos completar esta opinião com os dados colhidos através da análise do questionário que em relação ao *tipo de integração disponibilizada* (Pii4¹⁵), os atores referem ter sido integrados pela equipa ou que tiveram uma integração mista e consideram insuficiente o acompanhamento disponibilizado pelo supervisor clínico (SC) ($\chi^2 = 34,210$, $p > 0,005$).

Hoje, quando integram outros profissionais, sentem que o mesmo acontece, por não existir um plano definido para esta prática.

Quando entrevistamos os colegas que estão no hospital desde a sua abertura, a maioria referiu que a integração ou foi inexistente ou difícil. Mais uma vez reforçaram o papel da equipa, mas o sentimento de confusão foi descrito como forma de retratar a dificuldade que era integrar alguém, mesmo reconhecendo essa necessidade para com os colegas recém-formados, ou com os colegas que chegavam de Espanha, também eles recém-formados.

Não havia tempo para integrar ninguém, nós estávamos todos desintegrados [Enf B21].

Reconheço que foi um bocado difícil [Enf B25].

¹⁵ Pii4 – Significa questão 4 da parte (P) dois (ii)

Apesar da maioria considerar que não teve uma integração devida, ou mesmo inexistente, consideram o papel da equipa fundamental, ou seja, é a ajuda que os colegas dão, que fazem superar todas as dificuldades que advêm de um momento de integração que forçosamente existe.

Todos aprendemos de todos, e todos aprendemos de que todos precisávamos de todos [Enf B25].

Cinco dos colegas entrevistados consideram que a integração foi boa ou suficiente.

Foi adequada aos conhecimentos e práticas que possuíam [Enf A10].

As pessoas põem os novos elementos à vontade [Enf C50, e Enf A10].

Uma das integrações foi descrita como *uma situação de estágio* (Enf C47), outra referiu que a *trataram com muito carinho*, e por isso tem *boas recordações* (Enf C40).

Os colegas que se encontram no hospital desde a abertura apresentam duas posições diferentes: uns, como já referimos anteriormente, consideram a equipa a principal responsável pela sua integração, outros, tomam outra posição, afirmando mesmo que não existiu qualquer tipo de integração

Quando abriu o hospital quase ninguém tinha experiência, não houve integração porque estávamos todos iguais [Enf B24].

Fui eu que me integrei a mim próprio [Enf A01].

Apesar da integração ser considerada como uma forma de supervisão pelos atores do estudo, esta não constitui um tipo de supervisão sob o nosso ponto de vista. Consideramos uma das funções que o supervisor tem no trabalho que desenvolve com as equipas que lidera.

Em relação aos tipos de supervisão procuramos encontrar junto dos enfermeiros representações acerca desta, e que significados lhes atribuem. Após a análise dos dados recolhidos, e com base na divisão de supervisão em quatro tipos, de Alarcão e Sá-Chaves (2000), que, de forma harmoniosa se encaixa nas diferentes perspetivas que apresentam do conceito, encontramos cinco tipos de supervisão caracterizadas no serviço (o quinto tipo foi acrescentado por nós devido às descrições que os atores nos apresentaram da supervisão a que eram sujeitos):

(a) Pedagógica - Os atores vêem a supervisão como uma forma de transmissão de conhecimentos, muitas vezes confundida com a orientação de alunos, e mais associada a esta prática.

(b) Profissional - A supervisão é vista, pelos atores, como a existência de um profissional mais experiente que observa (supervisiona) os restantes com o objetivo de ver o que não funciona bem, para melhorar. Pode funcionar, também, para reforçar positivamente o trabalho do outro. O supervisor é visto como responsável pela evolução profissional do outro, é observador e orientador.

(c) Curricular - A supervisão ajuda a acrescentar algo ao currículo. A constante formação a que o enfermeiro está sujeito na sua profissão enquanto profissional ativo, encontra na supervisão um porto de abrigo, isto é, a supervisão ajuda e ensina a trabalhar de outra maneira, a *coordenar o que é novo*. É uma supervisão que se faz a nível de conteúdos teóricos e práticos.

(d) Institucional - A supervisão exercida pelos chefes, por alguém superior, que supervisiona as práticas, de forma a *rentabilizar o melhor possível o serviço*.

(e) Para além destes quatro tipos, e pela ênfase que deram à avaliação como forma de supervisão, fica cada vez mais claro salientar esta estratégia do âmbito da supervisão para a desmistificar, principalmente numa altura em que a avaliação de desempenho é um procedimento mensal para os profissionais de um hospital EPE.

O tipo avaliativo também se encontra associado à avaliação, isto é, a supervisão implica avaliação pela associação que fazem aos alunos, num processo de formação em contexto clínico que termina numa avaliação final determinante da sua passagem de ano.

Com a intenção de se perceber melhor estes tipos de supervisão, observaram-se os conteúdos existentes nas relações supervisivas.

Os processos supervisivos são dinâmicas observadas no serviço, no entanto, não os podemos caracterizar através do modelo definido por Alarcão & Tavares (2007) (ciclo de supervisão), pela não existência das suas fases como as conhecemos na teoria.

Nas relações que se travam entre os enfermeiros de horário fixo e os restantes apenas conseguimos observar as duas fases intermédias do modelo - a observação propriamente dita, quando após ser pedida a ajuda eles vão ao encontro do colega, e observando o que faz ou ouvindo o pedido, passam para a fase de análise dos dados para a resolução do problema ou, simplesmente, para esclarecimento ou ajuda em alguma situação.

Não foi possível visualizar as fases extremas - o encontro pré-observação e pós-observação. Por norma, salvo nalgumas exceções, apenas as observamos com a enfermeira chefe, uma vez que os enfermeiros de horário fixo não observam o trabalho dos colegas, porque a eles também lhes é atribuída a responsabilidade de prestarem cuidados diretos aos clientes.

Mesmo quando não lhes é atribuído clientes, estes, antes de se dedicarem a tarefas de gestão de recursos materiais da ala, encarregam-se de ajudar os enfermeiros que têm ao seu cargo os clientes mais dependentes nos banhos e outras atitudes terapêuticas.

Já a enfermeira chefe, em determinados períodos do dia (apesar de não o fazer todos os dias), com maior frequência na altura das passagens de turno ou em “visitas” que faz ao serviço, observa o trabalho dos enfermeiros, para depois de “*analisar o que observou*” e, em conjunto com eles, refletir sobre o objeto de observação. Desta forma, vai conseguindo mudanças de comportamentos. Nestes momentos consegue-se observar a passagem de testemunho de “saberes” de alguém experiente para outros menos experientes.

Importa, contudo, diferenciar as atitudes dos enfermeiros de horário fixo por ala, visto a relação de supervisão que estabelecem com a restante equipa não ser igual em todas as alas.

Na ala A vemos uma atitude muito próxima da que apresentamos para a enfermeira chefe, com a diferença de que este é um acompanhamento quase diário. O à vontade que os enfermeiros têm em pedir ajuda, a forma como prestam atenção às reflexões sobre atitudes terapêuticas em prática no serviço, o pedido de parecer constante... e tudo o mais que se possa imaginar numa relação mista de amizade, admiração e confiança, leva-nos a considerar a importância que os próprios profissionais sentem na implementação de um novo modelo de supervisão, baseado no que temos vindo a dizer e não apenas na supervisão de “gestão”.

Decrescendo neste contacto e relação de segurança, temos a ala B e ala C, respetivamente, que por terem colegas não tão experientes e mais novos (opiniões que os enfermeiros foram exprimindo), não conseguem estabelecer uma relação tão próxima, levando-os a apoiarem-se mais na enfermeira chefe.

Os enfermeiros de horário fixo são mais solicitados para resolução de questões pontuais, onde eles mesmos apresentam dificuldade em resolver, por exemplo, como é a necessidade de resolução de um exame... Nestas duas alas detetamos a falta de formação em supervisão dos enfermeiros de

horário fixo, formação essa que poderia colmatar o facto de não serem tão experientes em termos de tempo de serviço.

A forma como os processos supervisivos interferem com as práticas pode ser percebida através da análise das relações que se travam. Torna-se importante perceber como é que a supervisão se relaciona com as práticas profissionais. Do estudo das respostas a esta questão identificam-se cinco aspetos que se descrevem de seguida.

Os processos supervisivos interferem ao nível da integração, como já referimos, pela necessidade de se adequar a prática aos procedimentos instituídos no hospital em questão. É ao nível da integração que mais se nota a necessidade de supervisão, e mesmo que esta prevaleça, não será tão presencial como no início.

O que se aprende na teoria e noutros hospitais nem sempre corresponde [Enf. A₀₁].

Outro aspecto mencionado foi o de que, pelo facto de saberem que são supervisionados fazem melhor o seu trabalho. Mesmo fazendo-o bem sabem que se algo não está perfeito há alguém que lhes dirá alguma coisa, de forma a melhorarem.

Esforçamo-nos mais, tentamos atingir um ideal [Enf. B₂₀].

Moderamos as práticas e marcamos as diretrizes e objetivos a atingir [Enf. A₀₁].

A supervisão auxilia ainda a reflexão-crítica. O facto de ter alguém a olhar para o que fazem, faz com que reflitam sobre as práticas que têm, e ao mesmo tempo, sejam críticos de forma a tentar corrigir os erros quando acontecem. Conduz à atualização de conhecimentos, já que um processo supervisivo *obriga* à atualização permanente dos conhecimentos para se poder transmitir correctamente, assim como para se poder ser crítico em relação às suas práticas.

Temos que ser críticos, e o que erramos tentar corrigir [Enf. A₀₁].

A supervisão é, por alguns, vista com uma interferência negativa nas práticas profissionais quando é feita inculcando medo, ou quando são vistos os erros e não são corrigidos. Pode, ainda, ter um efeito negativo nas práticas, se encarada pelo supervisado com uma postura de contradição. A supervisão contínua leva a uma uniformização das práticas profissionais, deixando a individualidade e autonomia de cada enfermeiro condicionada, segundo consideram alguns autores.

Alguns identificam a chefe como supervisora, e mesmo identificando a figura do supervisor não acham que a supervisão realizada tenha alguma interferência nas suas práticas. (pelo menos não têm consciência disso!).

A questão da supervisão clínica dos enfermeiros, como já referimos anteriormente, necessita de uma discussão rápida no seio dos órgãos competentes, para que se possa manter ou melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados à sociedade.

Esta necessidade encontra-se subjacente no modelo de supervisão preconizado por Proctor (1986, 2001), pois a autora enfatiza o facto de que é indispensável envolver um conjunto de pessoas além do supervisor e supervisionado nos processos de supervisão, dando o exemplo dos gestores e administrados, e até dos clientes que deverão ter uma opinião.

É óbvio que para que isto aconteça, é preciso que o conceito seja clarificado na nossa sociedade, para depois então evoluirmos todos no mesmo sentido. Essa clarificação tem sido realizada pela OE que desenvolve um modelo de desenvolvimento profissional que em breve exigirá práticas supervisivas. Como temos vindo a abordar, existe uma gama alargada de modelos que se têm vindo a agrupar, de forma a tornar mais perceptível e acessível a prática supervisiva.

A diversidade de modelos foi desenvolvida para atender as necessidades dos diversos grupos de trabalho que coexistem nas diferentes instituições, tais como Faugier e Butterworth (1994), Hawkins e Shohet (1989), Page e Wosket (1994), Proctor (1988) e os modelos reflexivos de Van Manen (1995). Enquanto os modelos variam, tendem a abranger os aspetos profissional e pessoal de apoio, e a função de garantia da qualidade e da educação. Isto segue o modelo de supervisão de Proctor (1988), que compreende o que ela chama de reparação, e elementos normativos e formativos, que se espelhou no trabalho anterior de Kadushin (1976), que denominou esses elementos de apoio, educação e gestão.

Embora a melhoria da qualidade na prestação de cuidados tenha sido apontada por nós como a finalidade da SCE, Proctor (1986) descreve benefícios para cada profissional, que estão implícitos nas funções da supervisão como, por exemplo: na ação formativa, pelo processo de formação e desenvolvimento de competências através da reflexão e exploração do trabalho realizado ou a realizar; na função normativa, através dos elementos administrativos e de controlo de qualidade da prática profissional, assegurando-se de que os padrões profissionais, os papéis do profissional e da

organização são convergentes; e, por fim, na função restauradora, pela ajuda de suporte profissional aos enfermeiros que trabalham em constante pressão e *stress*, através da atenção às suas necessidades emocionais, tendo em conta que o trabalho com os clientes afeta os enfermeiros, pelo que importa lidar com os estados emocionais de forma construtiva.

Estas ações estão implícitas no trabalho dos enfermeiros de horário fixo e da própria enfermeira chefe, contudo, pela acumulação de funções (já referido anteriormente), nenhum deles é capaz de desempenhar nenhuma das três funções em pleno, verificando-se mais o exercício das funções normativa e restauradora.

Neste serviço podemos apontar três dificuldades para a operacionalização da SCE: a falta de pessoal treinado, a falta de estrutura de supervisão e a mobilidade média de profissionais que conduz a um aumento da carga de trabalho, corroborando com as ideias partilhadas de Thomas e Reid (1995).

Em relação à formação, há enfermeiros que possuem alguma, mas dirigida fundamentalmente para o acompanhamento de alunos (*mentorship*); a mobilidade encontrada justifica-se pela existência de enfermeiros estrangeiros que procuram empregos mais perto de casa e, também, uma equipa jovem que na altura de constituir família apresenta ausências por licenças de maternidade, muda de morada e procura empregos mais perto dos maridos (ou esposas); por fim, a falta de estrutura de supervisão é um trabalho que se encontra a ser desenvolvido pela OE, sendo uma meta desde 2010, como referem no plano para esse ano (OE, 2010:8), sendo atualmente uma exigência no acolhimento e acompanhamento dos alunos a existência de profissionais qualificados.

Existem, na literatura, estudos que apontam razões para a não operacionalização da SCE, porém, estas dificuldades parecem-nos ser aquelas que melhor se enquadram nesta realidade.

Apesar da maioria dos estudos apontarem as dificuldades existentes na implementação deste processo, damos exemplo de um que realça os aspetos positivos da experiência que a supervisão clínica trouxe para a prática de enfermagem dos profissionais que dela beneficiaram.

Resumidamente, o estudo foi realizado a um conjunto de cinco enfermeiros especialistas, que em reuniões semanais (durante doze semanas) discutiam a sua prática profissional, mediadas por um supervisor. Na aplicação de um questionário, após estas reuniões, estas identificaram doze fatores

relacionados com a supervisão a que foram sujeitas. Desse doze destacaram-se a aprendizagem em equipa, o relacionamento familiar, a coesão do grupo, e a auto-reflexão.

Conclui-se com este trabalho e com a identificação dos fatores benéficos da supervisão, que a discussão em grupo (reuniões de equipa) pode ajudar os enfermeiros a encontrarem estratégias para planear e regular as suas interações próprias e com os outros. A SC é uma forma efetiva de se explorarem assuntos de interesse profissional e permite aos enfermeiros aprender com os outros e reconhecer e identificar as diferentes formas de trabalhar, respeitando-as, oferece suporte, e possibilita um ambiente de trabalho mais calmo (Jones, 2003).

As organizações portuguesas têm sido pragmáticas na adoção da SCE e, por isso, têm adiado a formação dos supervisores e a implementação da supervisão das práticas. Em breve, teremos de aceitar a SCE, estruturada e organizada, dentro dos serviços, pois dela dependerá o novo MDP. No entanto, estamos conscientes de que, independentemente do modelo adotado, as definições do conceito deixam ao critério do supervisor e do supervisando a escolha da relação que querem estabelecer, desde que a finalidade desse encontro permanente seja a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos clientes.

8.3. Processo de acompanhamento dos alunos

*Dar o exemplo não é a melhor maneira de influenciar os outros.
É a única.*
(Albert Schweitzer)

A formação de profissionais de enfermagem requer um ensino de qualidade, que lhe confira competência na realização de atividades assistenciais, gerências, de ensino e investigação.

Desta forma o ensino clínico assume uma grande importância para a formação profissional, e por isso, devem-se planejar e realizar atividades organizadas, sistematizadas e efetivas, sendo que a ação do supervisor no estágio (um processo pedagógico de formação profissional) deverá ser dirigida para a criação de um elo entre a formação teórico-científica e a realidade do meio, fazendo com que o estudante estabeleça correlações entre o referencial teórico e as situações do cotidiano.

O acompanhamento dos alunos no serviço encontra-se melhor organizado e estruturado que a supervisão dos enfermeiros. Consegue-se observar a existência de uma preocupação efetiva na realização de um acompanhamento dirigido às necessidades de cada futuro enfermeiro, de cada escola, com consciência e formação.

A maioria das escolas que planeiam os seus estágios neste serviço possui uma parceria com o hospital, no sentido de serem duas entidades a trabalhar para um mesmo fim (a formação do futuro enfermeiro). As vantagens que advêm deste processo mostram, desde logo, a mais-valia desta parceira assim como o seu sucesso.

A escola consegue um campo de estágio com a qualidade desejada – enfermeiros com formação no acompanhamento de alunos; por sua vez o hospital consegue que os seus enfermeiros sejam formados no sentido de acompanhar alunos, e que esses sejam bem acompanhados no serviço acabando a maior parte deles por fazer a sua integração nos serviços, ficando, após o término do estágio e curso, a exercer funções no hospital e o período de integração é, na maior parte das vezes, suprimido. O aluno, por sua vez, consegue um ensino de qualidade.

O ensino de enfermagem no país passou por várias fases de desenvolvimento e estruturação ao longo dos anos, sendo reflexo do contexto histórico da enfermagem e da sociedade portuguesa.

Consequentemente, o processo e o mercado de trabalho dos enfermeiros apresentam significativas mudanças decorrentes das transformações no quadro político-económico-social da educação e da saúde em Portugal e no Mundo.

Houve necessidade de mudanças no ensino de enfermagem, de acordo com as exigências encontradas em cada época. Nestes últimos tempos, o acompanhamento dos alunos em estágio tem sido feito já com formação dada aos profissionais do terreno.

Neste processo de acompanhamento observou-se que o questionamento e a reflexão eram as palavras de ordem. Com esta dinâmica conseguia-se favorecer reais transformações, já que os estudantes eram vistos como sujeitos sociais responsáveis pela sua intervenção.

Os enfermeiros planeavam com cada aluno o trajecto a percorrer, mostrando-lhes que o tutor não é aquele que reproduz sermões prontos e acabados, mas aquele que desperta para a consciência, motiva para a existência, que a formação é algo dinâmico, uma troca, um diálogo, onde todo o saber é relativo, portanto, todos estão sujeitos ao processo.

O questionamento constante acompanhado pela reflexão antes, durante e após a ação, são os materiais utilizados pelos enfermeiros tutores no acompanhamento dos alunos, transmitindo-lhes assim a ideia de que devem construir e reconstruir, para mudar; e, não se devem limitar à adaptação, mas, deverão sim tentar transformar a realidade.

Todo este trabalho com os alunos é previamente planeado e preparado, como observamos nas reuniões com os docentes das diferentes escolas, quer numa primeira fase com a enfermeira chefe, quer depois com os próprios enfermeiros tutores, e até com reuniões conjuntas.

Observou-se uma tentativa de se uniformizarem abordagens e de se minimizar a dicotomia entre a escola e o contexto da prática através de formação específica na área da supervisão para os enfermeiros cooperantes nestes processos formativos. Pois, não só é fundamental o tipo de relação interpessoal que é estabelecido entre todos os intervenientes no processo, e a uniformização de conceitos, como começa diretamente a interferir neste contexto a competitividade entre estudantes.

Não nos podemos esquecer que temos estudantes à nossa frente que trabalham para uma nota que hoje poderá ser o que lhes dará um lugar no mercado de trabalho.

A utilização deste tipo de padrão de acompanhamento clínico prevê o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais a partir da dialética teoria/ prática. O estudante desempenha, neste contexto, um papel central e ativo no seu desenvolvimento e na sua aprendizagem, sendo o tutor aquele que o ajuda através da procura de significados, para as suas actuações.

A centralidade não está na avaliação, mas sim no processo desenvolvido durante o percurso formativo. Claro que a avaliação é um momento importante e, por isso não o queremos desvalorizar.

A prática reflexiva sistemática, naquilo que perspectiva Schön, como sendo o conhecimento na ação, a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão na e sobre a ação, revelam-nos, sem dúvida a importância do contexto da prática para o desenvolvimento profissional do enfermeiro.

No contexto da prestação de cuidados e dos períodos de ensino clínico que o estudante de enfermagem realiza ao longo do seu percurso de formação, dá-se início a um processo de maturação individual que, quando trabalhado num contexto reflexivo, pode auxiliar o estudante a desenvolver competências para o questionamento da sua própria prática, no sentido em que também, enquanto enfermeiro, deverá questionar diariamente a sua intervenção e ter flexibilidade e humildade para reconhecer as suas oportunidades de melhoria e de crescimento.

Porém, ainda há aspetos que deverão ser trabalhados, e isso poderá passar pela discussão em grupo e pela mais e melhor formação.

Quando questionados sobre o modo de avaliação do processo de acompanhamento de alunos (*mentorship*) do serviço, os enfermeiros deram duas visões distintas. A maioria considerou que tem uma dinâmica negativa. Apontam como aspetos importantes a melhorar a (Não) presença do docente da escola, e a comunicação insuficiente entre a escola e a instituição hospitalar.

Os tutores, na maior parte das vezes por condicionantes do trabalho, e isto porque o enfermeiro responsável pelo aluno nem sempre está dispensado da sua responsabilidade de enfermeiro “titular” no serviço (é de referir que neste serviço já se vêem enfermeiros a orientar alunos nas horas extra-horário), nem sempre presta atenção a pormenores que se prendem com as relações interpessoais. Por exemplo, uma situação de desequilíbrio emocional mais acentuada, associada a uma

competitividade desleal não compreendida, pode colocar em causa o desenvolvimento do processo formativo, com reflexões silenciosas da prática que não chegam a quem tem a responsabilidade de encerrar o processo.

É fundamental o processo relacional que se desenvolve entre quem supervisiona e quem é supervisionado. É fundamental promover a socialização de quem vai entrar, e isso não é só ser simpático, mas também é importante ser-se empático - acompanhar e orientar o processo. E este aspecto está presente naqueles que consegui observar nos seus processos de acompanhamento de alunos.

Os profissionais do serviço apontam como outro fator a investir a sua formação.

Eu acho que era preciso um orientador no serviço, uma presença física do orientador no serviço... [Enf. C57 17].

E eu acho que, pessoalmente, deviam ter um professor sempre com eles. Porque eles aprendem uma coisa na escola e todos os serviços no hospital, cada serviço tem a sua forma de trabalhar completamente diferente, completamente distinta [Enf. C54 22].

Havia pouca ligação entre os enfermeiros do serviço responsáveis pela orientação e o professor (enfermeiro orientador da escola), principalmente nos alunos no meu serviço e a escola [Enf. C50 26].

Não temos o *feedback* das escolas do que é que eles querem realmente (...) não há *feedback* do que é para melhorar, e aqueles relatórios que escrevemos são meras frases soltas que vão [Enf. B21 12].

Realmente acho que o problema é uma falta de comunicação entre a escola e aqui, se calhar porque são dois sítios diferentes, na escola são universitários... Há um problema de comunicação [Enf. B24 17]

Agora em termos de competências que se calhar seriam necessárias para os acompanhar se calhar falham algumas. (...) Se calhar havia de haver algo mais concreto de formação para os formadores. Haver formação para os formadores, para os que acompanham os alunos... [Enf. D39 20].

Nem todos os alunos passam pela mesma experiência, cada um tem a sua vivência, o seu cliente para prestar cuidados, enfim, têm situações diversas e distintas, pois estão aprender e a lidar com seres humanos.

É, portanto, necessária a preparação e formação do docente e do enfermeiro tutor, para conduzirem melhor os alunos de forma a atingirem os objetivos a que se propuseram, pois apesar das diversas situações que cada um vivencia, é importante que o enfermeiro acompanhe e gira todo o processo.

O processo de acompanhamento tem fases que se conseguem distinguir, apesar não se poder definir rigorosamente onde começam e onde terminam.

É óbvio que o processo começa antes das reuniões docentes - enfermeira chefe/enfermeiros tutores, porém, a reunião foi a primeira fase que se conseguiu observar.

Nestas reuniões são discutidos objetivos gerais de estágio propostos pela escola, onde os enfermeiros analisam os viáveis (e à partida serão quase todos), falam sobre o serviço e aquilo que podem “dar” ao aluno... enfim, fazem um primeiro planeamento do ensino clínico.

Depois destas temos a recepção do aluno ao serviço e a sua integração. A integração é o momento mais importante de todo o ensino clínico, porque é quando estão integrados na equipa de enfermagem e nas atividades do serviço que os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a “enfermagem prática” e a maneira de facilitar a inserção futura no mundo do trabalho.

A concepção do processo relacional que é estabelecido entre quem orienta e quem é orientado, independentemente do estilo de acompanhamento adotado, torna-se central. A supervisão e a atitude supervisiva, pressupõem um instável equilíbrio no exercício da consciência informada, da reflexão crítica e da amizade consentida, entre quem supervisiona e quem é supervisionado.

É por terem consciência disto, que os enfermeiros tutores se empenham em tornar o primeiro contacto positivo, em que se consiga iniciar uma relação de empatia, um processo relacional capaz de suportar uma formação dirigida para a mudança pessoal, profissional e social de quem é supervisionado e de quem supervisiona.

Após estes dois momentos marcantes, observamos a integração progressiva das atividades desenvolvidas pelos alunos no serviço. Os tutores desenvolviam o seu acompanhamento no sentido de facilitar e incentivar uma leitura da realidade, promover a integração na vida profissional e desenvolver o processo de avaliação.

Os alunos, por sua vez, desenvolviam uma leitura compreensiva da realidade (ainda que uns melhor e mais rapidamente que outros), e iam-se integrando progressivamente nas atividades, desenvolvendo competências e processos de autoavaliação.

Os alunos conseguiram mostrar que aprender é ousar percorrer novos caminhos, com a finalidade de promover a vida. Apesar dos medos, receios e ansiedade que pintavam os seus dias, o quadro iam tomando forma, até ao último dia em que se conseguia ver a obra que tinham conseguido criar com os objetivos que traçaram.

Nesta fase, que poderá envolver várias etapas, a discussão dos objetivos específicos do estágio é um momento que os tutores fazem questão de ter presente com os alunos, pela importância que todos percebem ter.

Os enfermeiros mostram com esta atitude (ainda que nalguns se note que se encontra automatizada, ou seja, fazem-na porque aprenderam assim ou porque os outros a fazem) que neste processo não podem ser modelos, mas sim veículos da reflexão e do questionamento, actuando como promotores de uma pedagogia centrada no aluno e condescendente à sua automatização.

Os modelos são cada vez mais colocados em causa, principalmente quando se observam tutores cada vez mais jovens, enfermeiros com cada vez menos anos de experiência. Este facto dá ênfase à máxima de que num processo de tutoria aprendem todas as partes intervenientes e não apenas o aluno.

A avaliação é, também ela, uma fase importante. Mas ao contrário do que os alunos parecem entender, esta não marca o final do ensino clínico, acompanha-o sempre.

É através da reflexão constante, que os tutores fazem, que se consegue observar as mudanças de comportamentos para com os alunos, no sentido de os ajudar melhor na orientação do seu percurso.

Apesar dos enfermeiros parecerem entender isto, o momento da reunião docente – enfermeiro tutor e aluno (por vezes a enfermeira chefe também participa), é um momento que marca, quer o aluno que está a ser avaliado, quer o enfermeiro tutor que avalia.

Não tivemos oportunidade de participar diretamente nessas reuniões, por opção visto ser um momento marcante para o aluno e o nosso objeto de observação não ser esse, no entanto, acompanhamos os momentos antecedentes e os que sucederam e aquilo que mais se observava nas diferentes partes, era o nervosismo. Estes momentos continuam a ser momentos de tensão.

O acompanhamento dado pelos enfermeiros aos alunos é parte de um processo de formação a que o futuro profissional de saúde está sujeito. Faz sentido que um dos conteúdos dessa relação seja a própria formação.

Existem diversos modelos que são estudados e discutidos por autores que se dedicam ao ensino, formação e educação. Em contexto clínico, podem observar-se todos eles, visto terem os enfermeiros diferentes experiências com a sua própria formação.

Apoiando-nos na literatura, podemos agrupar os modelos de formação, essencialmente, em três tipos: modelos centrados no *saber disciplinar* e, portanto, no conteúdo; modelos cuja tónica incide no *desenvolvimento do formando*, enquanto agente de formação, numa dialética formador/formando; e, finalmente, modelos que se centram na reflexão sobre a prática pedagógica e na *metapraxis* (Viveiros, 2000).

Neste último, a tónica da formação está na reflexão e o desenvolvimento da prática reflexiva e do conhecimento emergente da própria ação são para a enfermagem condição *sine qua non*. Desta forma, os processos formativos começam a estar cada vez mais dirigidos para a reflexão.

Durante a nossa observação verificamos, por um lado, que os alunos são como que obrigados a refletir pelo questionamento constante a que estão sujeitos, no entanto, por outro, poucos são os momentos em que se viu o tutor e aluno a discutirem procedimentos (défice na reflexão conjunta).

Na observação que fiz hoje pelo serviço apercebi-me dum momento em que uma aluna pedia à sua tutora ajuda na correção e reflexão do processo de enfermagem que tinha elaborado para o cliente que assistia. Momentos como estes são pouco frequentes, pois os tutores parecem dar mais importância ao trabalho do dia-a-dia, talvez por terem pouco tempo para poderem refletir sobre a prática com os alunos. O questionamento existe e é uma constante em relação aos procedimentos técnicos, em detrimento da reflexão sobre os procedimentos de enfermagem definidos no processo [19º Dia de Observação].

Os procedimentos eram discutidos com os enfermeiros, apenas, quando os alunos, por vontade própria, pediam aos tutores para verem os seus planos de cuidados e darem a sua opinião, porque quem os ia corrigir eram os docentes. Claro que durante e após a ação, havia muitas vezes alguma coisa a dizer, mas não com a profundidade que se conseguia observar nestes momentos de “correção”.

Antes de qualquer procedimento, os enfermeiros tutores questionavam sempre o que os alunos iam fazer e porquê. Conforme a resposta dada avançava-se ou esclareciam-se dúvidas.

O exemplo mais observado era o da administração da medicação. Antes de ser preparada eram questionados: que medicação, para qual cliente, cuidados a ter, efeitos secundários mais relevantes e porquê do cliente estar a fazer aquela medicação. Depois eram supervisionados a prepará-la e a administrá-la.

Com este tipo de atitude os enfermeiros pretendiam que os alunos fossem capazes de construir um pensamento e uma ação a partir de cenários e contextos que demonstram o relativismo como algo constante, e que obriga à construção de posicionamentos próprios, aquilo que constantemente ouvimos: *“Eu faço assim, mas depois tu fazes como achas mais correcto, ou melhor, ou...”*.

O que os enfermeiros querem dizer é que cada um deve adotar o seu “estilo próprio”, não é que façam algo de errado ou prestem maus cuidados, mas dentro das normas, protocolos e regras de boas práticas cada um pode e deve marcar a sua posição, para ser livre para a tomada de decisão.

A atitude reflexiva, que na maioria das vezes tivemos oportunidade de observar no campo, não poderá ser assumida como um modelo reflexivo. Aquilo que se observou neste serviço foi uma supervisão assente num conjunto de modelos que se vão misturando.

Houve momentos em que claramente se observou o tutor como o mestre, o detentor do saber, aquele que tem ou é visto como tendo as respostas certas, fazendo com que os formandos tenham que cumprir as normas e aplicar as técnicas por eles sugeridas.

Este modelo tem como pressuposto o desenvolvimento de competências profissionais a partir da reflexão constante entre teoria e prática, reflexão esta que tem como referentes significativos a prática educativa e as concepções teóricas que lhe estão subjacentes.

Apesar da supervisão clínica e a tutoria terem vindo a ser alvo de inúmeros estudos nesta última década, os tutores e os supervisores clínicos sentiram necessidade de criar um documento, onde abordassem os fatores influenciadores do desenvolvimento de competências nos supervisandos e alunos.

Então, num estudo realizado a um grupo de enfermeiros supervisores (*focus group*) através da aplicação de entrevistas, conclui-se que existem três níveis importantes a que se deve atender para o desenvolvimento de competências nos estudantes sujeitos a supervisão: (a) o nível didático (que inclui: a integração da teoria com a prática, a reflexão sobre situações clínicas, a clarificação dos

objetivos da supervisão e o desenvolvimento do aluno), (b) o nível dos papéis desempenhados (que inclui: a diferenciação dos papéis desempenhados pelo aluno e pelo supervisor, a clarificação dos sentimentos de segurança e a sensibilização em termos de supervisão, esclarecer o significado de desempenhar um papel modelo) e (c) o nível da estrutura organizacional (que inclui: a compreensão das expectativas pré-existentes para o campo clínico e no ensino de enfermagem) (Landmark *et al*, 2003).

Este estudo permite-nos retirar dados para o desenvolvimento de um curso de pós-graduação mais sustentado nas experiências pessoais de quem pratica este tipo de acompanhamento de práticas clínicas. Supervisores competentes apresentam melhores condições para promover um suporte mais efectivo aos alunos, ajudando-os na construção de pontes entre a teoria e a prática.

No contexto formativo da prática, os alunos tornam-se capazes de lidar com a incerteza das situações que se lhes deparam, durante a realidade clínica, e concebem a figura do supervisor como alguém que os ajuda no seu desenvolvimento profissional e pessoal, através da procura de significado para as suas atitudes e opções, ajudando-os a identificar os problemas, a planificar as estratégias de resolução dos mesmos, numa parceria que enquadra os saberes do formando e do formador, mas também as dúvidas e incertezas de um e de outro.

Nestes contextos cada vez mais economicistas, em que as nossas instituições de saúde se estão a transformar, o desafio está na melhoria do capital intelectual individual e coletivo, ou seja, a melhoria do desempenho nas estratégias de gestão, e da competência supervisiva como dimensão fundamental e reguladora dos processos formativos.

9. DIMENSÕES FORMATIVAS DA(S) PRÁTICA(S)

A formação em contexto de trabalho é uma questão importantíssima... É hoje reconhecido que a rapidez na mudança e adaptação dos processos organizacionais depende das competências e da qualificação dos colaboradores e dos mecanismos encontrados por estes pelas organizações para integrarem e fazerem convergir o “*capital intelectual*” e o conhecimento organizacional disponíveis.

No entanto, é também sabido que o baixo nível de qualificações dos activos constitui um forte obstáculo, tanto à adesão à introdução de inovações, como à melhoria da produtividade e da própria mudança e flexibilidade organizacional exigidas pela competitividade à escala global. Neste contexto, será indispensável dar atenção à formação dos profissionais em contexto de trabalho e ao longo da vida.

Por outro lado e simultaneamente, há que cada vez mais permitir às pessoas gerir os seus próprios *portfolios* de vida-trabalho-formação, o que implica incentivar uma nova cultura de autonomia e responsabilização das pessoas (*empowerment*), que deve ter também implicações a nível das modalidades de acesso individual à formação e do co-financiamento da sua participação em ações de formação ao longo da vida.

É neste contexto diversificado que se perspetiva a formação ao longo da vida, e em particular em contexto de trabalho, que deve ser entendida, não só como uma modalidade formativa, mas também como uma estratégia que permite uma maior adequação das soluções formativas às necessidades dos hospitais, nomeadamente, à urgência e celeridade na integração de inovações e mudanças nos processos organizacionais, como é o caso da gestão pela qualidade baseada num modelo próprio.

Assim, a formação em contexto de trabalho – a incorporação da formação nos próprios processos de trabalho - e o reforço da iniciativa individual para a aprendizagem devem ser assumidos como um investimento deste processo, para mais tarde colher os benefícios da acreditação.

Neste capítulo abordamos as dimensões formativas da prática de enfermagem numa instituição que implementa um modelo de gestão de qualidade a fim de obter a acreditação.

Começamos por caracterizar as modalidades de formação presentes neste contexto de trabalho, para de seguida avaliar a capacidade das práticas. Por fim, relacionamos a supervisão e a qualidade com os processos formativos.

9.1. Modalidades de formação em contexto de trabalho

*Diz-me, e eu esquecerei;
ensina-me e eu lembrar-me-ei;
envolve-me, e eu aprenderei.*
(Autor desconhecido)

Para que uma instituição hospitalar supere as suas expectativas de crescimento e produtividade, resultado da valorização do ser humano, na procura pelo certificado de acreditação hospitalar torna-se necessária uma orientação e formação dos profissionais envolvidos, promovendo e possibilitando cursos internos e externos, e programas de educação contínua para os profissionais e atividades de gestão.

O enfermeiro tem sido responsável por coordenar muitas atividades assistenciais, organizando o ambiente, exercendo um trabalho coletivo que depende da coordenação de atividades que reúnem conhecimento e habilidades para alcançar os objetivos assistenciais desejáveis, em concordância com os da organização.

A formação dada aos profissionais de saúde poderá ser considerada o indicador mais importante na implementação de um sistema de gestão pela qualidade, no sentido de que desta derivará um melhor ou pior resultado.

As estratégias e modos de *formação* utilizados distribuem-se por diferentes modalidades, mas acima de tudo distanciam-se da mera transmissão de conhecimentos, escolarizada, escolarizante (Abreu, 1994) e desfasada da realidade.

Os atores percecionam o conceito de formação como uma estrutura dinâmica (Malglaiive, 1995, 1997), muito associada à produção e desenvolvimento de competências, mas igualmente marcada pela necessidade de dar resposta aos requisitos do contexto, numa situação de trabalho em constante evolução.

Alguns, por não conseguirem numa expressão dizer o que entendem por formação, definem os tipos de formação que conhecem e com a qual contactam no seu desempenho profissional:

formação no serviço (diária) e formação em serviço (formação em sala). De uma maneira geral todos associam formação a aprendizagem.

Conjunto de pesquisas e atitudes que se adquirem em benefício próprio numa determinada área [Enf C50 33].

Aprender coisas novas, desenvolver novas capacidades [(Enf C54 33) (Enf C25 23) (Enf B21 16) (Enf A01 43) (Enf C47 29) (Enf D39 26) (Enf24 22)].

Aprendizagem que pode ser ou não forçada, direccionada para determinada necessidade [(Enf E60 34) (Enf C40 47)].

Enfermagem está diariamente a actualizar-se, em movimento [Enf A10 32].

O progressivo abandono do «índice» ou «ementa» de ações apela à conjugação e ao reforço mútuo de modalidades formativas tão diferentes como o desenvolvimento de projetos, os processos de ajuda mútua, as situações de autoformação, as formações em serviço, etc.

De seguida, sistematizamos as modalidades *tipo* privilegiadas no plano de formação de um serviço sujeito à implementação de um SGQ, e que foram alvo de análise.

A atividade assistencial incide nas observações *clínicas* de enfermeiros e outros profissionais de saúde, nos procedimentos técnicos e relacionais com o cliente e a família, na consulta e registo nos processos clínicos, nas passagens de turno, etc., numa constante interação e integração.

Reconhecendo que a educação/formação, devido à sua própria natureza, é um processo contínuo e dinâmico, que se inicia com o nascimento dos nossos sentidos e a receção de estímulos, percebe-se que esta envolva necessariamente uma grande variedade de métodos e fontes de aprendizagem.

Embora não tenha sido consensual para os enfermeiros definir formação, facilmente deram exemplos de momentos de formação que consideram importantes para o seu desenvolvimento profissional. Quando lhes foi pedido que o fizessem, identificaram quatro, em que dois são os ditos formais, e os restantes os ditos informais e não formais: (a) formações programadas em serviço; (b) cursos em sala de aula; (c) passagens de turno; e, (d) conversas Informais.

As formações ditas formais são geralmente referenciadas como um momento importante de formação. É compreensível este tipo de atenção dada, uma vez que é a formação mais convencional e a que mais facilmente permite controlar a informação a dar, devido ao planeamento prévio permitido.

No entanto, hoje, cada vez mais se começa a dar importância às formações informais e não formais, reconhecidas também por este grupo de atores, e onde os processos supervisionais poderão estar mais presentes e serem mais efetivos.

(...) Após esta breve introdução pedi-lhe que me falasse acerca das formações existentes no hospital. Começou por referir que existem dois tipos de formação: em sala e em serviço. “A formação em sala vai ao encontro das exigências do processo de acreditação e comporta os seguintes temas: Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida, Suporte Intermédio de Vida, Controle de Infecção e Riscos Profissionais.”

C – E quem dá essa formação?

ElementoTF83 – “Esta formação está sob a responsabilidade de profissionais certificados ou com competências para as dar, internos ou externos ao hospital. A formação em serviço, por sua vez, vai ao encontro das necessidades sentidas por cada serviço. Pode existir ainda outras formações que são propostas por determinados serviços, mas que são dirigidas a todo o hospital, e que fica sujeito a aprovação da administração.”

C – Como são divulgadas essas formações?

ElementoTF83 – “Normalmente são divulgadas via intranet, com convite afixado no serviço, por ficha informativa ou com o passa a palavra que também funciona muito bem (risos)”.

C – E como é feito o acolhimento e integração dos novos profissionais e /ou alunos?

ElementoTF83 – “Não há acolhimento quer para os alunos, quer para os profissionais. A integração dos alunos faz-se no serviço, segundo indicações da escola, do serviço e do próprio orientador. A integração dos enfermeiros recém chegados ao hospital faz-se conforme a especificidade deste e normalmente tem a durabilidade de uma semana a um mês [20º Dia de Observação].

Pela observação efetuada em campo, agrupamos os métodos de aprendizagem segundo as três categorias apresentadas no relatório mundial sobre a educação (2000:61), reconhecendo, tal como eles o fizeram, “*que existe uma sobreposição e um elevado nível de interação entre si*”: formação (a) informal, (b) formal e (c) não formal.

(a) Por formação informal entendemos *o verdadeiro processo de aprendizagem permanente, através do qual cada indivíduo adquire atitudes, valores, competências, capacidades e conhecimentos a partir da sua experiência diária e das influências e recursos educacionais constantes do seu ambiente* (UNESCO, 2000:62).

A participação e envolvimento na formação são notórios na equipa. Os enfermeiros utilizam diferentes estratégias aproveitando uma diversidade de recursos que se tornam complementares entre si, ao mesmo tempo que valorizam o potencial pedagógico do próprio contexto em que se inserem.

A complexidade e o criticismo dos clientes internados, um contexto de trabalho marcado pelas mudanças, pela insegurança, pelo imprevisto, pela constante adaptação a novas situações, onde pouco se conhece uma rotina, são as características mais evidentes deste contexto de trabalho.

As potencialidades formativas do contexto de trabalho incidem na gestão participada, em que a partilha de decisões e a procura sistemática por soluções para os problemas do quotidiano são geridos em equipa. A complexidade de muitas situações fortalece o relacionamento pessoal e as experiências que tiveram anteriormente servem de exemplo para a aprendizagem do grupo.

A palavra é um outro aspeto que sobressai. Olhando para a palavra como um fio de sons carregado pelos sentimentos e pensamentos de cada um, quando falamos, cada um de nós apresenta e dá a conhecer um bocadinho daquilo que é o seu conhecimento e cultura pessoais. Conversando, dialogamos, e dialogando, aprendemos. Vejamos do que os atores mais falam...

Após duas horas e meia de trabalho está na hora da equipa se organizar e dividir para fazerem a pausa da manhã. Aproveito e vou com o primeiro grupo tomar um café. Do serviço saímos e deslocamo-nos ao piso 3 onde se localiza um bar que é comum aos profissionais, clientes e familiares. Em estilo self-service levamos os tabuleiros para mesas altas onde de pé (para ser mais rápido) se come, bebe e conversa. Durante este pouco mas bem aproveitado tempo podemos ouvir: “A minha filha está a crescer tão depressa... aprendeu a ...”, “O cliente X da cama Y passou a noite bem, pode ser indicação de melhoria do seu estado de saúde, mas sabes parece-me triste!”, “Vi um póster de umas jornadas que se vão realizar em... sobre cateteres, vamo-nos inscrever?”. Os assuntos são variadíssimos, mas todos participam nas conversas e trocam ideias sobre a sua vida pessoal e as suas vivências no serviço(...) [37º Dia de Observação].

É na “hora do lanche” que este poder da palavra se mostra com uma força fenomenal. Nem mesmo na presença de alguém estranho ao serviço, que os observava, eles se acanhavam e deixavam de falar das mais variadíssimas experiências. Experiências estas que abrangiam todos os temas imaginários, que iam desde trabalho à vida pessoal. Aprendem uns com os outros a ultrapassar situações e o próprio diálogo ajuda a clarificar algumas dúvidas.

E, porque há sempre qualquer coisa para se dizer, porque viver é comunicar a cada instante, como agora, o simples convívio é um momento de formação riquíssimo, não necessariamente pelo seu potencial científico, mas pelo simples poder da comunicação no bem-estar do indivíduo. As relações interpessoais são fundamentais para a formação, existindo já teorias que sustentam a amizade como um objetivo da educação e para a educação. Mas sobre este aspeto desenvolveremos mais à frente um domínio.

(b) Por formação formal entendemos o *“sistema educativo” tradicional, hierarquicamente estruturado (...) incluindo os estudos académicos de carácter geral e toda a variedade de programas especializados para uma formação técnica e profissional* (UNESCO, 2000:62).

O serviço utiliza com frequência a formação em serviço. Este tipo de formação é planeada e organizada por uma responsável de uma das alas do serviço, que colhe junto dos colegas as necessidades de formação sentidas pela equipa. No cronograma do ano de 2005 foi privilegiada a componente técnica e o aprofundamento dos conhecimentos sobre as patologias. As que tivemos oportunidade de acompanhar foram sobre bronquiectasias, dor oncológica, doença de Addison...

Dentro deste indicador de formação, existe ainda a “formação em serviço” organizada e planeada pelo departamento de formação que, ainda a iniciar um projeto nesta instituição, já organiza algumas formações como o suporte básico de vida, entre outras, utilizadas particularmente para manter a atualização/reciclagem de conhecimentos e técnicas essenciais ao projeto de acreditação da qualidade do hospital.

Neste tipo de formação de carácter formal e organizado identificaram-se mais dois indicadores: as formações fora do serviço e os cursos em sala de aula. À primeira vista parecem semelhantes, e a diferença que traçamos baseia-se nos relatos que foram dados, visto não ter existido uma observação direta destes.

Por formação fora do serviço, entendeu-se todos os estágios, previamente planeados e organizados, noutros hospitais, funcionando a partilha e o intercâmbio de experiências que se consideram importantes. Os cursos em sala de aula são os cursos como a especialidade, mestrado ou outros que requerem um regresso à escola, às salas de aula.

De uma forma geral, e neste campo, os enfermeiros têm apostado muito na sua formação.

(c) Por formação não formal entendemos *qualquer atividade formativa organizada fora do sistema formal estabelecido* (UNESCO, 2000:62).

O contexto hospitalar apresenta certas especificidades no mundo do trabalho. Os hospitais congregam profissionais, saberes, tecnologias e infra-estrutura diversificados. A sua configuração técnica e social é própria, caracterizada por uma divisão de trabalho extremamente precisa, bem

como por diferentes modelos de ação profissional, sustentados nas competências, saberes e múltiplas estratégias dos profissionais.

O funcionamento hospitalar é rico em processos produtivos altamente integrados, que se caracterizam: (1) por processos decisórios cujos níveis de complexidade variam; (2) por uma certa instabilidade do sistema; e (3) pela necessidade de uma articulação eficiente e rápida de diferentes profissionais para garantir a qualidade dos serviços prestados.

A gestão da informação é um elemento importante na gestão do produto que se anseia fornecer ao cliente – prestação de cuidados com qualidade que conduzam à sua satisfação. O momento que se apresenta com maior relevância, nesta situação, é a passagem de turno, que ocorre três vezes ao dia.

Trata-se de um momento em que os enfermeiros que encerram o seu trabalho (re)passam aos colegas, com a ajuda dos registos, uma atualização das ações efetuadas no turno e as orientações de ações futuras. Essas informações são essenciais para a manutenção e continuidade do atendimento aos clientes e constituir-se-ão parâmetros orientadores para que o enfermeiro planeie as suas ações e estructure a sua estratégia operatória global para o turno que se inicia.

Os três turnos estabelecidos pela organização do trabalho ocorrem diariamente às oito, quinze e vinte e duas horas, respetivamente. Para operacionalizar a passagem de turno e prevenir disfuncionamentos, ocorre uma sobreposição de trinta minutos que são utilizados para essa troca de informação.

Um conjunto de procedimentos habituais caracteriza o "ritual" de passagem de turno entre os enfermeiros: i) os enfermeiros relatam as informações de cada cliente, seguindo a ordem sequencial de camas; ii) cada enfermeiro informa à nova equipa os clientes que ficaram sob sua responsabilidade, orientando-se pelos registos efetuados no processo clínico; iii) a informação fornecida por cada enfermeiro pode ser mais ou menos detalhada em função dos questionamentos dos colegas e da situação do cliente; iv) o relato informativo do enfermeiro sobre o cliente pode seguir (e na maior parte dos casos acontece) uma estrutura narrativa habitual: 1) número da cama e nome do cliente/doente; - condições gerais do cliente/doente (estado de consciência, intercorrências, ...); 2) intervenções e procedimentos clínicos realizados; 3) reações do cliente; 4) procedimentos previstos para a continuidade do tratamento deste; e) caso se trate de novo cliente

ou de algum que o enfermeiro não conheça, o relato é ampliado com informações relativas ao diagnóstico, às condições de admissão e ao planeamento dos cuidados necessários durante o período de internamento.

Apesar de não ser muito frequente o recurso às folhas de registo, a informação transmitida torna-se mais clara e compreensível, evitando repetições desnecessárias e /ou ausência de informação.

O espaço utilizado é o mesmo em todos os períodos; o contexto altera-se apenas com a disposição dos atores e as suas interações. As características deste espaço são as seguintes: quase no final do corredor, numa sala média, com uma mesa e várias cadeiras, um quadro e duas janelas, uma com vista para fora e outra com vista para a sala de trabalho. A porta fica sempre aberta para se poderem ouvir alarmes, visto que esta se localiza num sítio estratégico – a meio das enfermarias e quartos de isolamento. Não existem lugares rígidos para cada um se sentar. As auxiliares ficam, na hora da passagem, mais atentas aos telefones e às chamadas das campainhas, tentando resolver os assuntos mais acessíveis e só interrompendo a passagem caso se justifique.

A passagem de turno constitui uma situação com peso hierárquico significativo no trabalho dos enfermeiros, na medida que: i) tem um papel estratégico para dar continuidade ao tratamento dos clientes/doentes; ii) caracteriza-se por um conjunto de informações complexas em função da diversidade de dados a serem tratados (estado do cliente/doente, procedimentos, orientações, etc.) e da quantidade destes; e iii) depende da interação social do trabalho inter-equipas onde a comunicação deve ser estabelecida.

Nesse sentido, a passagem de turno obedece a regras de trabalho estritas, onde um erro pode comprometer a qualidade deste, a recuperação do cliente e, no limite, a sua própria vida.

O momento da passagem de turno não se circunscreve a uma simples reunião de enfermeiros em que se transmitem informações clínicas sobre os clientes; a utilização deste período assume diferentes perspetivas, em que a integração ao contexto das diferentes especialidades existentes dentro do serviço de medicina interna e a consequente aprendizagem de novas situações merecem destaque. Analisemos este momento de observação:

Já assisti a diferentes passagens de turno neste serviço, em diferentes horários, nas diferentes alas, mas hoje tive oportunidade de observar a enfermeira chefe a assistir e intervir. Os momentos que antecederam este procedimento foram de azáfama para os enfermeiros que ultimavam registos, ou terminavam a volta, em contraste os enfermeiros que chegam ao serviço e se mostram descontraídos e calmos.

Por fim, com todos na sala, deu-se início às trocas de informação. “Na cama um o senhor X... passou a manhã ...”, Na cama dois o senhor Y... passou a manhã...”... até que a enfermeira chefe interrompeu e questionou a equipa sobre um procedimento realizado, e durante cinco minutos não se falou de mais nada a não ser desse assunto: como se faz, as dúvidas, as dificuldades, as estratégias... [39º Dia de Observação].

Os finais de turno nem sempre são calmos; a postura descontraída de quem chega para iniciar o turno opõe-se à dos enfermeiros que em grande azáfama concluem procedimentos e registos do turno que estão a fechar.

O facto de o espaço se localizar num local estratégico, também justifica constantes interrupções, e pelo facto de lá se localizarem os processos clínicos dos clientes, o local é usado pelos médicos para as suas atividades.

A passagem de turno é utilizada para uma clarificação de toda a informação sobre os clientes internados, o que origina a definição ou redefinição de estratégias. Por vezes, quando a enfermeira chefe assiste à passagem de turno, interrompe o discurso dos enfermeiros, questionando-os sobre o que falam, de forma a clarificar algumas questões proporcionando momentos de reflexão.

Este momento permite aos enfermeiros um tempo de paragem para olhar, analisar, discutir e criticar a sua prática, o que segundo Hesbeen (2000) é condição essencial para que os enfermeiros desenvolvam as suas competências pessoais na prestação de cuidados.

A gestão do tempo das passagens de turno permite canalizar os atores para um momento não formal de aprendizagem, o que, segundo Descy e Tessaring (2001), confere competências únicas e continua a ser desvalorizado. A diversidade de contextos e de oportunidades de aprendizagem impõe o reconhecimento desta modalidade, numa maior articulação entre aprendizagens formais e não formais (Pires, 2002).

As passagens de turno, por vezes, também se transformam em momentos de negociação com a aferição de horários e/ou estratégias de gestão, como o número de enfermeiros por turno para determinada situação.

Estes são momentos de aquisição de conhecimento, distribuição, e interpretação de informações. Neles, podemos identificar a aprendizagem organizacional como a base desta formação. A este respeito, Argyris (1978) refere que a aprendizagem organizacional pode ser institucionalizada

através das rotinas, procedimentos, estruturas, sistemas de informação, artefactos organizacionais, elementos simbólicos, missão e estratégias.

Não estamos a falar de momentos em que sobressaem as aprendizagens individuais ou se produzem um somatório destas. Estamos a caracterizar um momento de reflexão em equipa que permite a construção de uma memória organizacional.

É no momento da passagem de turno que existe maior disponibilidade, quer de horário, quer emocional, para haver espaço para o questionamento. O questionamento, por vezes usado sem a intenção de promoção do pensamento crítico, é uma forma potencialmente favorável para isso, e muito importante na prática de enfermagem.

Estes momentos não objetivam a certificação de conhecimentos, mas quando promovidos pela enfermeira chefe e por alguns elementos mais antigos e experientes no serviço, têm por objetivo a condução à reflexão. Outros também o fazem, sem a consciência de que estão a promover no grupo um momento de formação de excelência.

A valorização do trabalho em equipa é um aspeto considerado por Vygotsky (1993) na sua teoria de aprendizagem. Os enfermeiros são desafiados a entender as conceções científicas e a tomar consciência dos seus próprios processos mentais, com vista a prestar um cuidado diferenciado e direcionado a cada indivíduo. Para isso, torna-se necessário interagir com os conhecimentos disponíveis, construir significados a partir das informações descontextualizadas, lidar com conceitos científicos hierarquicamente relacionados, possibilitando novas formas de pensamento, de inserção e de atuação no seu meio.

Também Felício Júnior (2002) enfatiza a ideia de que a aprendizagem em equipa é a perfeita união das aptidões coletivas com o pensamento e com a comunicação, permitindo aos grupos o desenvolvimento da inteligência e da capacidade maiores do que a soma dos talentos individuais.

Mas o questionamento é observado noutras alturas que transpõem a passagem de turno. Dois outros momentos em que esta ferramenta é utilizada é na "*Hora dos registos*" e na "*A volta*".

Estes foram selecionados como momentos de formação porque, tal como na passagem de turno, nestes, os enfermeiros reúnem-se, na maior parte das vezes, acompanhados por outros profissionais que, aproveitando este tempo, trocam informações e partilham experiências.

Curioso como as rotinas facilmente entram no quotidiano de uma profissão! Digo isto porque, após a hora de almoço e antes da conclusão dos registos existe aquilo que eles chamam de “A Volta”. Neste momento os enfermeiros acompanhados por uma auxiliar cada um, dirigem-se junto dos seus doentes e reposiciona-os e completam os cuidados inerentes a esta ação. Como é uma atividade tão usual quase é feita inconscientemente! Podem estar a realizar os registos, que os interrompem para darem “a volta” todos ao mesmo tempo [10º Dia de Observação].

Fomos almoçar e quando voltaram todos iniciaram “a volta”. “A volta” é o nome que atribuíram a uma rotina que executam várias vezes por dia, normalmente duas vezes por turno. Nesta volta vão a todas as enfermarias e reavaliam os cuidados aos doentes, reposicionando aqueles que assim o necessitem, registando-se diureses numa folha própria que se localiza numa mica colada na porta da entrada para o WC, acertam-se valores de oxigénio, fazem-se nebulizações entre outros cuidados, de forma a poderem fechar os registos de enfermagem para a passagem de turno que se segue. Nestes momentos muitas vezes questionam-se procedimentos nos diálogos que os profissionais estabelecem entre si. Foi curioso assistir a um diálogo travado entre uma auxiliar e uma enfermeira, quando a primeira colocava algumas questões relacionadas com a prática que os enfermeiros desenvolviam com um cliente.

O que me pareceu foi a existência de um momento de reflexão importante, pois foi exigido à enfermeira que parasse, pensasse, refletisse e respondesse. [13º Dia de Observação].

Aproveitei a manhã para acompanhar mais os colegas durante os cuidados que prestavam aos doentes. Verifiquei, então, que a preocupação com a privacidade destes é uma constante, assim como o diálogo e a relação de ajuda que é estabelecida. O retrato mais exato que posso descrever passou-se quando uma doente regressou ao serviço após se ter ausentado para a realização de um exame complementar de diagnóstico. Esta senhora vinha a chorar, e ninguém ficou indiferente, levantando-se da sala onde se encontrava a realizar registos, a enfermeira por ela responsável durante este turno que rapidamente a questionou acerca do que tinha acontecido, como tinha corrido o exame... tendo, inclusive contactado o médico de imediato para juntos verem o exame e conversarem com a senhora no sentido de a acalmar!

Pude observar ainda que se preocupavam com os cuidados que prestavam, quer os interdependentes como os independentes. Em relação aos interdependentes questionavam constantemente prescrições, realçando um exemplo de um doente que tinham chegado resultados de análises já observados pelo médico, cujo valor de potássio estava elevado, e mantinha como atitude terapêutica a administração de KCl.

Quando era tempo de se realizarem as alterações terapêuticas, muitas vezes a pressa é um indicador de erros, no entanto o que se verifica nesta ala é que quando não percebem a letra ou o que vem prescrito, mesmo que o colega do lado desse um palpite, como é de se esperar, tinham a preocupação de contactar pessoalmente ou telefonicamente o autor da prescrição para que esclarecesse o que pretendia. Assistia aos chamados, recentemente pela OE, cuidados seguros.

A “reunião” que se assiste diariamente aquando a realização de registos (“a hora dos registos”) é um momento de formação informal, pois é notório o aproveitamento que fazem do espaço e tempo para trocaram ideias acerca desta ou daquela medida e atitude terapêutica acerca de determinado doente que surge mais dúvida, é tempo para se falar de férias, como momento de descontração, ou para relembrar que vai haver uma formação acerca disto ou daquilo no serviço, ou fora, ou até que houve uma onde se discutiu isto ou aquilo...

Por vezes não assisto a discussões apenas entre enfermeiros, a maior parte das vezes percebo que os outros técnicos aproveitam estas horas para visitar os doentes com o intuito de conversarem com a equipa de enfermagem e aí colherem mais dados para os seus diagnósticos, e com eles elaborarem um plano terapêutico adequado.

Hoje falou-se de um assunto que muitas vezes é debatido nas reuniões da avaliação e acreditação da qualidade e que depreende com a obrigatoriedade das pessoas que estão no hospital andarem identificadas. Os recursos humanos começaram a distribuir por todo o pessoal funcionário do hospital um cartão de identificação novo, com fotografia. Para obter esse cartão basta que passem pelo serviço em questão e na hora tiram-lhe a fotografia e imprimem-no, sendo de imediato pendurado na farda [18º Dia de Observação].

Na “hora dos registos” observa-se um momento descontraído, em que os enfermeiros fazem registos das atividades que desenvolveram com os clientes/doentes até então, e aproveitam para reavaliar os planos traçados, de forma a dar resposta às necessidades individuais de cada cliente.

O espaço escolhido para este momento é o mesmo onde decorre a passagem de turno. No entanto, nesta hora do dia (normalmente às 11h, 17h e 23h30), médicos, auxiliares e, por vezes, outros técnicos aproveitam para se juntar ao grupo e aí falarem sobre atitudes terapêuticas, planos de trabalho, esclarecimento de dúvidas... mais uma vez a dita partilha de informação e experiências.

Por sua vez, no momento de “A volta”, nomenclatura adoptada da designação que eles próprios dão ao momento, antes da passagem de turno, em que se juntam para ir perto dos clientes e verificarem o seu estado, (re)posicionarem-nos, dar alguma medicação necessária, e verificar o seu bem-estar. Em grupo percorrem o serviço, discutindo processos, estados clínicos e ações planeadas que poderão ser melhoradas ou, já adequadas, poderão ser adotadas e partilhadas por outros enfermeiros.

9.2. Capacidade formativa das práticas

“É lento ensinar por teorias, mas breve e eficaz fazê-lo pelo exemplo.”
(Sêneca)

Os percursos de formação dos atores são distintos, dada a sua diversidade, pessoal, profissional e geográfica; no entanto, as escolhas, as opções pela profissão, apresentam muitos pontos de contacto, nomeadamente a nível das preocupações humanistas, sociais e relacionais.

Há um conjunto de razões e motivações que determinam a tomada de decisão para ser enfermeiro; no entanto, podemos identificar um denominador comum: a opção pelas áreas de saúde e das relações humanas.

Após a entrada no mercado de trabalho os objetivos para a sua formação não passam apenas pelos pessoais, mas pelos que a própria instituição exige. Por isso, existem um conjunto de incentivos e implicações que ajudam a motivar e apoiam a formação dos enfermeiros dentro da instituição.

No âmbito da atividade formativa, os objetivos estabelecidos para os enfermeiros referem-se à participação em cursos e /ou ações de formação, no sentido de promover, apoiar e incentivar a sua atualização ou aquisição de conhecimentos na área da medicina interna; e, desenvolver o aperfeiçoamento técnico-profissional, através da realização ou frequência de cursos ou ações de formação e atualização de relacionamentos com esta área.

Outro fator que promove a realização e frequência deste tipo de formações é o facto de, aquando da abertura de concursos para o quadro interno do hospital, um dos critérios estabelecidos que ajuda na pontuação e seleção dos candidatos é o número e as horas de formações que têm. Estas poderão ser externas ou internas.

Em relação às formações no serviço/hospital, as mesmas são sujeitas a um planeamento e, posterior execução. Por planeamento e execução da formação entendemos todo o processo que envolve a definição de áreas temáticas, modalidades e objetivos a atingir, previsão de

calendarização e posterior reunião de todos os recursos físicos e até humanos; todo este processo é colmatado no momento da concretização da reunião.

O conceito de organização qualificante provém das reflexões em torno da formação qualificante – uma formação que fornece competências profissionais susceptíveis de servir um conjunto variado de situações, e à qual estavam associados diplomas e remunerações elevadas.

O processo de formação implementado na instituição passa por este conceito de organização qualificante, no sentido em que tenta dotar os enfermeiros de competências que dêem resposta às exigências do contexto em que se inserem.

Segundo Terssac (1994) as organizações baseadas no princípio da qualificação dos seus atores assentam em três características básicas:

- São organizações em que se torna possível gerir a incerteza própria de sociedades em mutação, opondo-se por isso às organizações prescritivas como são as tayloristas que pressupõem a existência de ambientes estáveis;
- São organizações dominadas por sistemas de comunicação horizontal entre os diferentes serviços e os diferentes centros de decisão, por oposição às organizações dominadas por sistemas de comunicação vertical centrados num único pólo de decisão e de produção de valores;
- São organizações nas quais os seus membros dispõem de autonomia e de capacidade de iniciativa para tomar decisões relativas ao trabalho a realizar.

Uma organização qualificante valoriza o desenvolvimento de competências que colocam os trabalhadores no papel de atores fundamentais dos processos de mudança (Villevall, 1993) através da promoção da flexibilização do espaço organizacional (Iribarne, 1984).

Isto remete-nos para a complexidade que é a formação em contexto de trabalho. Porque implica, por um lado, o desenvolvimento de competências com referências empíricas ou saber em ação, por outro, a compreensão da formação como um processo de transformação de saberes, de comportamentos, levando, por isso mesmo, à perceção do coletivo de trabalho como espaço de crescimento e transformação pessoal, em que as representações devem ser partilhadas e refletidas em atitudes sobre a ação.

Neste contexto, aos profissionais “*solicita-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes; solicita-se a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a autoavaliação e a formulação de contributos para as ciências da enfermagem*” (Abreu, 2003:22).

Esta é uma instituição recente, com profissionais que vieram dos mais variados contextos de trabalho, outros mesmo iniciaram nesta, a atividade profissional. Neste primeiro momento de vida, o que se observou foi a tentativa de adaptar os profissionais ao contexto de trabalho e não o contrário. E por isso, um dos incentivos para a procura da formação era a procura de um vínculo contratual.

Nenhum planeamento dispensa um diagnóstico da situação, e este não é diferente, por isso, existe uma pessoa responsável, como já referimos, para traçar o diagnóstico dos problemas/défices de formação existentes no serviço.

Quanto ao tipo de formação, o grupo identifica dois: a não prescrita, ou seja aquela que é identificada pelo grupo, quer seja formais, informais ou não formais; e a prescrita, que é a proposta pela chefe

Normalmente somos nós, os elementos de cada serviço que damos os temas à chefe [Enf C54 35].

A chefe propõe-nos esses temas [Enf C54 35].

Na parte da tarde assisti à formação em serviço intitulada “Dor oncológica”. A sala tinha um número considerável de elementos a assistir, inclusive a enfermeira chefe, e apesar de ter tido uma durabilidade de cerca de quarenta minutos, teve a interação e participação de todos. São poucos os colegas que posso observar a tirar notas e apontamentos. Digo isto, porque existiram partes que foram informativas pois, pelas reações, verifiquei que não eram de conhecimento geral, mas que eram importantes para as práticas do dia-a-dia. As colegas que realizam parecem empolgadas na informação que transmitem e no diploma que recebem, tornando-se uma mais valia para o seu currículo, pelo menos nos concursos internos hospitalar que por vezes existem. Esta foi outra preocupação que pude observar... a de assinar a folha de presença, para obterem o diploma de participação.

Nesta sala onde decorre a formação existe um *placard* com um título: “Poster do mês”, onde se objetiva afixar mensalmente um trabalho realizado por um elemento do serviço como forma de motivar os profissionais à elaboração de trabalhos e participação com pósteres em congressos [18º Dia de Observação].

A formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos, de atitudes. Daí que é importante que sejam estes mesmos profissionais a enumerar as necessidades que têm em termos de formação. O facto de existir um mediador é sinónimo de existir alguém que organize essa mesma formação.

Esta enfermeira, juntamente com a equipa e a enfermeira chefe, seleccionava o tema da formação que era mais relevante para a altura e, após falar com os formadores, marcava o dia e promovia a sua realização, reunindo todos os recursos.

As temáticas apresentadas pelos enfermeiros são três: as práticas ligadas ao controlo de qualidade; as práticas de enfermagem; a associação a patologias.

Os indicadores de qualidade são e serão sempre temas alvos de formação contínua no seio dos profissionais de saúde. Os enfermeiros, como profissionais que contactam diretamente com os clientes, têm que ter presente as dinâmicas instituídas neste sentido. Os exemplos que dão são um retrato importante: prevenção e tratamento de úlceras de pressão, quedas, triagem de lixos, segurança...

Outra temática que deverá sempre acompanhar os enfermeiros, pela razão óbvia da profissão, é a dos assuntos ligados à sua prática. Quando se pretende melhorar os cuidados prestados temos que discutir o que fazemos.

Atualmente, uma temática que se pretende diminuir nas formações dos enfermeiros é a associação da sua prática aos diagnósticos médicos. Extinguir parece-nos difícil, mas passar ao lado pode ser possível. Apesar de trabalharmos em equipa (e por isso a extinção não é possível), podemos trabalhar no sentido da autonomia. Mesmo sendo esta uma pretensão, ainda não é uma realidade, daí que à formação dos enfermeiros ainda se associam as patologias.

No final de cada formação havia a avaliação da formação e dos atores intervenientes. Por avaliação entendemos todo o processo de procura e seleção de informação que, promovendo a compreensão de um determinado campo, permita tomar as decisões que conduzam, ou sejam susceptíveis de conduzir, à ambicionada melhoria, ou seja, ao aperfeiçoamento do objecto avaliado (Figari, 1996; Perrenoud, 1999; Alonso, 2002, entre outros). Neste caso, a avaliação permite extravasar este objetivo e alastra como componente do desempenho dos enfermeiros, como aspeto curricular que lhes poderá valer um vínculo contratual.

A avaliação dos atores implicados era feita pelos colegas presentes na formação, que preenchiam uma folha própria, previamente construída, obedecendo aos mesmos tipos de parâmetros para qualquer tipo de formação. Para além desta formalidade, a enfermeira chefe assistiu à quase totalidade das formações, o que lhe permitiu dar o seu parecer posteriormente na avaliação de

desempenho. Assim, também vai detetando o estilo de aprendizagem de cada um dos seus enfermeiros, para posteriormente trabalhar os aspetos individuais de cada um. A aprendizagem em equipa é um conceito importante a ter em conta como vimos anteriormente, no entanto é preciso respeitar a individualidade de cada membro da equipa para se poder alcançar a dita organização qualificante, hoje considerada uma estratégia importante para a empregabilidade (Lopes, 2000).

Em relação aos estilos de aprendizagem, Kolb (1997) afirma que cada indivíduo desenvolve um estilo de aprendizagem particular, dando prioridade a certas habilidades em detrimento de outras. Desta forma, apresenta-nos um modelo de representação do modo como pessoas aprendem, denominado 'modelo de aprendizagem vivencial'. Esse autor considera que as organizações desenvolvem estilos de aprendizagem semelhantes aos identificados para os indivíduos.

Kolb perspetiva a aprendizagem como um processo circular envolvendo diferentes atividades. O círculo emerge da adaptação e da perceção da informação. O círculo de aprendizagem de Kolb baseia-se na premissa de que interiorizamos o conhecimento através da experiência concreta ou da observação reflexiva, adaptando este conhecimento através da conceptualização abstrata ou da experimentação ativa.

O autor enfatiza que o melhor ensino ocorre, quando se desenvolvem cada uma das perceções e cada um dos métodos de adaptação do conhecimento. Embora se possam ter preferências próprias, deve tentar desenvolver-se as quatro abordagens, o que pode ter lugar durante a preparação das lições.

Ao reconhecerem a vertente formadora da experiência de trabalho, os enfermeiros dão a conhecer o seu estilo de aprendizagem, possibilitando ao seu supervisor um trabalho efetivo.

Outra autora faz referência ao contexto como uma dimensão influente na aprendizagem. Pain (1992), ao cruzar a teoria piagetiana com a teoria psicanalítica de Freud, defende que a aprendizagem se dá através de quatro dimensões, tal como já abordamos no capítulo três.

Em relação à primeira dimensão (a biológica) é algo intrínseco. A segunda (cognitiva) encontra-se fortemente associada à formação dos enfermeiros principalmente pela componente da experiência. A terceira (social) e a quarta (função do eu) relacionadas com a prática diária e o contexto em que se dão as experiências e a formação.

É importante referir que a avaliação da formação não fica pela que é realizada no papel. A sua verdadeira avaliação é observada nos momentos em que se vêem alterações de comportamentos e atitudes pela informação dada.

Do ponto de vista dos atores, a formação contínua a que são sujeitos tem benefícios, não só para eles, mas para a qualidade do serviço prestado ao cliente. A qualidade do serviço prestado ao cliente é o principal objetivo de todo o processo de acreditação, e é a melhoria da qualidade que eles reconhecem como sendo o benefício mais evidente da formação realizada no serviço.

Ao doente é-lhe prestado melhores cuidados [Enf C57 34].

Para atingir essa qualidade na prestação dos cuidados há inicialmente uma evolução de conhecimentos, da própria pessoa e das próprias práticas [Enf A01 63].

Após esta reflexão e apresentação, reconhecemos, porém, que é impossível conceber-se uma prática sem uma teoria, assim como é inconcebível pensarmos o inverso. Não existe nenhuma formação profissional que possa ser concebida a partir de qualquer dos seus aspetos isolados, da prática versus teoria; da teoria versus a prática; da formação inicial versus formação contínua e da formação contínua versus a formação inicial.

Tendo por base a premissa atrás referida, Salles (2009) numa investigação que realizou numa escola do Brasil, a docentes, refere que existem quatro pontos que exigem reflexão: (a) o primeiro é que a educação contínua constitui uma atividade fundamental na formação professor, mas não constitui a única e nem, necessariamente, a mais estratégica; (b) o segundo é que é falsa a oposição que muitos estabelecem entre os modelos de formação contínua, baseados na racionalidade técnica ou nos saberes disciplinares e os que propõem desenvolvê-la em serviço, baseados na racionalidade prática ou no quotidiano da prática docente da escola, (c) o terceiro, é que a formação contínua e em contexto de trabalho constitui-se como um momento insubstituível da formação dos professores; (d) o quarto é que nenhuma formação contínua e em contexto de trabalho pode ser desvinculada de uma forma mais geral de se conceber a prática educativa.

Apesar de se apresentar contextualizado numa realidade e cultura diferentes e estar dirigido para profissionais da educação, o estudo ajuda-nos a compreender que a formação em contexto de trabalho para os enfermeiros é importante por todos fatores já mencionados, mas não pode ser considerada como isolada. É fundamental que as instituições que formam os profissionais de enfermagem reflitam nestes quatro pontos apresentados.

O reconhecimento das contradições envolvidas na supervisão evidencia a necessidade de se construir um movimento dialético, propício ao desenvolvimento de bases consistentes e dinâmicas para a formação do enfermeiro.

O consenso a respeito da necessidade dessa prática revela-se já como uma necessidade sentida por todos, especialmente numa altura como esta, em que se discutem processos de implementação da qualidade na saúde.

O resgate da origem e do desenvolvimento histórico da supervisão coloca-se como um ponto de partida para a desconstrução do carácter ideológico que, por vezes, atravessa essa prática, vendo-a como um procedimento *essencial* para a formação.

Do mesmo modo, o mapeamento das diversas formas de exercício da supervisão, bem como das implicações inerentes a cada uma delas, apresenta a necessidade de se considerar o que se encontra, neste contexto, em jogo, na manutenção da procura de um lugar, para falar das angústias dos enfermeiros suscitadas nos procedimentos clínicos.

O processo de integração é hoje visto pelos profissionais de saúde com um carácter multi-espacial e pluridimensional (Ribeiro, 2004). Este conceito de multi-espacialidade encontra-se contextualizado nesta realidade, uma vez que a equipa estudada era constituída por enfermeiros de diferentes nacionalidades, como se observou durante o tempo passado no campo.

Associado a este facto, temos conhecimento que grande parte destes enfermeiros teve a sua integração numa altura em que o hospital estava a abrir e por isso foi uma integração a todos os níveis.

A SCE não é, na sua essência, um processo novo, pelo menos se nos remetermos para uma abordagem conceptual. Desde os anos cinquenta que Peplau sublinhava a sua relevância para a qualidade do exercício e integridade emocional do cuidador.

É eventualmente por esta razão que os enfermeiros, quando foram inquiridos sobre a relevância da SCE no contexto profissional, tendencialmente a desvalorizaram, uma vez que não perceberam conceptualmente uma ligação entre os processos.

A aceitação da incerteza como uma característica inquestionável do mundo em que vivemos, implica repensar a educação/formação e a pedagogia nos seus diferentes contextos.

A SCE permite alcançar o objetivo da qualidade do exercício, quando são valorizados os processos de formação. Da revisão da literatura efetuada, aquele conceito que mais se relaciona com o contexto em estudo é a teoria tripolar de formação, formulada por Pineau (2006).

Pineau (2006) formulou a teoria dos três movimentos que interferem na formação: a personalização, a socialização e a ecologização, através do estudo do movimento, permitindo-lhe a criação dos conceitos de autoformação, heteroformação e ecoformação:

A *autoformação* é a formação *pelo* diálogo consigo mesmo. Designa o pólo sujeito da formação, personalizando, individualizando e subjetivando a formação. A *heteroformação* é formação *pelos* outros hierarquicamente superiores. Designa o pólo social da formação, os outros que se apropriam da ação educativa/formativa da pessoa. A *ecoformação* é a formação *pelo* meio ambiente e não *para* o meio ambiente, como a educação ecológica. É o pólo ambiental da formação.

Pineau e Patrick (2005) propõem que o processo de formação considere os três níveis propostos por Nicolescu (2002): os níveis de realidade, o terceiro incluído e a complexidade na relação sujeito/objecto. Aos três níveis de análise propostos por Pineau (2006) - auto, hetero e ecoformação - acrescenta-se um triplo nível de consciência e de percepção da realidade.

O triplo nível de consciência corresponde ao que acontece em cada nível de formação explicitado e o triplo nível de realidade inclui a percepção e compreensão de sua multidimensionalidade e multirreferencialidade.

De acordo com Moraes (2007), para Pineau (2006), nos processos formativos, nenhum dos pólos deve ser priorizado em detrimento do outro. Mas a sua dinâmica tripolar, de natureza complexa, deve ser estudada ao longo da vida do formador.

Pineau e Patrick (2005), em concordância com Maturana e Varela (1995, 1997), destacam que todo processo de formação é sempre um processo de co-formação. Conforme Moraes (2007), esse termo evidencia o *encaixe* estrutural em termos de energia, matéria e informação que circulam entre os sujeitos envolvidos, em que toda e qualquer ação formativo-formadora de um sobre o outro não deveria ser hierárquica, mas interativa e co-construída coletivamente. Pineau e Patrick (2005), ao falarem de ecoformação, ratificam essa explicação.

Esta interação e co-construção coletiva do conhecimento é observada, por exemplo, ao nível da Ala A. Como já referimos, em capítulos anteriores esta unidade tem a particularidade de ter um enfermeiro de horário fixo que, em termos de características, se assemelha à nossa definição de supervisor, prestando algumas atividades como tal.

Este comprova a necessidade presente da existência de supervisores clínicos e não de supervisores administrativos, para permitir a existência das ações formativo-formadoras sem se atender a uma hierarquia.

10. SOCIALIZAÇÃO E GESTÃO ORGANIZACIONAIS

A missão, a visão, os objetivos organizacionais e a cultura constituem variáveis importantes do contexto no qual as pessoas trabalham e se relacionam nas organizações. Após serem aprovados no processo seletivo, os candidatos são admitidos na organização e tornam-se membros das equipes de trabalho, ocupando cargos e funções que lhes são atribuídos.

Contudo, antes de iniciarem as suas atividades, as organizações procuram integrá-los, condicionando-os, por vezes, às suas práticas e filosofias predominantes através de cerimônias de iniciação e de aculturação social.

A gestão de equipes de trabalho, de forma a integrá-las na cultura organizacional presente, é um fator marcante e influente nas relações interpessoais existentes na instituição. A influência entre cada um deles não possui apenas um sentido, já que ambos se completam.

Neste capítulo abordamos os modos de socialização existentes no serviço, e relacionamo-los com o processo em desenvolvimento. Apesar desta dimensão não constar dos nossos objetivos iniciais, emergiu no estudo e mostrou-se de grande relevância nos fenômenos de implementação de um sistema de gestão pela qualidade.

O capítulo encontra-se dividido em três partes: inicialmente focalizamo-nos nas estratégias de gestão e promoção social levadas a cabo no serviço, para, de seguida, abordarmos as relações interpessoais, e finalizarmos com as transições ecológicas vivenciadas no serviço, relacionando-as com todos os grandes temas do estudo e os processos de socialização.

10.1. Estratégias de gestão e promoção social

“A primeira condição para um governante ter uma boa imagem é não se mostrar preocupado em criar uma boa imagem.”
(Roberto Duailibi)

Hoje os hospitais, vistos como entidades públicas empresariais (EPE), têm de agir como uma verdadeira empresa para poder competir no mercado social atual. Têm de ser flexíveis para responder rapidamente às alterações competitivas e do mercado. Têm de se comparar com os rivais (*benchmarking*) para obter maior eficiência e evoluir continuamente. Têm de possuir competências centrais (*core competences*) para se manterem à frente dos seus rivais.

As estratégias de gestão quer para os gestores de topo, quer para os gestores intermédios são a chave conducente de todo este mecanismo para atingirem os objetivos institucionais traçados.

Relativamente ao modelo de gestão da instituição, consideramos fundamental a sua abordagem de forma mais crítica e não apenas descritiva como o fizemos no capítulo seis aquando da descrição do contexto onde se insere o estudo.

Este modelo relaciona-se diretamente com a implementação dos processos de qualidade, e como já referimos, a gestão da instituição é feita através de um modelo de natureza empresarial, definição que permitiu a esta organizar-se como uma empresa de serviços, recorrendo aos métodos, às técnicas e aos instrumentos habitualmente utilizados pelo setor privado, para a sua organização e gestão.

A partir da dinâmica implementada com o processo de qualidade poderíamos questionar a viabilidade de avançarem com a proposta de se tornarem um Hospital Fundação Estatal como propõem Rego e Nunes em 2009.

Os autores defendem que enquanto a gestão empresarial está essencialmente preocupada com a obtenção de eficiência, de rendibilidade e de eficácia, a gestão pública aglutina, para além da eficiência e eficácia, conceitos como legalidade e legitimidade com vista à prossecução de importantes valores sociais tal como a equidade e dá lugar a uma lógica centrada no cidadão, tal como se deseja no modelo da JCI.

Existe, portanto, legitimidade para promover a implementação de modelos de gestão dos serviços públicos que não apenas se orientem no sentido da personalização dos mesmos, e portanto se focalizem na satisfação dos cidadãos, mas que integrem o cidadão, a comunidade, os clientes internos e externos, os distintos grupos de interesses como membros formais e institucionalmente reconhecidos pelo modelo de governação de instituições públicas prestadoras de serviços de interesse público e social (Rego e Nunes, 2009).

Quando se aborda a questão da gestão é inevitável não se falar de toda a envolvência institucional que condiciona direta e indiretamente a metodologia traçada. Os métodos de gestão que se observaram, estiveram relacionados com a gestão das pessoas e dos processos, verificando-se uma ligação direta entre ambos.

Na gestão de uma instituição de saúde observa-se a presença constante de três elementos orientadores: a missão da instituição, a ética e moral inerente ao serviço prestado, e a visão que é necessário existir. Aglomerado a tudo isto, temos a oferta dos produtos que produzem, os clientes, o mercado de que fazem parte, e os recursos que têm, e é com estes elementos que atingem determinados resultados (lucrativos ou não).

A componente humana constitui o recurso mais valioso e fundamental do hospital. A gestão das capacidades técnicas de comunicação e de comportamento são indispensáveis para o êxito de qualquer projeto. Também na implementação de um modelo de gestão pela qualidade, o fator humano constitui um elemento chave para o sucesso.

Uma das características intrínsecas à gestão pela qualidade é o recurso ao trabalho de equipas multidisciplinares, que conduzirão os projetos desenvolvidos neste quadro. As equipas devem ser orientadas por um profissional qualificado, que existe a nível de gestão de topo da instituição, mas não no serviço específico do estudo.

(...) Lá estava ela (enfermeira chefe) na Ala C, local onde assiste diariamente à passagem de turno. Pedindo-lhe autorização para passar a manhã com ela, respondeu-me que faria muito gosto, mas que pelas 9 horas assiste diariamente à passagem de turno dos médicos. Esta passagem de turno não me foi autorizada a assistir por alguma resistência dos profissionais, a qual respeitei. Mas, eram 9h30 e já estava de regresso ao meu escritório. Esta sala fica ao lado da Ala B, perto da sala de reuniões, mas de onde se avista o hospital de dia, a entrada da Ala C, e os vestiários dos enfermeiros e dos médicos. A porta fica sempre aberta para que o contacto com as pessoas esteja sempre presente, não deixando que a barreira física condicione a proximidade humana.

(...)Este deve ser dos gabinetes mais movimentados, até arrisco dizer, do hospital. Como inicialmente disse, a porta aberta faz com que a barreira física deixe de estar presente convidando à entrada. De facto funciona! Uns veem pedir para trocar férias, outros veem assinar folhas, outros

veem visitar ou apenas conversar... como ela mesmo diz: “os aspetos burocráticos são os que mais facilmente e rápidos de resolver, mas o que mais me satisfaz e ocupa são os aspetos humanos, como emoções, sentimentos, pedidos... que todos os dias me trazem.”

(...) Muitos são os profissionais que lá passam, de todas as classes, de todas as idades, de todos os feitios, e quando não passam ligam. O telefone é outro meio de comunicação que dá vida a aquele gabinete, acompanhado do computador que com a Internet e Intranet faz chegar rapidamente todo o tipo de mensagens.

A sua presença nos serviços é também muitas vezes solicitada, e o exemplo a que assisti foi o da Enfermeira^{C40} que lhe pediu ajuda para resolver uma situação. Uma das senhoras das primeiras enfermarias tinha uma ferida no calcâneo que tinha sido drenada no fim-de-semana.

Além dos aspetos já inumerados que se encontram sob a sua responsabilidade, quando questionada disse-me que é ela e um outro enfermeiro do serviço, para já, os únicos elos de ligação com os aspetos da qualidade, no fundo são eles que transportam a informação nos diferentes sentidos [23º Dia de Observação].

O que se observou foi que não existem elos de ligação entre formação e informação especializada para cada ala a não ser a enfermeira chefe e outro enfermeiro responsável. Seriam suficientes dois elementos, como elos de ligação, se a equipa não estivesse subdividida funcionando em quatro espaços (três alas e um serviço de exames).

Estes elementos têm ainda a responsabilidade da gestão dos recursos materiais e humanos. A gestão material é feita através de uma metodologia de controlo dos gastos de cada serviço pela atribuição de uma verba previamente calculada e registada num cartão (tipo cartão de crédito). Como os profissionais mesmo referem é um cartão para irem “às compras”.

Esta ferramenta de gestão já é utilizada no Japão, há algum tempo. Eles, porém, pelo sistema *just-in-time* (Ishikama, 1997), objetivam a não existência de *stocks* nos serviços. Contudo, nesta situação estamos a falar em serviços e instituições que apresentam um grau de imprescindibilidade de gastos grande pelo tipo de serviços que prestam, sendo-lhes exigidas respostas rápidas.

Com esta metodologia observa-se uma análise prévia dos consumos e dos *stocks*, um método de reaprovisionamento com um sistema de quantidade fixa e periodicidade variável, já que o valor do cartão é fixo, mas a periodicidade com que procedem à aquisição do material no serviço de aprovisionamento varia. Existe, no entanto, no serviço (numa das alas) um *stock* de segurança (por exemplo: antibióticos), capaz de dar resposta ao hospital interior em dias de fim-de-semana.

Esse *stock* é calculado através da previsão da procura. Esta previsão tanto é feita pela enfermeira chefe, como pelos profissionais que prestam cuidados diretos – enfermeiros de horário fixo com a ajuda dos restantes enfermeiros e auxiliares de ação médica.

Entrou na ala B, aquela que se encontra diretamente ao lado do seu gabinete, e entrando em todas as enfermarias foi verificando o material existente, o aspeto, e cumprimentando os doentes e a equipa.

No final do corredor existe uma sala onde estão armazenados todos os antibióticos de apoio ao hospital durante as noites e fins-de-semana. Era preciso verificar *stocks* em termos de quantidades e validades. Num dos armários existe um documento com registo de cada medicamento existente e o prazo de validade, para que quando estiverem para aspirar sejam devolvidos à farmácia [26º Dia de Observação].

Nas estratégias de gestão encontradas pela observação direta e indireta dos serviços, a formação mostrou-se um indicador importante e valorizada pela instituição. Observou-se uma preocupação com o enriquecimento de competências nos profissionais para que alcancem a excelência dos cuidados (indicador desenvolvido no capítulo anterior, mas de abordagem relevante neste subcapítulo).

O desenvolvimento destas estratégias só é possível devido à existência de um líder promotor de dinâmicas de socialização na equipa que dirige e orienta.

Liderança, líderes e estilos de liderança, são conceitos em que estamos permanentemente em contacto e sobre os quais não conseguimos encontrar a receita perfeita... Muitos estudos demonstram que existem diferentes estilos de liderança, cuja nomenclatura diferem de autor, no entanto, atualmente concordam no aspeto de que, quanto mais estilos um líder possuir, melhor.

O ambiente de trabalho está em constante mudança e um líder tem de responder em conformidade com essas alterações. Hora a hora, dia a dia, semana a semana, os líderes devem escolher os seus estilos como profissionais, usando aquele que é correto numa determinada altura e na medida certa. A recompensa virá nos resultados obtidos.

A liderança é um processo de influência capaz de dinamizar o grupo a agir em determinado sentido. Um líder tem que ser parte de um grupo e trabalhar com a equipa no sentido de atingir os objetivos a que se propõem.

É a enfermeira chefe a pessoa mais influente no grupo, mas a dualidade de papéis que desempenha interfere na forma como os enfermeiros respondem às suas solicitações. O que se observa é que, quando esta faz alguns pedidos, estes são tidos em conta devido à posição de chefe que ocupa e não porque há desejo de o fazer.

(...) Fui até à Ala C, que com dez camas vagas, permitiu aos enfermeiros trabalharem com calma e interagirem mais. Com a visita da enfermeira chefe ao serviço aproveitaram para, num clima de boa disposição, pedirem preferências, falar das férias, comunicarem-lhe os dias de aulas, no caso da enfermeira que se encontra a terminar a especialidade de enfermagem de reabilitação... [37º Dia de Observação].

(...) Durante os momentos que se deslocam para as refeições, e aproveitando a saída dos serviços, passam pelo gabinete da chefe para conversarem com ela sobre horários, trocas, preferências, pedidos de dispensas para formações, informações sobre algo que os desperte de momento [38º Dia de Observação].

(...) Hoje a enfermeira que costuma estar no Hospital de Dia foi a uma formação pelo que houve necessidade de destacar um enfermeiro de outro serviço para este. Como são poucos os que não se importam de ir para esta unidade, a chefe sugeriu um colega. A expressão não foi de agrado, mas como referem a *chefe é que manda* [45º Dia de Observação].

Neste contexto, o papel do supervisor (que não fosse chefe) seria uma mais-valia como líder à frente de uma equipa que se encontra a implementar um sistema de gestão pela qualidade, visto promover a organização de técnicas para se atingirem objetivos pré-definidos. A liderança alia boas técnicas de organização, a técnicas destinadas a levar as pessoas a fazerem de boa vontade, e bem, aquilo que tem de ser feito.

É importante referir que a enfermeira chefe, nesta relação, tem um instrumento de trabalho a seu favor: o poder. Friedberg (1993:115) retrata o poder como uma capacidade de estrutura a seu favor por favorecer a troca *negociada* de comportamentos. Apesar do autor definir o poder como uma *troca desequilibrada de possibilidades de ação*, considera que as três implicações que ele inúmera como resultado desta definição poderão, por um lado, favorecer procedimentos como este (de implementação de um processo de gestão pela qualidade) mas, por outro, salienta que é necessário que a relação estabelecida entre os atores não evidencie um poder imposto de forma unilateral, por aqueles que o possuem aos que o não têm, já que todos os indivíduos, numa organização, apresentam uma postura ativa.

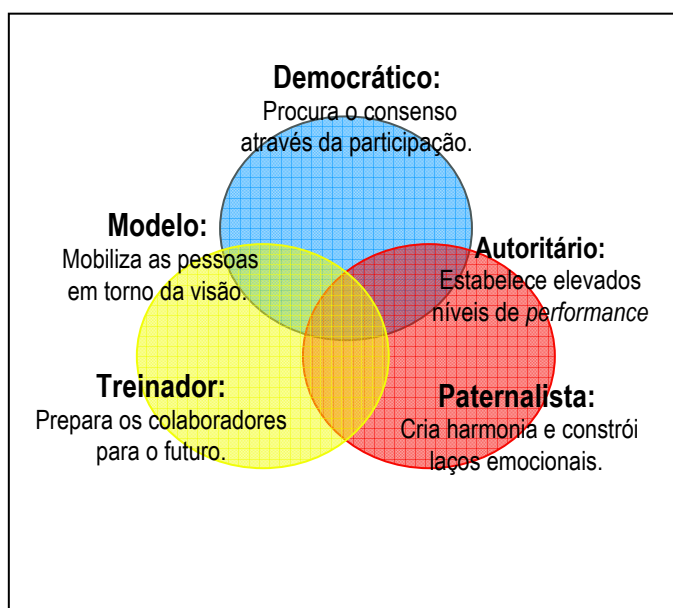
Como abordamos no capítulo um, nas próprias organizações de saúde, o poder serve para sustentar a identidade que as torna legitimadas pela sociedade. Todavia, o seu propósito é definir a identidade dos sujeitos, embora o seu efeito os possa tornar subordinados e inseguros quanto ao desempenho. Nas organizações de saúde, a cultura, o poder e a identidade estão intimamente relacionados, de forma que um desses aspetos pode fornecer significado ao outro.

Observando a dualidade de papéis que a enfermeira chefe desempenha, o recurso ao poder poderá funcionar de forma negativa, pelo que a existência de um supervisor (como o outro enfermeiro que falamos inicialmente) seria fundamental para potenciar esta ferramenta, pois teria menos influência de outros fatores.

No tempo passado na instituição, foram vários os tipos de estratégias e estilos de liderança observados. Concordando com o que dizem alguns entendidos na área, é na confluência de estilos que poderemos encontrar um estilo de liderança (misto) mais eficaz e promotor da mudança e do desenvolvimento de projetos como este que é contemplado no estudo.

A figura que se segue representa os estilos identificados durante a observação, assim como a principal característica identificada em cada um deles.

Figura 15: Estilos de liderança (Adaptado de: Peter Drucker, "Management's new paradigms", Forbes; In: Goleman, 2000)



Os líderes desta equipa, os quais tivemos oportunidade de observar, identificam-se com os estilos anteriormente representados. O único líder que resume em si o conjunto de todos os estilos é a enfermeira chefe pela posição que ocupa, no entanto, quer os enfermeiros de horário fixo como outros responsáveis têm características que os identificam com os paternalistas, modelo e democrático.

A natureza dos cuidados de enfermagem é tal que coloca o enfermeiro no centro do grupo de profissionais que envolvem o cliente. O intercâmbio de informações, conselhos e diretrizes que têm entre eles é primordial; da sua eficácia e harmonia depende frequentemente a qualidade dos cuidados.

Mesmo na presença de bons líderes, os problemas aparecem e torna-se uma realidade. Há quem

defenda que a existência de conflitos seja um imperativo de desenvolvimento de uma equipa e serviço, pois vêm nas estratégias encontradas para os ultrapassar, o potencial de crescimento necessário.

A enfermagem é, por excelência, uma profissão de trabalho em equipa multi e interdisciplinar. Estas características, entre outras, promovem significativamente os fatores causadores de conflito. Quando as equipas funcionam mal, há muitos outros fatores em jogo que convém analisar, discutir e avaliar para se poder ultrapassar os conflitos em causa (Morais, 2002).

Quando eles existem a primeira pessoa a quem recorrem é à enfermeira chefe porque é nela que vêm a potencial resolução. O que esta refere fazer, na maior parte das vezes, é rodar os elementos da equipa pelas diferentes alas, para evitar os conflitos ou para os resolver.

“(…) Como já se apercebeu estamos na presença de uma equipa jovem e, maioritariamente, solteira o que leva a equipa a misturar relações profissionais com pessoais. Cabe-me a mim fazer a gestão desta interação. O que faço para evitar alguns conflitos provenientes deste aspeto é rodar a equipa pelas diferentes alas” [27º Dia de Observação].

Os conflitos nem sempre representam um mau presságio para o serviço, visto que com a sua resolução poder-se-á (e dever-se-á) aprender e tirar lições. Na maior parte das vezes, fazem com que a equipa deixe de ser estática incutindo ritmos de trabalho necessários ao desenvolvimento do serviço.

Quando os conflitos estão presentes, existe um instrumento fundamental: a comunicação. Neste contexto, observamos que a comunicação é importante para o desenvolvimento da motivação, do desempenho e envolvimento dos enfermeiros, não só como elementos individual da equipa, mas também como elemento integrante do serviço/organização.

O conflito é essencialmente estratégico, e como afirma Friedberg (1993:10) “*o universo complexo das relações humanas e da integração social é sempre potencialmente instável e conflituoso*”. No que se refere às relações de trabalho poder-se-á afirmar que onde está o trabalho também aí está o conflito.

A comunicação é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos homens (Walzlawick, 1993).

Como pudemos observar e constatar por algumas passagens da observação que relatamos, uma

das principais estratégias utilizadas pela enfermeira chefe para conhecer de perto o trabalho da equipa eram as reuniões informais. Estas eram mais evidentes quando aparecia na hora dos registos, com o pretexto de que vinha para transmitir algumas informações ou simplesmente para discutir o horário

Outro exemplo observado é as reuniões individuais com os enfermeiros; a sua resposta pronta a tudo o que era solicitado, e a pro-atividade, isto é, ouvia mais do que falava nas situações mais delicadas, o que, na maior parte das vezes, lhe permitia antecipar problemas e diagnosticá-los rapidamente para poder responder de forma assertiva.

As características de um líder tornam-se mais evidentes quando têm que conduzir a sua equipa num projeto. O projeto em desenvolvimento na instituição é gerador de mudanças, sendo estas o principal desafio de um líder.

A "gestão da mudança" é um processo fulcral para liderar e gerir qualquer serviço e/ou instituição e para fomentar a inovação e as boas práticas de melhoria contínua. Só gerindo a mudança é que é de facto possível assegurar a melhoria no desempenho organizacional e conseqüentemente o sucesso de cada organização no contexto onde se insere.

Com efeito e perante a evidência de que a mudança é uma constante – no sentido último da palavra a mudança é sinónimo de transformação e de alteração – todos os fenómenos que se observam numa organização decorrem de mudanças ou geram novas mudanças.

Tal como biológica, psíquica e fisiologicamente os organismos vivos se adaptam e mudam, igualmente as organizações devem promover os mecanismos de antecipação e /ou adaptação, tendo qualquer deles subjacente a consequência de ocorrência de mudança. Todavia, mudar com sucesso é sinónimo de sabedoria na gestão. Não apenas no sentido estrito do período em que esta ocorre mas, sobretudo, para poder capitalizar a mudança projetando-a em práticas futuras e em aprendizagem organizacional (Friedberg, 1993).

Estudar um processo de implementação de um sistema de gestão da qualidade implica estudar uma mudança organizacional. Mas como já referimos no enquadramento teórico quando mencionamos Dray (1995), a mudança é necessária... mas só pode ser conseguida com um amplo processo de mobilização e adesão da generalidade dos trabalhadores de uma determinada instituição.

A díade "ordem e mudança" sempre constituíram um dos problema-chave do propósito teórico da sociologia. É difícil pensar em tais termos separadamente, já que para compreender as mudanças é preciso analisar a ordem estabelecida. A relação entre o controle e a autonomia, determinação e liberdade, reprodução e criatividade permanece, também, como tema central da sociologia contemporânea.

O que mais atrai os gestores e investigadores da gestão é a mudança. A dificuldade da sua gestão decorre do facto de envolver tantas sensibilidades e interesses quanto dos que nela estão envolvidos, razão pela qual é difícil despertar uma organização para uma mudança largamente partilhada. Quando essa partilha não acontece, tende a eclodir a resistência à mudança.

A mudança tem as suas regras, os seus ritmos, as suas realidades e o seu contexto. Não pode ser excessivamente forçada, mesmo pelo mais determinado dos voluntarismos. Reconhecem-se as dificuldades. O espaço é estreito entre a paralisia face às dificuldades e a imprudência de certezas não fundamentadas.

A importância do papel da enfermeira chefe (neste caso) ou de outro líder qualificado (exemplo do supervisor) na implementação do modelo é indiscutível, assim como o papel na gestão das mudanças que ocorrem tanto a nível institucional, como nas próprias dinâmicas do serviço que alteraram práticas, estados de espírito... Múltiplas variáveis, mudanças e transformações carregadas de imprevisibilidade e incerteza, que dificultam o seu desempenho requerendo um suporte sólido, intimamente aliado à capacidade de adequá-lo às exigências da situação e do momento apreendendo as sinergias daí resultantes.

Aqui reside, no nosso entender, o seu maior desafio, a um tempo estimulante e atemorizador, a que não poderá furtar-se, consciente da sua responsabilidade para com os clientes, enfermeiros, restantes membros da equipa, seus superiores, e, em última análise, para com a sociedade.

Esta tem responsabilidades acrescidas, se pensarmos no seu papel enquanto agente de mudança e de transformação da instituição através do serviço, também, enquanto agente educador, no sentido de que com a sua direcção e orientação, modifica comportamentos e atitudes, bem como a própria cultura organizacional.

O sistema em curso para ser bem sucedido, exige da enfermeira chefe a capacidade de identificar, no momento certo, oportunidades para responder pronta e adequadamente; exige

também uma apurada capacidade de diagnóstico no sentido de detetar, paralelamente, as ameaças e dificuldades para neutralizá-las ou amortecê-las. Nem sempre é possível à enfermeira chefe dar esta resposta prontificada uma vez que o fator tempo para ela é limitado, pelas funções cumulativas que desempenha. Um enfermeiro supervisor desempenharia aqui um papel mais eficaz.

Exige, ainda e sobretudo, que se distingam, claramente, as prioridades, pois não existe coisa mais inútil do que fazer, com grande dose de eficiência, as coisas que não precisam de ser feitas. Tarefa árdua, sem dúvida, se pensarmos na dificuldade de que se reveste encontrar uma maneira de identificar as coisas certas e uma metodologia que permita concentrar as atenções sobre elas.

Intransferível é a sua função de compatibilização entre os objetivos organizacionais e individuais. Disseminar internamente os objetivos da instituição e criar o modelo de motivação e liderança que torne possível a sua optimização, conjuntamente com os objetivos individuais – consideramos ser esta uma das tarefas mais estimuladoras para ela enquanto gestora.

No processo de mudança organizacional cada membro da organização deve, obrigatoriamente, ser envolvido. Administradores, executivos, gerentes, supervisores ou chefes deverão ser chamados para liderar e conduzir algum aspeto do processo. Neste sentido, é mais importante deter a *liderança de grupos e não de pessoas*.

Durante a estadia no serviço esta *liderança transformadora* mostrava-se por um lado com capacidades e competências reveladoras positivas para o processo, por outro lado, outras necessitavam de ser exploradas.

Podemos valorizar no desempenho desta líder, enquanto enfermeira chefe, que privilegia a imaginação e valoriza a utopia (é criativa); promove a motivação sistemática de todos os participantes; assume as ambiguidades e os conflitos para poder resolvê-los; assume riscos, mesmo à custa da própria segurança pessoal no emprego; tem um grande compromisso ético com o seu papel de líder; sabe escutar e comunicar.

Também se observou o encorajamento que dá aos profissionais da sua equipa, mesmo quando não estava totalmente convencida do sucesso do processo. A forma de ajudar os enfermeiros a lidar com as mudanças era mostrar preocupação com estes.

Apesar de muito ocupada, tem sempre disponibilidade para mostrar à sua equipa o interesse

pessoal que tem em ajudar no que for possível – especialmente quando eles estão a passar por dificuldades no trabalho. Informa-os sempre da possibilidade de virem a verificar mudanças, o que é positivo, pois nada é mais desconcertante para qualquer funcionário do que ser surpreendido por mudanças inesperadas.

Procurava o *feedback* dos enfermeiros, após lhes transmitir as mudanças que ocorrerão, procurando as sugestões destes em relação à forma de lidar com potenciais problemas resultantes da mudança, ou de tirar partido de quaisquer oportunidades que possam surgir.

Agora, as maiores dificuldades que surgiram prendem-se com o próprio objeto de mudança – a implementação do modelo da qualidade. O facto de o modelo ser algo novo na instituição, e até no país, pode justificar as suas deficiências na visão do futuro e do cenário a ser construído.

Algumas das razões que se encontram na base destas dificuldades são: a não evidência da existência de uma cultura que privilegie o trabalho com outros na construção da organização e nas tarefas do projeto; reconhecimento dos processos e pouca flexibilidade para se adaptar ativamente a eles; possuir atitudes de servir e estar efetivamente mandatada para conduzir a mudança requerida; saber usar e disponibilizar conhecimento e informação.

Da mudança sabemos que pode ser traumática para as pessoas que a atravessam, daí que um gestor tenha a difícil tarefa de estar atento para o impacto desta nos seus funcionários e ajudá-los a ultrapassá-la o melhor possível, para que estes fiquem mais motivados e prestem melhores cuidados – resulta daqui a chamada implementação de um contrato psicológico.

Outro desafio de um líder é a avaliação que tem que fazer de cada membro da sua equipa. Como já vem sendo de reconhecimento geral, a gestão do desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de mérito, no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cliente, à sociedade civil e comunidades.

Com a gestão do desempenho, cuja avaliação representa uma etapa fundamental, pretende-se desenvolver uma cultura de gestão orientada para resultados com base em objetivos previamente estabelecidos, assim como mobilizar os profissionais em torno da missão do serviço e instituição, orientando a sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes.

Na altura do processo de integração, a missão da instituição é passada, em tom informal, aos

enfermeiros recém-formados, visto ainda não existir uma integração institucional. É a enfermeira chefe e os restantes colegas que à medida que desempenham os seus papéis de formadores tomam para si essa tarefa.

Quanto aos objetivos pessoais, cada um tem os seus, assim como também a instituição. Mas, mais uma vez o que se observa é a ausência de um momento formal em que se possa discutir este tipo de assuntos.

Em conversa com a Enfermeira F66, num diálogo informal de troca de informações acerca das dinâmicas do serviço, foram colhidas as informações que se seguem.

C – Como gere os elementos que constituem a sua equipa (integração, avaliação de desempenho, funções...)?

Enfermeira F66 - A integração dos enfermeiros é feita num período de quinze dias, e não passam pelo departamento de formação para serem acolhidos.

A responsabilidade da avaliação de desempenho dos enfermeiros está ao meu cuidado exclusivo, e assenta naquilo que vejo, naquilo que ouço em algumas passagens de turno que assisto, e nas conversas que tenho com os enfermeiros de horário fixo (responsáveis).

Esses elementos de horário fixo estão responsáveis pelos elementos do serviço que lhes corresponde, e podem estar responsáveis por alunos ou com doentes, dependendo da necessidade do serviço (se o serviço estiver muito pesado e estiverem alunos em integração, os enfermeiros de horário fixo ficam com os doentes, mas também ficam no caso deles próprios estarem responsáveis por algum aluno) [1º Dia de Observação].

Sem objetivos formalmente definidos a avaliação de desempenho torna-se difícil de se concretizar, obedecendo a todos os parâmetros que encontramos descritos na bibliografia atual.

Na maioria dos enfermeiros a avaliação é realizada mensalmente, porque para além de ter como objetivos os anteriormente descritos, esta avaliação permite o acesso a um incentivo monetário quando é superior a satisfaz.

Os parâmetros de avaliação de desempenho encontram-se num *software* eletrónico que processa automaticamente a avaliação situando-se esta numa escala de *não satisfaz*, *satisfaz* e *satisfaz bem*. Por defeito, todos os parâmetros estão preenchidos no satisfaz, se houver alteração esta tem que ser justificada.

Durante este período a Enfermeira F66 passou pelo serviço para que todos os elementos da equipa de enfermagem e auxiliares assinassem as suas avaliações de desempenho.

Em diálogo com a Enfermeira B20 apercebi-me que a avaliação dos itens é feita apenas com base em três parâmetros: “Não satisfaz”, “Satisfaz” e “Satisfaz plenamente”, e que a avaliação dada a todos é igual, sem que se distinga ninguém, o que os faz verbalizar que não consideram muito justo! Aliás, referem que a chefe nem sequer os chama a conversar individualmente com cada um para ouvir as suas opiniões, ou a dos responsáveis por cada ala [13º Dia de Observação].

Mesmo sendo a avaliação igual para todos, houve algo que despertou a nossa atenção: não assinam a folha da avaliação individualmente. As entrevistas individuais, na nossa opinião, seriam para este caso, um instrumento importante de gestão.

Vivemos numa era marcada pela interconetividade e conhecimento em rede, no qual o antigo paradigma mecanicista e racional já não consegue suportar as crescentes mudanças, complexidades e incertezas que permeiam as organizações actuais.

Existe um novo paradigma que ganha forma e espaço, sobretudo naquelas organizações que, como super-organismos em constante adaptação, conseguem mudar padrões arcaicos de pensamento e ação. Neste contexto, os recursos humanos são de vital importância na contribuição que dão ao processo de adaptação organizacional.

Tradicionalmente, o enfoque da gestão (dos recursos humanos) encontrava-se no capital humano que se definia pelos conhecimentos, capacidades e experiências de cada colaborador dentro de uma organização. Atualmente, o novo paradigma da interconetividade muda o foco no colaborador isolado para o colaborador em rede, o que implica complementar a gestão do capital humano com a gestão do capital social ou relacional.

O termo capital social refere-se às redes de relacionamento baseadas na confiança, cooperação e inovação que são desenvolvidas pelos indivíduos dentro e fora da organização, facilitando o acesso à informação e ao conhecimento (Burt, 2001).

Tais redes podem adotar um carácter formal (determinadas pelos laços hierárquicos, próprios do organograma formal) mas, sobretudo, são de natureza informal, envolvendo laços horizontais (entre pares) e diagonais (entre colaboradores de distintas áreas e *stakeholders*).

Os benefícios da gestão do capital social para os executivos foram identificados pelo sociólogo Burt (2001). Este conduziu investigações que analisaram as estruturas de rede do capital social de colaboradores em distintas organizações, e chegou à conclusão de que aqueles executivos que desenvolvem um capital social de qualidade, criando “pontes” com pessoas e grupos em regiões estratégicas das suas redes, denominadas por ele como “buracos estruturais” (*structural holes*), se destacam dos seus pares nos seguintes aspetos: obtêm promoções mais rapidamente; são avaliados de maneira mais satisfatória; aprendem mais sobre o ambiente organizacional e o

mercado no qual actuam; melhoram a eficácia e a eficiência das equipas que integram e dirigem; e, contribuem mais para o bem comum organizacional.

Durante o trabalho de campo o que conseguimos observar foi a dita gestão do capital humano no caso da enfermeira chefe, ainda que já se consigam visualizar alguns exemplos de capital social quando verificamos a transversalidade existente nas relações interpessoais processadas no âmbito da construção do SGQ pela implementação do modelo da JCI, por parte da direção de enfermagem.

Verificamos ainda que, devido a este capital social, a equipa age como um grupo ativo que constrói o ambiente onde interage. Estamos na presença de um processo de construção de uma ordem local (imanada pela direção da organização) através de uma ação coletiva de todos os membros. Esta relação conduz-nos a Crozier e Friedberg (1977, 1993) que consideram as organizações grupos políticos e ativos no decurso do seu crescimento. Os autores defendem que o funcionário de uma organização é um ser em movimento, capaz de lutar pelos seus objetivos estratégicos, qualquer que seja a sua posição na hierarquia, sem dissimular a assimetria do poder e respeitando o projeto de crescimento em prática.

É no fundo o que observamos neste estudo... os enfermeiros apresentam-se como atores ativos com projetos de desenvolvimento profissional e pessoal individuais, mas em conjunto colocam em prática o plano de ação da organização.

10.2. As relações interpessoais no hospital

“A resistência de uma ideia nova aumenta na proporção do quadrado de sua importância.”
(Russel)

Por relações interpessoais entendem-se as relações que correspondem a um conjunto de procedimentos que visam facilitar a comunicação e a linguagem, estabelecer laços sólidos nas relações humanas e criar uma linha de ação sobre as bases emocionais e psicopedagógicas, garantindo, assim, uma visão sistêmica e integrada do ser humano.

No entanto, estamos conscientes de que quando nos referimos às relações interpessoais, entramos numa seara de complexidade, porque o ser humano é uma figura ímpar, um ser singular no imenso espaço que emoldura a sua passagem pelo tempo.

A originalidade de cada um dificulta a comunicação interpessoal e com ela todo o esquema de relações humanas que envolvem o segredo do conviver.

Na formação dos enfermeiros deve-se valorizar o papel das relações interpessoais e a relação enfermeiro - enfermeiro, possibilitar um espaço para que ambos se posicionem como pessoas, uma vez que é no hospital que as experiências e os saberes profissionais são trocados, validados, apropriados ou rejeitados.

Os enfermeiros devem partilhar com os seus pares as experiências ricas que tiveram no decorrer da sua vida profissional. Essas situações vivenciadas, quando afloradas, têm uma forte implicação afetiva, o que aumenta as possibilidades de releitura da experiência em confronto com as situações do momento presente.

Esta necessidade de se privilegiarem os fatores psicológicos dos trabalhadores já se encontra descrita desde os finais dos anos vinte por Elton Mayo e os seus colaboradores em diversos estudos onde concluíram que os fatores psicológicos são mais importantes para a produtividade que os fatores fisiológicos (Boddy, 2007).

Segundo os mesmo autores, entre os fatores fisiológicos incluem-se as necessidades psicológicas que estão relacionadas com o ambiente de trabalho amistoso, com as relações de confiança, com o desenvolvimento social, o espírito de equipa e a existência de liderança e de objetivos comuns no grupo.

As organizações de saúde são espaços sociais por natureza conflituosos, nos quais a solidariedade e a coesão apresentam as mesmas fragilidades encontradas noutros ambientes de interação social. Diferentes grupos e indivíduos possuem expectativas e objetivos distintos, e as estratégias mobilizadas para alcançá-los produzem situações de conflito.

Nos enfermeiros em relação à restante equipa, de uma maneira geral, nota-se a dificuldade na afirmação do seu campo de autonomia no interior das organizações de saúde, o que aponta para as tensões inerentes à prática do atendimento multiprofissional como uma das estratégias da atenção. Há uma inexistência de relações igualitárias entre os enfermeiros e os médicos, por exemplo, no que se refere à autonomia e à distribuição do poder.

Desloquei-me até ao 5º piso – Ala A, onde se encontravam dois colegas para receber o turno, o EnfermeiroA18 e EnfermeiroA06.

Após terem recebido o turno foram preparar a medicação e prestar os cuidados do que eles chamam de volta.

Estavam treze camas ocupadas, mas pareceu-me um serviço confuso para o habitual. Apesar de ser de noite havia alguma agitação pelos corredores, com médicos a entrar e sair, os colegas a movimentarem-se pelo corredor com a auxiliar, e uma colega da tarde que ainda não tinha acabado as notas e os cuidados, apesar de já ter passado o turno.

Como se não bastasse a agitação um dos médicos, com tom autoritário exigiu que trocassem alguns doentes de cama eram 23h30.

Argumentava que existem camas específicas para doentes vítimas de acidentes vasculares cerebrais, para evitar que o contato com doentes contaminados diminua a evolução dos seus tratamentos.

O que os enfermeiros argumentavam é que o doente de neurologia que se encontrava com outros doentes numa enfermaria só estava naquela cama porque ele próprio já se encontraria infectado e se se colocasse onde está previamente destinado contaminaria os outros.

Pareceu-me um argumento sensato visto o objetivo inicial para que foram destacadas as enfermarias. No entanto pareceu-me que o médico não foi da mesma opinião pelo que manteve o “pedido”.

Levantou-se aqui a questão de quem gere as camas e as vagas no serviço, se os médicos ou se os enfermeiros?

Claro está que esta discussão não leva a lado nenhum se não for feita pelos dirigentes, pois os enfermeiros consideram que apesar de não terem a responsabilidade de gerir as vagas para cada serviço, são os responsáveis pela gestão destas.

Os enfermeiros continuaram a prestar os cuidados que iniciaram e até me ter ido embora, por volta da uma hora, ainda não tinham alterado a disposição dos doentes pelas enfermarias [56º Dia de Observação].

Existe, algumas vezes, dificuldade de entendimento entre o enfermeiro e o médico. Possuidores de saberes próprios, cada qual com as suas peculiaridades e com bases científicas reconhecidas no

mundo acadêmico, em inúmeros momentos o parecer de um sobre a ação do outro ou até o próprio questionamento, gera o conflito.

Muitas vezes esse conflito surge com a criação de relações de confiança, onde a crítica alheia é ouvida e respeitada, pois é fruto de uma argumentação de profissionais com objetivos comuns, à procura do entendimento para a realização do trabalho.

Os conselhos profissionais delimitam as funções profissionais, ainda que muitas vezes, profissionais diferentes possam executar a mesma tarefa, dependendo da finalidade, e ver nela objetivos e enfoque distintos, mas com fim único. Isto levou ao longo da história a lutas entre classes de trabalhadores pela hegemonia do seu trabalho.

Entre médico e enfermeiro isto é comum e os motivos são diversos. Porém, encontra-se evidente, nesta equipa, a procura pela superação das diferenças, devido não só às necessidades de cooperação mútua, mas pelo reconhecimento da interdependência das profissões.

Outra forma de conflito profissional e relacional com que a equipa de enfermagem de confronta é a tomada de decisão face ao cliente. Os profissionais de saúde, na prática profissional, defrontam-se com situações polémicas e dilemas, que envolvem o confronto de seus valores com os valores de outras pessoas: clientes, familiares, equipa de saúde, entre outros.

Nestas situações, os valores do profissional sobre sua relação com o cliente, ou seja, de sujeito (profissional, que toma a decisão) e o objeto (cliente, que é passivo na decisão) ou de sujeitos (profissional e cliente, este último, participante das decisões relativas ao seu tratamento e bem-estar), são fatores determinantes nas suas ações.

Nos enfermeiros deste serviço o que se observou é que alguns conflitos interpessoais podem ser atribuídos à existência de interesses antagónicos, muitas vezes, consequências do descompromisso, inadequações do planeamento, precariedade de verbas e omissão pelos graves problemas que os serviços de saúde enfrentam, em especial, nestes últimos anos.

Para harmonizar estes conflitos, uma das estratégias usadas (ainda que nem sempre presente) é a tentativa de se encontrar um consenso a respeito das normas, por meio do entendimento - todos participam para poderem reconhecer a subjetiva desta ação.

A proximidade da equipa de enfermagem ao cliente traz a possibilidade frequente de partilhar situações conflituosas nas quais a postura profissional, a atitude ética e o cuidar do paciente estão indissociáveis.

O cuidado é a essência da enfermagem e ao considerar a responsabilidade que o cuidar implica, reforça-se além da necessidade da consciencialização de atitudes éticas na prática quotidiana com o cliente, à análise dos conflitos e dilemas éticos e bioéticos encontrados.

Pensar acerca dos valores, significados, crenças e condutas dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, frente aos conflitos que emergem do cuidado na prática, é um sinal de preocupação com o outro, de amadurecimento e de crescimento profissional e pessoal.

Os conflitos podem ocorrer quando se assume uma postura inadequada e separados por dois pólos: de um lado está a equipa de saúde empenhada através dos conhecimentos científicos e tecnológicos do diagnóstico e tratamento do cliente, visando o êxito que se dá pela cura ou manutenção da vida; de outro lado, o cliente com os seus valores e crenças que podem influenciar e influenciarão o seu processo de tomada de decisão.

A equipa multiprofissional tem um papel fundamental na procura da equidade de pensamento e ação entre cliente e profissional, frente a situações de dilema.

O enfermeiro, por ser o profissional que está mais tempo em contacto com cliente e a sua família (estabelece um vínculo mais acentuado), e por ser um elo de ligação fundamental na equipa multiprofissional, encontra sobre si mesmo uma série de conflitos que influenciarão a sua tomada de decisão.

Este caso não é diferente de todos os outros, e o que se observa como estratégia para lidar com este ritual diário é a proximidade à enfermeira-chefe e vice-versa, assim como por vezes o recorrer aos enfermeiros de horário-fixo que, por fazerem diariamente o turno da manhã, conseguem acompanhar melhor os cuidados prestados a cada cliente do serviço. Mais uma vez é preciso destacar que este quadro é mais observado na Ala A (pelas razões já apresentadas anteriormente noutros casos).

Mas as relações existentes não são geridas apenas por estes fatores, a rotatividade e o horário *rolmant* a que estão sujeitos, são duas variáveis importantes.

O trabalho hospitalar é motivo de preocupação devido aos riscos que o ambiente oferece e aos aspetos penosos das atividades desenvolvidas. Além disso, destacam-se as alterações biológicas, cognitivas e sociais causadas pelo trabalho noturno, em particular, as alterações no ciclo vigília-sono, decorrentes da organização do trabalho em turnos, e que podem levar a importantes débitos crónicos de sono, os quais poderão prejudicar o atendimento e contribuir para agravar a fadiga e o mal-estar.

A necessidade de trabalhar em horários coincidentes com o fim-de-semana tradicional, feriados, durante os períodos vespertino e noturno afeta negativamente as relações sociais.

Convém também lembrar que os esforços físicos decorrentes das longas distâncias percorridas durante o tempo de trabalho, das complexas e difíceis interações entre os clientes e a equipa de enfermagem, geram problemas de saúde, de sono, dificuldades para a realização do trabalho e fazem parte do leque de agentes de *stress* relacionados com os riscos ocupacionais no trabalho de enfermagem.

O facto de nesta instituição existirem enfermeiros de diferentes nacionalidades, onde todas as folgas que juntam são, para poderem viajar e passar mais tempo com a família, mostra a validade da preocupação atrás referida e há já muito abordada e tida em conta pelos gestores dos serviços.

As viagens cansativas, as trocas feitas em cima do acontecimento, as noites, o risco diário vivenciado no trabalho, entre outros, são motivos geradores de mau estar e que condicionam as relações. São fatores que têm de ser considerados na gestão do serviço, porque fazem parte da socialização profissional e condiciona-a muito.

Por outro lado há, ainda, as condições físicas e ambientais do local de trabalho, a organização do mesmo, as diferenças individuais não atendidas nos processos de produção, as variáveis de ordem psicossocial dos ambientes de trabalho e de ordem individual – tanto psicológica, quanto relativa aos hábitos e atividades da vida extra-ocupacional. Todas elas contribuem para o desenvolvimento de doenças ocupacionais ou para o agravamento de sintomas ou doenças pré-existentes.

Os turnos de catorze horas de trabalho contínuo (uma manhã/tarde), por exemplo, seguidos de trinta e seis horas de descanso, exigem esforços físicos e mentais intensos. Além disso, como todos sabemos, para trabalhadores de turnos noturnos, os ritmos biológicos e sociais sofrem alterações significativas, de forma que o organismo tem que se adaptar às condições oferecidas pelo trabalho;

o trabalhador passa a ter privação e perturbações do seu sono, o que pode gerar *stress* físico e mental, diminuindo sua capacidade para o trabalho. Neste caso, quando um enfermeiro não rende o que devia, deixando algum trabalho por fazer, nem sempre é visto pelos colegas com bons olhos.

Se por um lado, existem elementos nesta equipa que percebem que o cansaço pode ser gerador de falta de rendimento e procuram ajudar criando redes de inter-ajuda, por outro lado, existem os que não percebem, havendo conflitos difíceis de resolver.

Alguém que controla a medicação do *stock*, alguém que tem uma visão geral de todos os doentes, porque, não tendo doente nenhum, no fundo é responsável por eles todos, e acaba por ter outras responsabilidades. Eu acho que é muito importante [Enf C₄₇ 47]!

Um fator que também condiciona a saúde dos atores é a própria ergonomia existente no local de trabalho, pois o que se vê em alguns casos é o enfermeiro a esforçar-se para responder às exigências da tarefa e das condições de inadequação. Por exemplo, na transferência do cliente da cama para o cadeirão, a iluminação, entre outras, frente às suas características antropométricas.

Face a todos estes indicadores já apresentados, um outro é inevitável não existir: os grupos de amigos dentro de cada equipa. A relação profissional é facilmente convertida em relação de amizade também, e as fronteiras mal delineadas entre cada uma delas são facilmente transpostas.

Curiosa é a posição da enfermeira chefe face a esta situação. Ela refere mesmo que quando vê “grupinhos” dentro de cada ala, onde a amizade entre eles começa a destabilizar a dinâmica do serviço toma uma posição, separando os elementos. Esta rotatividade é outro fator que condiciona a relação entre os atores.

A entrada e saída de elementos de uma equipa exige adaptação e integração tanto dos novos, como do elemento que saiu. As expectativas face à mudança levam ao aumento do medo e ansiedade que inevitavelmente condiciona o trabalho e as próprias relações.

Se por um lado alguns profissionais consideram que a rotatividade dentro de um hospital é uma estratégia de gestão que não influencia os cuidados prestados aos doentes, e melhoram as competências dos enfermeiros sujeitos a isso, por outro, existem aqueles que consideram a rotatividade como uma estratégia que conduz à constante adaptação a serviços, provocando um rendimento inferior no trabalho produzido.

Em relação a isso, quando questionados diretamente sobre se a rotatividade tem influência direta no desempenho junto dos clientes (melhora ou piora), um enfermeiro referiu numa resposta que deu, que não gosta de mudar de ala porque são patologias diferentes, e a própria estrutura física dos serviços o baralha, tornando o seu trabalho mais suscetível a erros.

Uma outra opinião colhida refere-nos que apesar de existir alguma especificidade na divisão das alas por patologias, na maior parte do tempo depende das necessidades do serviço nomeadamente da taxa de ocupação. O que, na sua opinião, não interfere com o seu trabalho negativamente, pelo contrário.

É muito bom tanto para o serviço, como a nível pessoal [Enf C₅₇ 37].

Mas a experiência que têm de rotatividade não se passou apenas dentro do serviço, um dos enfermeiros já teve a experiência de ter estado noutra hospital fora do país refere que a visão com que veio fez perceber que a prestação de cuidados de qualidade não é uma utopia, mas pode ser uma realidade.

Na Suíça trabalhávamos como vem nos livros... e depois está tudo muito bem organizado [Enf A₀₁ 71].

Daí que sugere como mais-valia para melhorar a *performance* dos cuidados prestados pelos enfermeiros o “empréstimo” destes por curtos períodos a outros hospitais e vice-versa, num género de intercâmbio.

Se por um lado a rotatividade é positiva, por outro a existência de um enfermeiro de horário fixo, que conheça o serviço melhor do que ninguém, de forma a gerir a informação de todos os dias que poderá não ser passada em tempo útil, é considerada uma mais-valia.

Alguém que controla a medicação do *stock*, alguém que tem uma visão geral de todos os doentes, porque, não tendo doente nenhum, no fundo é responsável por eles todos, e acaba por ter outras responsabilidades. Eu acho que é muito importante [Enf C₄₇ 47]!

O tema relações interpessoais na formação dos enfermeiros tem sido alvo recente de investigação pela necessidade que os estudos transmitem na caracterização de determinados sentimentos, como amor, ódio, amizade e a importância destes na vida humana.

Essas relações correspondem a um conjunto de procedimentos que visam facilitar a comunicação e a linguagem, estabelecer laços sólidos nas relações humanas e criar uma linha de ação sobre as

bases emocionais e psicopedagógicas, garantindo, assim, uma visão sistêmica e integrada do ser humano.

No entanto, quando nos referimos às relações interpessoais, entramos numa área complexa, porque o ser humano é uma figura ímpar, singular no imenso espaço que retrata a nossa passagem pelo tempo. Essa originalidade de cada um dificulta a comunicação interpessoal e com ela todo esquema de relações humanas que envolvem o segredo do conviver.

O enfermeiro durante a sua atividade profissional trava, com diferentes atores, tipos de interações diferentes, que condicionam, de diferentes formas, a sua prática.

Antes de se compreender os tipos de interações que os enfermeiros podem travar num serviço hospitalar, percebemos que a primeira etapa a que estes estão sujeitos antes do estabelecimento de uma relação interpessoal é a de se compreender a si mesmo e aos seus problemas, bem como possuir uma capacidade de os solucionar em qualquer relação próxima, duradoura em que se possa promover um clima de calor e compreensão autênticos. É estabelecida a relação enfermeiro com o seu *self*.

Daí que, o nosso primeiro trabalho, no sentido de compreender as interações existentes no seio destes profissionais, foi o de conhecer individualmente cada enfermeiro da equipa já que nos permitiu compreendemos como é executado o seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta.

A comunicação entre o enfermeiro e os restantes atores com quem interage é o denominador comum da interação, o agente técnico e o trabalho que realiza. É a base de qualquer relação e, por isso, toda a observação que se efetuou, dessa interação, tem no centro a comunicação existente.

Depois deste trabalho individual cada enfermeiro relaciona-se com os diferentes atores que interagem consigo na sua jornada de trabalho. O primeiro com quem interage, mesmo antes de se integrar na equipa é com o cliente.

O relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente baseia-se na comunicação de quem cuida e de quem é cuidado, aproximando-os de forma a que o enfermeiro possa compreender a experiência do cliente tendo uma visão holística acerca do atendimento no processo saúde-doença.

O enfermeiro tem que ter consciência de tudo o que acontece, para que o cliente o veja como uma pessoa em quem possa confiar, podendo contar tudo o que lhe está a acontecer, naquelas

circunstâncias. Desta forma, poderá encarar o enfermeiro como uma pessoa igual a ele, mas com conhecimentos que lhe poderão ser úteis - isso torna o tratamento mais eficiente, porque, dessa maneira, o enfermeiro saberá como conduzir o cliente sem receios. Esta relação poderá ser uma das mais *stressantes* sob o ponto de vista do enfermeiro.

Numa outra relação, a de enfermeiro – parceiro enfermeiro, observaram-se duas formas de interação: uma estritamente de carácter pessoal, onde os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobre a posição das dimensões pessoal e tecnológica, e outra é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipa.

Os agentes destacam, como características do trabalho em equipa, a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da confusa relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspetiva de uma interação estritamente profissional, que embora menos comum nesta equipa, é observável.

O trabalho de enfermagem é uma atividade que essencialmente se faz em equipa. Os enfermeiros estão em contacto com o cliente durante vinte e quatro horas por dia. A qualidade de seu desempenho depende basicamente da articulação do enfermeiro com outros membros da equipa de saúde.

Na sua jornada no hospital o enfermeiro interage também com um conjunto de profissionais, em que os médicos e os auxiliares de ação médica são os que se destacam pelo tempo de permanência junto destes.

A interação estabelecida, segundo a nossa perceção, é boa de uma maneira geral, pois a comunicação existe e é efetiva. No entanto, os conflitos existentes noutras equipas semelhantes, neste grupo, também, são observáveis.

Um dos primeiros fatores que revela a origem dos conflitos é o facto da classe médica ser uma profissão das mais antigas, com uma formação superior e com uma organização cuidada e rigorosa. Por sua vez, os enfermeiros, só há uns tempos a esta parte, é que têm vindo a construir e a organizar a classe.

E, mesmo sendo os enfermeiros aqueles que maior representatividade têm em qualquer instituição de saúde hospitalar, e mesmo sendo eles os responsáveis pela gestão dos recursos humanos, materiais, instalações necessárias ao atendimento de qualidade dos clientes, com funções administrativas, e de orientação quanto às normas, rotinas e atribuições requeridas pela complexa gestão da instituição, entre outras, ainda pouco se conseguem impor mostrando os seus conhecimentos científicos, sujeitando-se muitas vezes, e contra a sua vontade, às prescrições médicas.

Em relação à interação estabelecida com as auxiliares de ação médica aquilo que se observa é o “reverso da medalha” mostrando os enfermeiros a superioridade que sentem na relação com os médicos.

Com os outros profissionais, como o contacto é menor em termos de quantidade de tempo e a interação estabelecida é estritamente profissional, há momentos de empatia.

Existem enfermeiros que desempenham ainda um duplo papel (são prestadores de cuidados e são orientadores) estabelecendo a interação enfermeiro-aluno. Esta interação baseia-se numa relação mais técnica onde o enfermeiro é orientador, transmissor de conhecimento, é aquele que ajuda e apoia o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno. Não podemos dizer que se observa uma relação de amizade, por exemplo.

Nas suas relações com os alunos de enfermagem o que se via era, ao lado da razão, a imaginação, os sentimentos, os sentidos. Eram estes os instrumentos de atuação na realidade e criação de saberes e valores. Apesar de se verificar um tratamento “impessoal” (chamavam-se na segunda pessoa do plural - “você”) como se aprende nos cursos de acompanhamento de alunos, e que ajuda a evitarem-se “os abusos”, a aproximação existia quando havia cuidado em perguntar se estavam a gostar do ensino clínico, quando surgia o convite ao aluno para acompanhar no lanche, etc..

Já contamos pelo menos quatro tipos de interações, no entanto não podemos deixar de lado pelo menos duas que também se mostraram relevantes: Enfermeiro – família e, Enfermeiro – vida pessoal.

Na relação com o cliente é quase obrigatório o estabelecimento de uma relação com a sua família. Esta relação é igualmente importante àquela que se estabelece com o próprio cliente, e a base da interação é a mesma, a comunicação.

O outro tipo de interação que se estabelece é aquele que mais preocupa a enfermeira chefe. Entre pessoas é normal que se criem grupos e empatias diferentes, outras vezes podem-se criar ou construir relações além da amizade e do profissional (amorosas).

Neste grupo jovem, este tipo de relações destaca-se e consegue-se detetar pelas conversas que travam, principalmente quando relembram um encontro num café no dia anterior, ou quando combinam outro encontro.

Apesar dos seus aspetos positivos – a equipa trabalhar com mais motivação, poderão existir aspetos menos positivos que conduzirão à rutura da equipa e ao mau ambiente que levará à má qualidade de cuidados prestados – quando surgem os conflitos.

Após abordarmos os tipos de interações existentes nas relações interpessoais dos enfermeiros do estudo, importa, agora, abordar os seus conteúdos.

A noção de indivíduo não pode estar ligada à de uma personalidade com características estáveis ou uniformes, que desempenha um “papel fixo”. Os papéis são variados e, portanto, o singular, construído ao longo do desenvolvimento, está entrelaçado com o heterogéneo, no que diz respeito tanto à personalidade, quanto às funções psicológicas individuais.

O conteúdo das interações que o indivíduo trava no processo das suas relações sociais depende fundamentalmente do seu *socius*, ou seja, da sua relação com todos aqueles com quem interage.

Pela observação efetuada, rapidamente foi percebido que em qualquer relação que cada enfermeiro estabelece, independentemente do ator com quem o faz, as competências que mais se destacam são a escuta e a observação (Gomez *et al.*, 2003; Phaneuf, 2005).

Facilmente se compreende este facto pela necessidade das pessoas, em diferentes contextos, principalmente no contexto de doença, serem vistas, ouvidas, e quererem receber uma comunicação autêntica; enfim, todas as pessoas que se encontram envolvidas neste cenário, desejam ser percebidas como pessoas no relacionamento, e esse tipo de relacionamento traz ganhos para a qualidade dos cuidados.

Está claro que o investimento que cada um faz na escuta e observação que efetua é diferente consoante o ator, o seu relacionamento, ou até mesmo o interesse que tenha na relação que se encontra a travar.

Importa, no entanto, acrescentar que, antes de cada indivíduo procurar a compreensão do outro, precisa de se compreender primeiramente a si mesmo – a auto-compreensão. Vários autores defendem isto, e mesmo nós conseguimos observar no conteúdo dos diálogos que travavam quer com os enfermeiros colegas, como com os próprios clientes, quando transportavam para as conversas experiências vividas que se assimilavam ao conteúdo do que partilhavam.

Nas interações existentes e nas relações interpessoais estabelecidas, o conteúdo comum tem a ver com os sentimentos que existem no momento e se partilham para prolongar ou diminuir conforme são bons ou maus, respetivamente. A razão de se estar ali (quer como profissional, quer como cliente), os pensamentos que devemos carregar para continuarmos cada jornada diária, os conselhos que devem ser dados, os ensinamentos que devem ser feitos... a imaginação de cada um associado aos conhecimentos técnicos e científicos determinam qual o conteúdo de cada interação estabelecida, com o ator correspondente, para que daí resulte a melhor relação possível ou o melhor resultado possível.

Mas falar-se de interações é preciso falar-se de comunicação, comunicação essa que se faz através da linguagem e da não-linguagem (comunicação não-verbal). Não importa definir cada uma delas, porque esta temática já se discute há muito, o importante é não deixar de referir a importância que a comunicação tem para qualquer relação, seja entre quem for, com a profundidade que tiver. É ainda mais importante realçar o poder da palavra, da linguagem utilizada, e dos gestos. O enfermeiro neste contexto, usa e abusa desta arma com que está munido e mostra-nos as suas interações através da comunicação (terapêutica).

As relações interpessoais devem ser consideradas elementos norteadores na formação de enfermeiro, pois são, ao lado da capacitação técnica/teórica, fundamentais para a construção da identidade do enfermeiro.

Nessa perspetiva, as relações interpessoais são a maneira pela qual o enfermeiro propicia a oportunidade de tornar a relação cuidar-aprender um momento de conquista do conhecimento, mas pautada pela satisfação pessoal e profissional.

A formação em sala de aula, como se preconizava antigamente, tem sido ultrapassada pelas novas técnicas usadas neste século. Não é que se possa dispensar, mas a formação em contexto de trabalho para a profissão do enfermeiro é indispensável e fundamental, como temos vindo a referir.

A formação que se fala aquando das relações interpessoais estabelecidas é a mais pura e singular de todas, porque depende das vivências de cada um, da forma de estar no momento em que se dá e em parte de quem as gere, se existir alguém que o possa fazer.

Numa relação interpessoal aprende-se a comunicar com o outro, porque se pode pôr em prática aquilo que se aprendeu na teoria. O que se observou é que os enfermeiros têm o cuidado de melhorar a comunicação que estabelecem com o outro, conforme o interlocutor. Os que são mais tímidos esforçam-se, pelo menos, para comunicar com o cliente (pela necessidade do cuidado que lhe está inerente), aprendendo assim a comunicar mais e melhor.

Assim como se aprende a comunicar, aprende-se também a perceber que cada um tem o seu papel no grupo, e que é necessário respeitar as diferenças de cada um, e funcionar como um mosaico interligado, pois que em grupo, tudo se consegue com maior qualidade.

Esta consciencialização permite aos enfermeiros refletir acerca dos comportamentos, atitudes e valores, a gerir as suas emoções. O papel que a enfermeira chefe desempenha neste sentido, assim como os enfermeiros de horário fixo, é relevante. Porque a auto reflexão nem sempre é feita e nem sempre permite um ganho em formação.

A reflexão partilhada dos comportamentos que tiveram em grupo, para com o cliente e família ou outro profissional permite melhorar (se for o caso disso) ou criar maior motivação para o trabalho realizado.

Com esta (reflexão), os enfermeiros conseguem encontrar valores, melhorar atitudes e aprender a gerir as suas próprias emoções, porque em cada experiência tiram uma lição com o que refletem (nem que seja pelo medo da penalização em relação aos incentivos ou mesmo contrato de trabalho!).

O papel da supervisão na mediação destas reflexões e das próprias relações interpessoais é importante, como temos vindo a referir. Caso não aconteça desde o início, como forma do

supervisor ganhar a confiança do supervisando e vice-versa, a SC pode ficar comprometida. Cottrell e Smith (2002), num estudo que realizaram, revelam que a implementação da supervisão clínica pode falhar na prática, devido às relações interpessoais, dado que podem tornar a supervisão clínica menos efetiva.

Ao potenciarmos a SC, promovemos o processo de transferibilidade de saberes e competências que diariamente são registados nos serviços (Graveto, 2005). A SC permite aos enfermeiros utilizar e mobilizar as suas habilidades em contextos diferentes, revelando assim capacidades de adaptação, mobilizando e transferindo *saberes, saberes-fazer e/ou saberes-estar* em várias situações. Analisemos este exemplo:

(...) Como tive oportunidade de observar, quando a enfermeira chefe vai ao serviço possibilita a criação de espaços de reflexão, para que se criem bons hábitos de trabalho, motivando-a e orientando-a em algum do trabalho que desenvolve, encorajando-a e acompanhando as suas práticas.

Apesar de ser uma das enfermeiras mais velhas do piso, ainda que nova de idade, mas com cerca de dezassete anos de profissão, é alguém que gosta de investigar, manter-se atualizada, formar-se, porque diz que são aspetos fundamentais na nossa profissão.

Querer mudar ou inovar quando as práticas assim o exigem, por vezes é complicado, principalmente quando criamos hábitos que são enraizados, torna-se difícil dar um passo de forma a arrancar as raízes que nos prendem ao chão.

Esta comunicação a que se assiste entre a enfermeira chefe e a colega do serviço permite que se estabeleça permuta de experiências o que resulta no desenvolvimento do conhecimento acerca de variados assuntos que se falem de momento [31º Dia de Observação].

Verificamos que a transferibilidade de competências verifica-se nas situações em que se sentem seguros de um determinado aspeto, mobilizando e procurando mais, saber quando as suas ações não são eficientes e, aplicando-o intencionalmente através do uso de conhecimentos nestes ou noutros contextos semelhantes. Se os contextos forem semelhantes, a atuação surge pela replicação, se forem diferentes, há uma necessidade de adaptação a novas realidades que é conseguida pelas relações interpessoais que se travam e pela relação supervisiva existente.

Depois desta abordagem sobre algumas dimensões das competências profissionais relacionadas com esta profissão, estamos em consonância com a opinião de Graveto (2005) quando refere que se lançar um desafio a cada profissional de enfermagem para reproduzir momentos marcantes que tenha vivenciado, certamente que poucos evidenciarão o sentido técnico. Acrescenta que o que é recordado se refere a situações de grande envolvência pessoal e de grande interação humana.

Esta transferibilidade não se dá apenas na relação travada entre os enfermeiros, mas em toda a equipa. É, contudo, de referir que a identidade profissional (social) aqui criada leva-nos a verificar esta prática maioritariamente entre os profissionais da mesma atividade.

A identidade profissional é uma identidade social (Tajfel e Turner, 1979), uma relação que acontece num domínio especializado da atividade humana. No caso dos enfermeiros, a identidade profissional está relacionada com o cliente, mas também com as relações no grupo profissional e a cultura mais vasta da sociedade em que se integra. A enfermagem põe em destaque as capacidades da relação humana e é uma atividade eminentemente pública e coletiva, daí a importância das relações no grupo profissional e na dinâmica sócio económica e cultural mais vasta em que ela se integra.

A identidade coletiva (dos profissionais entre si e com o mundo envolvente) é uma ação comum ou coletiva, cuja coerência se encontra na interação interpretativa existente entre os participantes.

A qualidade da interação entre a identidade profissional individual e a identidade profissional coletiva (que sustém ou não a primeira) depende da partilha de categorias de práticas e de categorias de apreciação dessas práticas, existentes no passado e no presente da profissão. A relação de si consigo e de si com os outros faz-se dentro desta semântica carregada de valores, de desejos e de história.

10.3. Modos de socialização no processo de transição ecológica

“Só ensina quem aprende e quem aprende, ensina.”
(Paulo Freire)

Durante o discurso utilizado, o denominador comum a todos os processos é o contexto onde se realiza. A influência que este tem não é novidade no nosso século e tem sido, inclusive, tema de muitos estudos.

A teoria que nos tem acompanhado, e que nos permite explicar alguns destes fenómenos é a que tem sido desenvolvida por Bronfenbrenner – Teoria do desenvolvimento humano, já mencionada no capítulo três, da parte um, deste relatório.

Relembrando os seus pressupostos, o desenvolvimento humano como entendido na proposta ecológica de 1994, é observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com o seu ambiente. O ambiente é considerado nesta abordagem, como ambiente percebido, constituído de quatro níveis crescentes e um transversal inter-articulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes.

Quanto à conceção de desenvolvimento, Bronfenbrenner (1996), em vez de dar toda a importância aos processos psicológicos tradicionais como percepção, motivação, pensamento ou aprendizagem, enfatiza o conteúdo desses processos como o que é percebido pela pessoa, ou ainda o que é temido, pensado ou adquirido como conhecimento, importando-se mais com a forma como a natureza desse material psicológico pode ser alterada em função da exposição e interação do ser humano em desenvolvimento com o seu meio ambiente.

A definição de desenvolvimento humano, para o autor, consiste numa mudança duradoura na maneira como uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente, (...) *é o processo através do qual a pessoa desenvolve uma conceção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e se torna mais motivada e mais capaz de se envolver em atividades que revelam as suas propriedades, sustentam ou restituíram aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior de forma e conteúdo* (Bronfenbrenner, 1996:5).

Recentemente, Bronfenbrenner e Morris (1998:995) reanalisaram este conceito e complementaram-no, definindo como desenvolvimento “*o processo que se refere à estabilidade e mudanças nas características biopsicológicas dos seres humanos durante o curso de suas vidas e através de gerações*”.

Além dos ambientes, as estruturas interpessoais também são importantes contextos de desenvolvimento humano. No seu modelo original, Bronfenbrenner (1996) salienta o grande mérito das relações entre as pessoas, estabelecendo como condição mínima para a formação de díades a presença de uma relação interpessoal recíproca.

A premissa básica e mais importante na formação de uma díade é, se um dos membros do par passar por um processo de desenvolvimento, contribuir para a ocorrência do mesmo processo no outro. Desse modo, para o autor (1996:46), “*uma díade é formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas atividades uma da outra ou delas participam*”. Estas por si só já têm a sua importância, enquanto elementos favoráveis ao desenvolvimento humano, podendo contribuir para a formação de outras estruturas interpessoais maiores, incluindo mais de duas pessoas, por exemplo (tríades).

Este autor leva-nos a compreender como pode funcionar a ajuda de um supervisor (como colega mais experiente) para o enfermeiro. Ao privilegiarmos as relações interpessoais, dando conotações positivas ao desenvolvimento humano e de conhecimento, facilmente podemos dar exemplos reais da funcionalidade desta interação relacional para todo o processo estudado (acreditação), com base nas díades nas suas três formas funcionais:

A **díade observacional** a qual ocorre quando uma pessoa observa cuidadosamente a atividade do outro e este, por sua vez, reconhece o interesse demonstrado por aquilo que faz, torna claro o papel do supervisor na gestão das dúvidas, na gestão das atividades formativas, e na ajuda que pode dar para não existir desmotivação nem frustração, principalmente quando falamos de equipas jovens e pouco experientes, como é o caso.

A **díade de atividade conjunta** a qual acontece quando duas pessoas fazem alguma coisa juntas. Nesta díade revemos a importância que os projetos têm para a vida de uma equipa, de um serviço, principalmente de uma instituição de saúde.

Por fim, a **díade primária** é aquela que, mesmo quando os dois membros não estão próximos, ainda continua a existir como que fenomenologicamente. Os dois membros estão interligados por uma relação de empatia, tendo tal influência recíproca que, mesmo separados, um influencia o comportamento do outro.

É de sublinhar que todas estas formas de díades podem ocorrer simultaneamente ou separadamente. Elas exercem uma poderosa influência na aprendizagem e no desenvolvimento.

Face aos resultados encontrados por nós, acrescentamos ao proposto por Bronfenbrenner, a proposta de Goodnow (1996) que refere que seria mais adequado caracterizar o curso do desenvolvimento pela diferenciação na forma de participação nas relações.

O indivíduo mais participativo insere-se nos diversos níveis do sistema ecológico (Bronfenbrenner, 1994) e para este indivíduo, o macrossistema (enquanto ambiente percebido) é um sistema com o qual ele pode ter contacto e, que possui formas de interação e intervenção.

A observação do estabelecimento de contratos sociais seria um exemplo que possibilita a composição de relações em sistemas que não são imediatos e assim são caracterizadores da inserção noutros sistemas, como é o caso da inserção de mudanças nos contextos de trabalhos, que se foram observando ao longo da implementação do sistema de gestão pela qualidade.

Este aspeto encontra-se reforçado nas novas reformulações do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris (1998), onde é incluída uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento. Bronfenbrenner faz também críticas a sua primeira abordagem, em relação à excessiva ênfase nos contextos de desenvolvimento, deixando a pessoa em desenvolvimento num segundo plano.

O novo modelo que em vez de ecológico passa a ser chamado de bioecológico, tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento.

Neste modelo, como já referimos noutro capítulo e agora reforçamos de forma a realçar a importância deste no apoio a este estudo, são rerepresentados quatro aspetos multidirecionais inter-relacionados, o que é designado como modelo PPCT: "*pessoa, processo, contexto e tempo*".

A Pessoa (refere-se ao fenómeno de constâncias e mudanças na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer de sua existência) reporta-se neste estudo aos enfermeiros. Com esta

nova abordagem, em que é ressaltado o facto de se considerar as características do indivíduo em desenvolvimento, como as suas convicções, o nível de atividade, temperamento, além das suas metas e motivações, sublinhamos, mais uma vez, a importância que o enfermeiro tem em todo o processo, assim como as suas convicções e motivações.

É importante ter isto em consideração porque há um forte impacto na maneira como os contextos são experienciados pela pessoa, tanto quanto os tipos de contextos nos quais o sujeito se insere.

No modelo bioecológico proposto por Bronfenbrenner e Morris (1998), distinguem-se três tipos de características da pessoa que influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano. O primeiro é: *disposições* que podem colocar os processos proximais em movimento e continuam sustentando a sua operação; O segundo diz respeito aos *recursos bioecológicos* de habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento e, por último, há características de *demandas*, que convidam ou desencorajam reações do contexto social que pode nutrir ou romper a operação de processos proximais.

A gestão destes processos é uma função do supervisor clínico que, com formação adequada ao seu desempenho, poderá realçar as características pessoais dos enfermeiros, usando-as de forma a tirar o devido proveito para todo o processo.

Apesar de na instituição não haver esta figura, os enfermeiros de horário fixo e a enfermeira chefe desempenham parte destes papéis, com resultados satisfatórios, como já falamos anteriormente, quando abordamos o papel do supervisor.

O Processo tem a ver com as ligações entre os diferentes níveis e é constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente um ser humano, criança ou adulto, é requerida - para todos eles - a mesma coisa: participação ativa em interação progressivamente mais complexa, recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Para ser efetiva, a interação tem que ocorrer numa base bastante regular em períodos estendidos de tempo.

A implementação deste modelo de acreditação da qualidade é algo morosa, e que permite a inserção da Pessoa (enfermeiros) no Processo (acreditação). E se inicialmente é um trabalho mais de gestores de topo, progressivamente pode ser alargado aos enfermeiros da prática, introduzindo atividades e funções cada vez mais complexas.

Esta visão permite-nos realçar, uma vez mais, a dinâmica de todo o processo, isto é, apesar de apenas termos estudado a implementação do modelo, o processo não termina só porque se atingiu a acreditação. Há uma continuidade que permite a permanente intervenção e ação dos enfermeiros (e outros profissionais) na manutenção da qualidade e na monitorização dos indicadores encontrados e desenvolvidos.

O Contexto (o autor reporta-se ao contexto de desenvolvimento) é o meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais. Os vários ambientes subdivididos pelo autor, abrangem tanto os mais imediatos, nos quais vive a pessoa em desenvolvimento, como os mais remotos, onde a pessoa nunca esteve. Esses ambientes são denominados *micro*, *meso*, *exo*, *macro*, e *cronossistemas* e, ao relacionarem-se, têm o poder de influenciar o curso de desenvolvimento humano.

O ambiente ecológico de desenvolvimento humano não se limita apenas a um ambiente único e imediato, e deve ser *“concebido topologicamente como uma organização de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte”* (Bronfenbrenner, 1996:18). Esse conjunto de estruturas, que no dizer do autor parece lembrar um jogo de bonecas russas encaixadas uma dentro das outras, interferem mutuamente entre si e afetam conjuntamente o desenvolvimento da pessoa. Cada uma das estruturas é chamada pelo autor de: *micro-*, *meso-*, *exo-* e *macrossistema* (*mais recentemente fala ainda no cronossistema/tempo*).

Quando Bronfenbrenner (1996) faz a crítica aos modelos de pesquisa nos quais o ambiente é descrito em termos de uma estrutura estática, ficando delimitado a um único local imediato onde se encontra o indivíduo em desenvolvimento, ele está a referir-se ao *microsistema*. Assim, este é definido como: *“um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas”* (p. 18), portanto são os serviços (independentemente do espaço físico – ex. Ala A, B, C...) onde cada enfermeiro trabalha, onde são envolvidos em interações face-a-face.

“Os padrões de interação, conforme persistem e progridem por meio do tempo, constituem os veículos de mudança comportamental e de desenvolvimento pessoal. Igual importância é atribuída às conexões entre as pessoas presentes no ambiente, à natureza desses vínculos e à sua influência direta e indireta sobre a pessoa em desenvolvimento” (Haddad, 1997:36-37).

O *mesossistema* diz respeito às interrelações entre dois ou mais ambientes nos quais uma pessoa participa ativamente, podendo ser formado ou ampliado, sempre que ela passe a fazer parte de novos ambientes. No caso concreto da sua formação em enfermagem, neste ambiente incluímos o serviço onde trabalham, eventualmente as suas casas, ou um outro serviço onde possam vivenciar experiências de trabalho, a rede de amigos, os clientes...

Num *exossistema*, ao contrário do *mesossistema*, a pessoa em desenvolvimento não é participante ativa, mas aí podem ocorrer eventos que a afetem, ou ainda vice - versa, podem ser afetados por acontecimentos do ambiente imediato onde se encontra. Estes tipos de ambientes que consistem em exossistemas podem ser, por exemplo: os familiares dos clientes, as políticas institucionais, entre outros.

O *macrossistema* envolve todos os outros ambientes, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra. Neste caso, podemos dar, como exemplo, a estrutura política e cultural do país em termos de saúde e economia.

O contexto de trabalho destes atores é um contexto que se descreve multicultural pela existência de profissionais provenientes de várias partes do país e de outros países. Essa multiculturalidade invoca a existência de transições (Meleis *et al.*, 2000) que acontecem, quer na adaptação a esta realidade, quer no trabalho que desenvolvem com o cliente, quer pelas mudanças sucessivas que ocorrem fruto da implementação do modelo de gestão e avaliação da qualidade.

O tempo (*Cronossistema*) pode ser entendido como o desenvolvimento no sentido histórico ou a forma como ocorrem as mudanças nos eventos, no decorrer dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento. Para Bronfenbrenner e Morris (1998), eventos históricos podem alterar o curso de desenvolvimento humano, em qualquer direção, não só para indivíduos, mas para segmentos grandes da população. A passagem do tempo em termos históricos tem efeitos profundos em todas as sociedades. A forma como se abordam as questões institucionais e o “arrastar” no tempo pode ter grande impacto (positivo ou negativo) em todo o processo de desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Na última parte do questionário, desafiamos os inquiridos a responderem a quatro questões abertas onde refeririam vivências na área da formação e supervisão, falando-nos dos seus momentos significativos. Como foi esclarecido no questionário, os momentos significativos

representam transições ecológicas que marcam o processo de aprendizagem e de socialização pessoal e profissional, podendo ser avaliadas como mais ou menos positivos.

Na análise de conteúdo destas respostas manteve-se a filosofia inerente à sua construção, isto é, as mesmas foram analisadas à luz da teoria de que temos vindo a falar, perspetiva assumida ao longo do nosso estudo.

A utilização deste modelo sabendo que é visto como um quadro explicativo que permite compreender determinadas vertentes do processo de desenvolvimento humano nos contextos em que ocorre, foi a de enfrentar o desafio de identificar qual ou quais os contextos que interferem de forma mais pronunciada no processo de socialização, formação e desenvolvimento da equipa estudada, e de que forma se produzem transformações.

A dificuldade na análise destas questões foi grande, devido à disparidade dos momentos referidos quanto às vivências significativas dos respondentes. Começou por pedir-se relatos de experiências positivas ocorridas durante a experiência profissional, para logo serem pedidos os menos positivos, depois apelou-se aos exemplos de momentos do quotidiano mais significativos para a formação e, por fim, uma situação significativa na qual o supervisor tenha tido uma intervenção ativa.

Na figura 16, apresentam-se, de forma sistematizada, os resultados da análise efetuada relacionando cada categoria encontrada com o sistema em que, na nossa interpretação, está inserida.

Figura 16: Formação, práticas e socialização profissional



Nesta categorização importa ter presente que o supervisor é representado como alguém que (deve) ajuda(r). Qualquer que seja a área (cuidados diretos, organização ou gestão de situações, tomadas de decisão, entre outros), de forma positiva ou negativa a ajuda é um imperativo.

PARTE IV

CONCLUSÕES E SUBSÍDIOS

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS, OPÇÕES DO ESTUDO E SUBSÍDIOS PARA O FUTURO

Partindo do referencial teórico e dos dados emergentes do estudo empírico, revelam-se alguns pressupostos que, pela sua pertinência, devem ser realçados.

Em primeiro, a descrição de determinada realidade é tanto mais objetiva, quanto melhor pudermos compreender a formação do adulto no contexto da sua vida, e nas relações que estabelece com o meio. O desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes e espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa; por outro lado, permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação.

Em segundo, cada um de nós, enquanto atores sociais, somos objeto e sujeitos de transmissão cultural e, portanto, agentes de socialização. Levamos para as estruturas de saúde os valores pessoais e, as representações sociais construídas acerca das organizações de saúde, os modelos de formação aceites e partilhados na escola, recebemos destas estruturas conhecimentos e desenvolvemos capacidades que nos permitem intervir socialmente.

As potencialidades formativas do contexto e da situação de trabalho são condicionadas pelo tipo de contexto, pelas relações existentes, pelas decisões tomadas, e fortemente marcadas pela comunicação estabelecida. Sem estratégias de formação estruturadas aumenta a dificuldade de implementação de projetos que exijam mudança e conhecimento. Os processos de implementação de qualidade numa instituição hospitalar são delicados, exigentes e difíceis, pelo que a existência de um sistema de supervisão poderá ser a base de suporte e ajuda às potencialidades formativas do contexto e situação de trabalho.

Este estudo integra-se no Programa Doutoral em Didáctica e Formação (3º Ciclo), ramo de Supervisão, desenvolvido na Universidade de Aveiro, Departamento de Educação. Durante o trajeto

a investigadora principal esteve dois anos associada ao Laboratório de Avaliação da Qualidade Educativa, sediado neste departamento.

A passagem por este laboratório permitiu uma construção integrada de conhecimento, uma vez que dele fazem parte elementos de várias disciplinas formativas a operar os seus estudos no campo da avaliação da qualidade.

Com o presente capítulo pretendemos, através de uma argumentação final, dar a conhecer as principais conclusões do estudo, assim como as limitações que apresenta pela própria estrutura de investigação. Por fim, reconhecendo que os processos investigativos são dinâmicos e evolutivos, apresentar propostas para futuras investigações.

Sendo este o último capítulo deste trabalho gostaríamos de afirmar que, em nenhum momento do estudo, se teve o propósito ou a pretensão de se tecer qualquer tipo de generalização sobre os resultados obtidos.

“...quem somos nós, quem é cada um de nós senão uma combinação de experiências, de informações, de leituras, de imaginações? Cada vida é uma enciclopédia, um inventário de objetos, uma amostragem de estilos, onde tudo pode ser continuamente remexido e reordenado de todas as maneiras possíveis”

(Ítalo Calvino)

Considerações Finais

Acredita-se que muitas vezes a organização do processo de trabalho, a preocupação dos profissionais em atender à procura dos serviços, as situações de sobrelotação, a adequação dos recursos humanos para a prestação de uma assistência segura e as características do cliente atendido, tudo isto conduz ao distanciamento dos enfermeiros entre o pensar e o fazer, entre a teoria e a prática, e ao desenvolvimento de atividades mecânicas, rotineiras e fragmentadas.

Hoje é difícil encontrar respostas criativas que alguém já não tenha encontrado. Para se ter estratégias mais consistentes e perenes, é necessário aprofundar-se a compreensão dessa realidade tão complexa e mutante.

Neste trabalho de investigação, procuramos analisar as principais estratégias supervisivas e formativas encontradas pelos enfermeiros numa instituição hospitalar que implementa um processo de gestão e avaliação da qualidade, com vista à acreditação, numa perspetiva ecológica. Um dos interesses da investigação foi o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com base nas dinâmicas supervisivas e formativas utilizadas, no seio de uma experiência de cunho colaborativo, admitindo ser este um processo marcado pela alinearidade e dependência da implicação individual numa situação que se propõe formativa.

Assumindo, como contexto, uma equipa de trabalho constituída por enfermeiros, o caminho escolhido para a compreensão do objeto de estudo teve, como primeiro passo, uma análise da experiência num todo. Para este fim, teve-se em conta as dinâmicas da equipa, traduzidas em atividades, papéis e relações estabelecidas entre as pessoas que nele participaram. Nesta análise, procurou-se não negligenciar um contexto mais amplo que retratava a experiência em si e que tinha reflexos na forma como o grupo geria as suas dinâmicas.

Depois de analisado o processo de implementação do modelo de gestão e avaliação da qualidade na sua generalidade, ocupamo-nos de percursos de um grupo mais restrito (*pequeno grupo*) desenvolvidos no seu âmbito. Da experiência de doze enfermeiros participantes do grupo, procuramos aceder à forma como vivenciavam os processos formativos e supervisivos nas equipas de que faziam parte. Nos paralelos possíveis, procuramos apreender momentos de estabilidade e instabilidade de concepções como indicadores de um processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Procurando contextualizar estas estabilidades e/ou transformações no trabalho que era desenvolvido no grupo, julgamos importante explorar, ainda, as concepções reveladas pelos entrevistados sobre as dinâmicas que tinham lugar naquele contexto. Aproveitamos, ainda, a experiência administrativa de dois gestores (o da equipa e o da instituição) como forma de compreendermos a concepção do processo de avaliação e acreditação da qualidade do hospital.

O resultado do nosso desenho de investigação traduziu-se, dessa forma, num mosaico de concepções sobre a formação em contexto de trabalho, sobre supervisão clínica em enfermagem, sobre a investigação, sobre os papéis assumidos, sobre colaboração e sobre qualidade em saúde. Procurando reconstruir este mosaico partindo da questão principal do estudo – “*Que modalidades assumem as estratégias de supervisão das práticas clínicas e formação dos enfermeiros, num contexto de promoção da qualidade e acreditação?*”, a análise procurou seguir uma lógica que se inicia no todo, chegando ao particular (ao *pequeno grupo*) para retornar ao todo.

Este estudo teve por base o interesse sobre o tema e o reconhecimento da sua importância para os serviços de enfermagem. Outra motivação foi a oportunidade de nos defrontarmos com a implementação de um modelo de gestão da qualidade diferente daquele, até então em experiência no país, na prática, vivenciando alguns dos seus resultados positivos.

A partir dos resultados obtidos, juntamente com a revisão e consolidação da literatura sobre o tema, acreditamos que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. E, através deste estudo, esperamos contribuir para a melhoria dos serviços de enfermagem principalmente a partir de dois aspetos:

- O primeiro refere-se à disponibilidade de mais uma fonte de literatura. A temática é inesgotável, porém, entender os seus aspetos no seio da prática de enfermagem, constitui um

desafio a ser explorado. Os investigadores, enfermeiros e administradores/gestores e outros, podem contar com mais um referencial que relaciona teoria e prática.

- O segundo aspeto refere-se à realização do trabalho de campo. Os dados recolhidos e a discussão dos resultados podem servir de fonte de consulta para o hospital estudado, bem como para outras instituições que, em condições semelhantes, iniciem um processo de implementação da qualidade, tendo por base o modelo da *Joint Commission International*.

No sentido de aprofundar o conhecimento acerca dos sistemas de formação e supervisão dos enfermeiros de um hospital que implementa um processo de avaliação e acreditação da qualidade, apresentamos uma leitura global dos contributos provenientes da revisão de literatura, bem como das emergências do estudo empírico, considerando os quatro eixos de implicação: Práticas supervisivas em contexto hospitalar; Qualidade em saúde e qualidade em enfermagem; Dimensões formativas da(s) prática(s); Socialização e gestão organizacionais.

Eixo um: Qualidade em Saúde e Qualidade em Enfermagem

Segundo Donabedian (1980), antes de se pensar em avaliar a qualidade da assistência, tanto em termos gerais como em situações específicas, é necessário que haja um acordo sobre como esta qualidade é definida e quais os elementos que a constituem.

A definição de qualidade é complexa, pois deve fazer referência a todas as suas dimensões e dependerá do ponto de vista de quem a define. Mas parece haver consenso de que a qualidade assistencial é um conceito complexo e amplo.

Mota, Milleiro e Tronchin (2007) afirmam que o tema qualidade em saúde tem várias origens e todas elas decorrem do aumento e inovações da procura por serviços de saúde, custos crescentes e recursos limitados para manter estes serviços, direitos humanos e consciencialização dos clientes, reivindicações dos gestores e profissionais de saúde por condições dignas de trabalho.

Para os atores do estudo, qualidade em saúde é a qualidade dos cuidados que praticam. Estes não associam a qualidade em saúde a ganhos na dinâmica de gestão, talvez por isso não valorizem a sua participação ativa e direta na construção de uma política de qualidade.

A acreditação consiste numa estratégia de reconhecimento da qualidade. Este reconhecimento implica por si a existência de processos educativos, valorização da qualidade e melhoria contínua das organizações, tendo em vista a elevação dos padrões de qualidade e assistência.

Com a implementação de modelos de gestão da qualidade, o que se pretende no nosso país é construir um sistema mais homogéneo de saúde para a população, ao mesmo tempo que os hospitais possam competir entre eles (quer a nível nacional quer internacional), apresentando serviços de qualidade.

Para isso, um programa de acreditação hospitalar deve ter a efetiva responsabilidade de medir o desempenho, de promover melhorias de qualidade, facilitando estímulos externos e o necessário esforço interno, aumentando a responsabilidade perante os clientes.

O esforço no sentido de integrar o programa de acreditação hospitalar, tendo por base o modelo da *Joint Commission International*, não só se constitui numa iniciativa produtiva, como inovadora, que pode contribuir decisivamente para a elevação da qualidade dos serviços de saúde, redução de custos e legitimidade social das organizações.

O grande desafio, em termos de fator humano, relacionado com a acreditação hospitalar é integrar o lado humano através da motivação de seus profissionais, de tal forma que a organização obtenha ganhos, desenvolvendo e sendo desenvolvida por estes que fazem parte de todo o conjunto organizacional.

Acreditamos que os enfermeiros podem desenvolver programas inovadores nas organizações centrados em novas conceções de estrutura e propriedades dos seus serviços, tendo em vista melhores práticas em saúde e melhor qualidade do cuidado para a sociedade.

O serviço de enfermagem, dentro do macro sistema hospitalar, interage com todas as áreas sob a sua responsabilidade, de forma autónoma e em co-responsabilidade, orientado por instrumentos da estrutura organizacional tais como: regulamentos internos, organogramas, sistemas de comunicação, técnicas e rotinas e sistemas de controlo. A enfermagem exercita uma prática do cuidado sempre à procura de subsídios para a excelência do fazer profissional.

É importante salientar que as principais vantagens da acreditação não são o reconhecimento propriamente dito, embora este seja relevante. Para a organização são importantes os períodos

preparatórios (implementação do sistema de qualidade) e posteriores (manutenção e aprofundamento dos padrões de qualidade).

Assim, espera-se que os profissionais prestem um atendimento eficiente e de qualidade com domínio de técnicas, sistematizado e uniforme a todos os que dele necessitem. Nestas condições é imprescindível que a enfermagem esteja atenta para aos registos, que são atividades que devem fazer parte da assistência de enfermagem e são normalizadas pela instituição.

Por outro lado, o controlo da qualidade é um instrumento valioso para determinar a qualidade da prática assistencial. É a partir da monitorização da prática de enfermagem que poderemos visualizar as situações favoráveis e as desfavoráveis, a fim de reforçar padrões estabelecidos e os encontrados pelas auditorias.

Esforços para assegurar a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem têm sido um desafio para os seus serviços. O controlo de qualidade da assistência de enfermagem vinculado à auditoria dos cuidados de enfermagem representa uma estratégia fundamental na busca de uma prática segura e com qualidade.

Deve ser ressaltado que, para a “*auditoria de enfermagem*” cumprir a sua função, é de suma importância a utilização de métodos adequados, sendo que estes não se devem distanciar do fio condutor da profissão que é o cuidado de enfermagem prestado ao cliente. Ainda neste contexto, a auditoria de enfermagem, no futuro, poderá equacionar a racionalização dos custos e a qualidade dos serviços de enfermagem prestados.

Mas a *auditoria de enfermagem* constitui um processo que implica o funcionamento da totalidade das valências desta profissão, isto é, avaliam-se as atividades de enfermagem pelos registos efetuados. Neste hospital, como em muitos outros, os registos de enfermagem ainda constituem um grande desafio, já que a evolução desses registos se deve a muitos estudos de investigação, pela necessidade de se poder mostrar mais os cuidados realizados pelos enfermeiros.

Apesar de este não ter sido um dos objetivos deste estudo, não pudemos deixar de observar este aspeto, uma vez que, sendo as auditorias um procedimento fundamental deste processo em estudo, como é avaliada a prática de enfermagem era uma questão que tinha que ser colocada.

As auditorias iniciais não foram diretamente acompanhadas por nós. No entanto, os participantes do estudo, ao referirem-se a elas, manifestaram a sua relevância para o diagnóstico inicial dos problemas existentes nas unidades de cuidados.

A construção de uma estrutura como esta (um SGQ com base no modelo da JCI) torna-se difícil porque a matriz hospitalar é por si um contexto muito complexo, onde convergem diferentes atores, poderes, interesses e identidades, principalmente quando se propõem alterações constantes nas diretrizes imanadas, já que todos estão a aprender. Como ninguém tem a certeza do caminho a percorrer, há necessidade de por vezes voltar atrás. Esta dificuldade reflete-se, por exemplo, no custo excessivo da manutenção dos processos, projetos e produtos.

Nesta fase inicial, cabe normalmente aos gestores iniciar o processo de implementação ou de certificação, ficando a cargo dos profissionais dirimir um conjunto de questões práticas no terreno. Ao longo do processo esta dicotomia esbatesse dado que ambos os setores se apropriam quer do espírito da qualidade quer dos procedimentos no terreno.

Com estas medidas poder-se-ia diminuir a dificuldade dos profissionais para entender os objetivos do processo.

Por fim, teria sido importante para o desenvolvimento de todo o processo a criação de uma base de dados que fosse disponível, confiável e atualizada, de forma a permitir que a gestão de projetos fosse fundamentada e efetiva. Esta necessidade foi sentida mais tarde, e já numa fase avançada de implementação do processo é que se encontra em construção. Esta estruturação será tanto mais melhorada quanto mais o sistema de informação (e registos) estiver operacional e adaptado às reais necessidades da instituição.

Backes, Silva, Siqueira, e Erdmann (2007) investigando o motivo que conduziu as organizações de saúde a procurarem implementar um SGQ, observaram que o atual modelo de gestão, na procura de fatores diferenciadores que outorguem credibilidade, interage com os avanços tecnológicos e científicos. Estando estes sempre atualizados, permite-lhes melhorias contínuas quanto à qualidade da assistência.

Com o avanço da informática e o desenvolvimento de novos sistemas hospitalares, a disponibilidade de um conjunto de informações e dados estratificados para a construção de indicadores vem aumentando significativamente, possibilitando ao dirigente identificar melhor

eventuais problemas ou desvio de rota, podendo implementar com mais segurança as medidas adequadas (Duarte e Ferreira, 2006).

Acreditamos que a implementação deste SGQ poderá trazer benefícios internos e externos à instituição, quando terminar o processo, sendo que os internos já se começam a evidenciar. Em relação aos benefícios internos podemos mencionar: (a) A melhoria da organização interna da instituição. Pensamos que esse poderá ser o fator de maior impacto para o hospital, para os atores envolvidos e para o cliente; e (b) Há um maior investimento nos recursos humanos. A formação permitirá que as competências dos atores sejam utilizadas em benefício do coletivo e da estratégia da organização. Contudo, para que isto aconteça, será necessário melhorar significativamente o nível da responsabilização e definição de funções e tarefas dadas aos profissionais que atuam no terreno.

Em termos de benefícios externos, a acreditação e certificação do hospital poderão ser uma mais-valia. A acreditação traz um impacto positivo ao nível da credibilidade, da visibilidade e da sua imagem. A certificação desperta o interesse, não só dos clientes e familiares, como também das entidades com as quais a instituição poderá estabelecer parcerias, e poderá interferir, inclusive, com o seu posicionamento no *ranking* nacional. A qualidade é, sem dúvida, um fator privilegiado de diferenciação.

Antes de se iniciar a implementação do SGQ a qualidade já era uma preocupação dos dirigentes da instituição e, por isso, havia uma forte necessidade de pensar e repensar todo o seu funcionamento no sentido de melhorar a sua organização interna, através do desenvolvimento de normas, procedimentos e estratégias de monitorização, tendo sempre como objetivo otimizar e melhorar os serviços prestados, de forma a aumentar a satisfação dos clientes e profissionais. Neste sentido, a acreditação e certificação para esta instituição, vai para além de uma mera resposta às exigências dos clientes, representando uma forma de gerir os seus processos pela qualidade.

Embora a acreditação e certificação sejam um fator de motivação, principalmente causado pelas exigências externas, fruto de toda uma conjuntura político-económica a nível nacional e internacional, não foi essa a principal motivação. A acreditação e certificação surgem como o fim último de todo o processo que está a promover um impacto em toda a comunidade hospitalar.

Eixo dois: Práticas supervisivas em contexto hospitalar

Este trabalho poderia ter sido realizado e fundamentado por um supervisor que, chamando a si estas e outras atividades, poderia ter ajudado no avanço crescente e substancial deste processo que, ao fim de alguns anos, ainda se encontrava numa fase inicial.

A introdução da supervisão clínica no Reino Unido foi influenciada decisivamente por políticas governamentais que implicavam mudanças organizacionais importantes, num momento em que existiam grandes preocupações sobre a responsabilidade profissional, associadas a iniciativas de qualidade, para melhorar padrões de cuidados e conceitos de revalorização social integrados na filosofia da enfermagem (UKCC, 1996).

Em Portugal também vivemos num contexto algo semelhante a este e a supervisão clínica em enfermagem começa a emergir como um assunto significativo no crescimento profissional do enfermeiro, constituindo-se como um aspeto fundamental na operacionalização do modelo de desenvolvimento profissional em discussão na OE, e apresentando-se como um canal através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

A aposta na supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2002), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas. Independentemente de sabermos se irá conseguir impor-se entre nós já nos próximos anos, a supervisão clínica em enfermagem entrou decisivamente no vocabulário dos enfermeiros e afigura-se-nos que poderá constituir num futuro próximo, uma verdadeira revolução de mentalidades. Apesar de não se terem evidenciado práticas supervisivas como fundamentamos na revisão da literatura, a supervisão está presente na prática destes enfermeiros, aliás como sempre esteve.

A figura do supervisor é associada à enfermeira chefe que, acumulando funções, acaba por assumir este papel, suportando-se na informação fornecida aos elementos da equipa, e não tanto no tempo que tem para a observação direta dos enfermeiros.

Ainda se confunde supervisão com gestão, daí que sejam as chefias a tomar para si este papel de supervisor. O facto de não existir uma figura de supervisor diferente da enfermeira chefe (figura

responsável por gerir o serviço e avaliar o desempenho da sua equipa em conjunto e/ou individualmente), os processos como a reflexão e a formação encontram-se condicionados.

As políticas imanadas pelo macrosistema organizacional (MS e OE), ainda pouco permitem alterações a nível dos microsistemas (enfermeiro e práticas do serviço).

A supervisão clínica em enfermagem, assim como o acompanhamento aos alunos são aspetos apontados pelo manual de qualidade seguido e a ser implementado na instituição. Porém, esta prática está restrita ao número de profissionais da instituição assim como à sua formação.

A supervisão clínica consiste em três processos importantes: o processo de acompanhamento, o processo de apoio e o processo de aprendizagem. O processo de acompanhamento é muito próximo da definição de supervisão clínica, que é para um supervisor experiente supervisionar o supervisionando. Por outro lado, o processo de suporte inclui uma variedade de aspetos já mencionados por muitos autores ao longo deste relatório (Faugier Butterworth, 1992; Carifio e Hess, 1987; Fowler, 1999; Holloway, 1995; Page e Wosket, 1994, Proctor 1988) . O processo de aprendizagem envolvido na prática reflexiva é necessário para o êxito do processo de supervisão clínica no contexto da terapia do cliente. Assim, a supervisão clínica é uma relação prática com um foco, que envolve um indivíduo ou um grupo de praticantes, permitindo-lhes refletir sobre a prática, orientada por um supervisor qualificado (Fowler, 1999; Kohner, 1994; UKCC, 1996).

O papel do supervisor é ajudar os profissionais a alcançarem os seus objetivos e os objetivos organizacionais, atuando como consultor, facilitador e orientador. O aconselhamento é uma importante função em relação à supervisão clínica, porque pode levar a um melhor relacionamento entre o supervisor e supervisionando.

Existem vários modelos e cenários de supervisão, como já fizemos referência. Assim, é relevante compreender que independentemente do estilo ou modelo adotado, o importante é criarem-se práticas supervisivas efetivas e eficazes como forma de suporte aos profissionais (enfermeiros) que se vêem em constantes cenários de mudança e complexidade, em contextos melindrosos (de doença e morte), adotando práticas conduzidas por um modelo que pouco conhecem (JCI).

Destacamos o modelo de supervisão de Proctor (1986) pelas funções apresentadas, as quais são identificadas ao longo do estudo. A função formativa desenvolve-se com a reflexão sobre os e nos momentos de trabalho, encontra-se vinculada aos processos de qualidade, ao desenvolvimento e

gestão de projetos e à promoção da prática dos cuidados; a restaurativa consegue-se pelo acompanhamento feito pelos profissionais do estudo, através da colaboração, suporte e estabelecimento de estruturas favorecedoras de estabilidade de cada elemento e conseqüentemente de toda a equipa, à gestão do *stress*; e a função normativa percebe-se na função de formação e desenvolvimento profissionais, de competências e conhecimento (Cutcliffe, Butterworth e Proctor, 2001).

Atendendo a este modelo, o supervisor pode exercer a função de líder da equipa e chamar a si a gestão dos conflitos que deste processo advêm. Considerando que os conflitos podem ter aspetos positivos, estes podem mesmo ser bons para a organização.

A ocorrência de conflitos está normalmente relacionada com os processos de tomada de decisão. E, muitas vezes, associados ao conflito estão os conceitos de *poder* e *autoridade*, mas também os de *influência* e *dominação*. O conceito de poder não se refere a uma posição, sendo antes uma relação que conduz ao desempenho e à luta. Toda a estrutura de ação coletiva constitui-se como sistema de poder (Crozier & Friedberg, 1977: 22), em que a zona de incerteza é o principal recurso desse poder dos atores.

Na perspetiva de Friedberg (1993), o modelo clássico de organização por si rejeitado assenta em três premissas: o carácter instrumental da organização em relação aos fins exógenos, predeterminados e fixos; a unidade e a coesão da organização; a delimitação clara e unívoca da organização por fronteiras formais.

Para uma sociologia da ação¹, esta noção de organização formalizada é relativizada, sendo substituída pela de “sistemas de ação concretos” (Crozier & Friedberg, 1977), em que a dicotomia tradicional entre organizações formais e contextos de ação difusos e fluídos é substituída por um *continuum* ou uma gradação da qual é necessário fixar as dimensões (Friedberg, 1993: 112).

O que verificamos nesta organização foi que, mesmo com os jogos de poder instituídos, a pessoa que chamava a si o papel de supervisor poderia alcançar um maior sucesso se optasse por desempenhar as três funções defendidas por Proctor. No entanto, entendemos a sua dificuldade pela pluridade de papéis desempenhados por essa pessoa.

⁸ A sociologia da ação pressupõe que as organizações não podem ser estudadas apenas pelos normativos, estatutos, organigrama e outros documentos oficiais, mas sim pela ação organizacional. Neste sentido, depreciam-se os aspetos formais e o enfoque vai para as relações informais e o sentido que os atores sociais dão à sua própria ação.

Eixo três: Dimensões formativas da(s) prática(s)

Torna-se importante (pelo que até então foi dito) que se entenda que uma das formas de se criar uma nova mentalidade para a qualidade dos serviços de saúde, será desenvolver programas específicos de formação contínua em contexto de trabalho, para a enfermagem, a fim de que todos sejam (in)formados dos critérios de qualidade, promovendo a motivação e capacitando os profissionais para programar novos métodos de qualidade em saúde, como a acreditação. Esta pode ser uma das medidas que pode tornar os enfermeiros conscientes a produzir qualidade de cuidados, a fim de traçar novas perspectivas nas operações assistenciais.

É crescente o interesse pela formação em contexto de trabalho, mas apesar das investigações realizadas a este propósito, observamos que pouco evoluiu em relação à teoria preconizada por Taylor.

Apesar de já ser observável a dimensão reflexiva do trabalho de enfermagem influenciada pelas teorias das relações humanas de Mayo e Taylor, tomando por princípio fundamental a criação de um bom ambiente de trabalho, a formação no contexto de trabalho dos enfermeiros vê-se dotada destes alicerces graças à influência da supervisão clínica na dinâmica dos cuidados de enfermagem e na própria formação dos enfermeiros.

No entanto, o seguimento desta teoria apresenta debilidades tais como não se considerar o grupo enquanto ator coletivo e olhar-se para o indivíduo como um ser passivo que responde de forma estereotipada aos estímulos do meio (Friedberg, 1993).

As diferentes modalidades formativas articulam-se na prática diária num processo dinâmico, interativo e muitas vezes não percebido pelos próprios intervenientes, a saber: a auto-formação (o papel decisivo que cada ator desempenha na sua própria formação, onde a pesquisa nas mais diversas fontes é uma constante); a formação em serviço (respondendo a uma identificação de necessidades precisa e colmatando lacunas da unidade); a formação em exercício (que apela à experiência, fornece material de reflexão e promove a aprendizagem na ação); e a formação exterior ao contexto (com ações de formação, reuniões científicas, pós-graduações).

O papel da equipa na aprendizagem é uma das maiores referências dos atores e surge principalmente no domínio da informalidade, o que está de acordo com Pain (1990), que considera a maioria das situações formativas de carácter informal. Esta estratégia é utilizada normalmente na

resolução de problemas da prática diária. Neste âmbito, o recurso frequente ao trabalho de grupo é um motor de desenvolvimento dessa aprendizagem (Argyris e Schön, citados por Bolívar, 1997).

As diferentes modalidades articulam-se na prática diária num processo dinâmico, interativo e muitas vezes não percebido pelos próprios atores. Uma das estratégias implementadas pelo serviço, e que a nosso ver traz vantagens significativas, é a formação em conjunto, em equipa, para que o trabalho também se faça em equipa.

A prática torna-se produtora de múltiplos saberes que passam a saberes socialmente reconhecidos, transmissíveis e transferíveis (Costa, 1998); os conhecimentos e as competências exigidos aos trabalhadores alteram-se face ao que se propõe nas formações; a formação surge como uma ação que pode ser organizada para responder a problemas de natureza económica, política ou social, e que é desenvolvida essencialmente para incrementar o desenvolvimento da produtividade e competitividade empresarial (Pires, 2007).

Ressalvamos, porém, um aspeto apresentado por Correia (1997) em que o autor nos diz que os sistemas de formação não podem apenas ser encarados como instâncias de socialização profissional.

É impossível conceber-se uma prática sem uma teoria assim como é inconcebível pensarmos o inverso. Não existe nenhuma formação profissional em enfermagem que possa ser concebida a partir de qualquer um dos seus aspetos isolados, da prática à teoria; da teoria à prática; da formação inicial à formação contínua e da formação contínua à formação inicial.

Face a isto, apresentamos quatro aspetos a ter em atenção: (a) a primeira é a de que a educação contínua em serviço e contexto de trabalho constitui uma atividade fundamental na formação do enfermeiro, mas não constitui a única e nem, necessariamente, a mais estratégica; (b) a segunda é a de que é dissonante a oposição que muitos estabelecem entre os modelos de formação contínua, baseados na racionalidade técnica ou nos saberes disciplinares e os que propõem desenvolvê-la em serviço, baseados na racionalidade prática ou no dia-a-dia do serviço; (c) a terceira, é a de que a formação contínua e em contexto de trabalho constituem-se como um momento insubstituível da formação dos enfermeiros; e, (d) a quarta é a de que nenhuma formação contínua pode ser desvinculada de uma forma mais geral de se conceber a prática dos cuidados.

O contexto clínico, associado às relações interpessoais valorizadas pelos atores, privilegia as passagens de turno e conversas informais como momentos de formação, no nosso entender ainda pouco trabalhados, no sentido de trazer mais e melhores benefícios para o desempenho da equipa, pelo que seria uma boa opção explorá-los melhor, desenvolvendo, por exemplo, o papel dos processos supervisivos dos mesmos.

Uma das lacunas na formação destes elementos parece ser a formação e informação sobre políticas organizacionais em matéria de qualidade, daí concluir-se esta reflexão com uma questão que nos parece ser merecedora de aprofundamento: um supervisor clínico, com formação em gestão da qualidade, e reconhecido institucionalmente pelos pares, não seria um elo de ligação importante entre os responsáveis pelo processo de acreditação e os atores da prática, nomeadamente, os enfermeiros?

Evidencia-se uma perspetiva futura de mudança na configuração atual da formação em enfermagem que se deve principalmente às exigências do mercado em saúde que procura desenvolver uma lógica de gestão pela qualidade. Todavia, para que a avaliação da qualidade em saúde seja incorporada, a análise dos dados deste estudo permite dizer que haverá necessidade de investimento e atualização na formação dos enfermeiros para a implementação de um modelo de gestão pela qualidade.

Eixo quatro: Socialização e gestão organizacionais

O processo de socialização não se opera no vazio e de uma forma despersonalizada, implica uma transmissão cultural. Desencadeia-se numa instituição específica, ela mesma *situs* de produção cultural, e decorre da intervenção de um extrato dessa sociedade. No caso específico da enfermagem, as estruturas de saúde são os contextos, que mais se encontram carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes (Carapinheiro, 1993) onde se movimentam diversos atores – o conjunto dos profissionais de saúde, os professores orientadores dos ensinamentos clínicos, os alunos em formação e os clientes – cada um deles com posições e objetivos diferenciados.

Cada um de nós, enquanto atores sociais, somos objeto e sujeitos de transmissão cultural e, portanto, agentes de socialização, levamos para as estruturas de saúde os valores pessoais, e as representações sociais construídas acerca das organizações de saúde, os modelos de formação aceites e partilhados na escola e recebemos destas estruturas conhecimentos e desenvolvemos capacidades que nos permitem intervir socialmente.

De entre as finalidades traçadas para cada organização destaca-se a sua dimensão social, isto é, no caso concreto da saúde, a sustentabilidade a prazo de qualquer hospital depende muito das suas práticas internas de responsabilização social, de cidadania organizacional e do “exercício” permanente da qualidade e da competitividade internas, baseadas em estratégias inclusivas e participativas dos colaboradores.

A forma como os grupos se socializam é um assunto há muito estudado pelos sociólogos e aproveitado no seio das empresas para promover a rentabilização dos recursos, aumentando a produtividade. Num processo de supervisão, onde existe um acompanhamento e uma relação, a valorização das relações interpessoais deve ser tida em conta, como um modo de socialização que poderá ser usado com o intuito de potenciar o processo de implementação de um sistema de gestão da qualidade.

Ao mesmo tempo, a questão da comunicação entre as pessoas é um aspeto que começa a ganhar destaque pela sua relevância na qualidade de vida, por exemplo. Quando falamos em comunicação interpessoal, podemos *pensar em pontes*. Criar pontes entre as diferentes formas de pensar, parece uma maneira simples de compreender a questão da comunicação. Quanto mais pontes criarmos, mais opções teremos por onde transitar, permitindo uma maior diversidade para o entendimento e bom desempenho de cada um.

Os indivíduos não gostam de ser tratados como o meio para a organização atingir o seus fins, eles têm os seus próprios objetivos e projetos (Friedberg, 1993). A organização é vista por Crozier e Friedberg (1997) como um tecido de contratos, já que é composta por uma estrutura de jogos cujas regras formais e informais sistematizam as estratégias de poder dos diferentes participantes, assistindo-se às próprias apostas e produtos destas.

As organizações diferem umas das outras na forma como são dirigidas em função dos serviços que prestam. As investigações das últimas décadas, onde a escola funcionou como objeto de estudo, permitiram passar de uma perspetiva de instituição instrumental, com uma racionalidade única para uma dimensão, por exemplo, mais anárquica, “*muito mais complexa, abstrata e fluida, de construção de jogo, de laço contratual, ou mais simplesmente de arena ou de contexto de ação*” (Friedberg, 1993: 111).

Na sequência de uma sociologia da ação organizacional, mais propriamente de uma sociologia da disputa e do compromisso, as organizações são aqui vistas como construções complexas de seres humanos que se podem realizar em diferentes mundos e sabem reconhecer e ajustar-se a esses mundos, numa sociedade naturalmente diferenciada.

Esta foi a aceção de organização a que demos mais relevo nesta investigação, já que admitimos a complexidade da realidade organizacional, donde sobressai a necessidade de construção de um racional teórico de natureza plural. O Hospital, construção social e humana, constitui-se como uma organização educativa onde o poder é um recurso e fonte da ação individual e coletiva.

As abordagens menos tradicionais referem que *“uma organização não é [...] um conjunto de mecanismos ordenados e movidos só por uma racionalidade”* (Friedberg, 1993: 69). A pluralidade de racionalidades significa que os intervenientes tentam obter as melhores condições dentro das regras existentes e/ou modificar as regras a seu favor adaptando-as à sua racionalidade. Cada vez mais é perceptível que nem sequer *“há – e não pode haver – unicidade de objetivos no seio de uma organização”* (Crozier & Friedberg, 1977: 80).

A crescente exigência do governo e da sociedade pela racionalização dos gastos e despesas, aumento da produtividade e da melhoria da qualidade dos atendimentos nos Hospitais em Portugal, irrompe a procura por uma gestão sustentável destas instituições.

A chave para melhorar o desempenho das instituições está em implementar planos estratégicos. Os novos modelos organizacionais passam pela compreensão do direito de decidir e pelo alinhamento da estratégia com os objetivos da instituição. Para a continuidade e perpetuidade do empreendimento é necessária a capacidade de abandonar práticas obsoletas e, com habilidade, construir algo de novo para a cultura organizacional existente, pois a inovação é o instrumento dos empreendedores, o meio pelo qual eles exploram a mudança como oportunidade para um negócio ou serviço diferente

As interações nos ambientes interno e externo e as diversas áreas de conhecimento são elementos necessários para se definirem essas estratégias de mudança.

Considerando os recursos humanos como os elementos basilares na gestão, a estratégia de comunicação apresenta-se como central no processo, e deve ser o agente facilitador. Sem desconsiderar o componente tempo (a duração do processo de desenvolvimento), devemos ter em

atenção que a comunicação não deve ser apenas vertical, mas também horizontal. As organizações de saúde atuam num mundo complexo, onde as partes constituintes (clientes, funcionários, comunidade local...) deverão participar no desempenho desta como um todo.

Faz ainda parte da estratégia de uma organização definir a responsabilidade social e os seus princípios éticos, pois as questões sociais interferem no *comportamento* do mercado. A responsabilidade social insere-se na visão sistémica, constituindo um diferencial para os interessados (*stakeholders*), com os mesmos objetivos.

Assim, das ferramentas estratégicas, há a realçar a necessária criação da visão, tarefa focada na continuidade da prestação de cuidados que deve envolver todas as partes: políticos, gestores e prestadores de cuidados. O mais importante é centrar a abordagem nos clientes e nos seus familiares, pelo que se deve partir das suas perspetivas, experiências e expectativas, não descurando as necessidades dos próprios profissionais trabalhadores, tendo consciência de que as interações e a comunicação nas organizações não estão sempre ao serviço de interesses muito conscientes e não colhem o seu sentido unicamente nos problemas a resolver e nas decisões a tomar (Friedberg, 1993).

Os aspetos económicos podem e devem ser tidos em conta na visão, nomeadamente o facto de os cuidados integrados permitirem otimizar a relação custo/qualidade, a atuação preventiva e diagnósticos mais adequados.

Relativamente às ferramentas estruturais, uma estrutura viável é a constituição de redes de cooperação, que devem ter como base informação adequada. Ao nível da prestação de cuidados, a rede pode ser um grupo que se forma em torno de determinados objetivos (como é o exemplo do desenvolvimento das temáticas inseridas nos projetos da implementação do SGQ) ou de um determinado grupo de clientes. Aqui os SIE são indispensáveis na partilha de informação.

Trabalhar em rede representa uma mudança significativa face à tradicional fragmentação, tanto ao nível da gestão como da prestação de cuidados, impondo a revisão e até o desenvolvimento de novas competências. A capacidade de negociação com os outros encontra-se ligada à incerteza e à imprevisibilidade dos comportamentos (Friedberg, 1993).

Ao nível da gestão, é imprescindível um conhecimento profundo dos processos e dos interesses dos envolvidos, a capacidade de usar bem a informação e a capacidade de decisão. Ao nível da

prestação de cuidados, para trabalhar em equipas multidisciplinares são fundamentais as competências de relacionamento interpessoal, bem como as competências de gestão, capacidade de usar bem o recurso informação e os sistemas de informação.

Outro aspeto que se revelou importante no seio da organização foi as relações interpessoais. O estudo teórico e a vivência prática das relações interpessoais constituem elemento imprescindível na formação dos enfermeiros tanto da formação de base como ao nível institucional, pois, aliados ao conhecimento teórico/técnico da área de conhecimento, são de fundamental importância o entendimento e a vivência dessas relações.

Por se tratar de um tema recentemente estudado na literatura sobre formação de enfermeiros, as relações interpessoais são imprescindíveis para explicar e entender grande parte dos problemas enfrentados pelos profissionais da saúde, no exercício das suas funções de cuidadores e administrativas. Acrescentar essa temática à agenda de formulação, avaliação e implantação das políticas educacionais de formação dos enfermeiros pode representar um significativo avanço no entendimento do processo da qualidade dos cuidados prestados, em especial na relação enfermeiro-cliente, numa perspetiva que privilegia o ser humano como possuidor de sentimentos, sonhos, desejos, necessidades, sem contudo desconsiderar os aspetos legais, administrativos e políticos, isto é, a questão institucional das políticas de formação.

É nas ações, intenções, tensões e comportamentos quotidianos dos seres humanos que se constrói a rede de relações interpessoais que materializam, na maioria das vezes, as macro e micro políticas de formação, as suas repercussões nos cuidados prestados e, principalmente, na relação enfermeiro-cliente.

Essas relações interpessoais devem pautar as políticas de formação de enfermeiros como elemento integrador, ou seja, que acrescentam conhecimentos determinantes, pois são dimensões formativas tão importantes quanto os aspetos institucionais.

A ecologia do desenvolvimento humano concebe a pessoa em desenvolvimento como uma entidade dinâmica que penetra progressivamente no meio em que reside e o reestrutura. Esta perspetiva, embora conceptualize o desenvolvimento a partir dos contextos em que o indivíduo se insere, utiliza uma noção de interação pessoa – meio que é bidirecional, isto é, caracterizada pela reciprocidade.

O meio ambiente - relevante para os processos desenvolvimentais - não se limita a um ambiente único, imediato, mas inclui as interconexões entre vários ambientes, assim como as influências externas oriundas de meios mais amplos.

O processo de desenvolvimento é determinado por fatores internos e externos ao organismo que interagem para determinar os resultados nas suas várias tarefas. Neste sentido, as trocas entre o indivíduo e os contextos de vida dirigem e (re)direcionam o curso do seu desenvolvimento.

Em cada período de desenvolvimento, a adaptação bem sucedida ou competente significa uma integração adaptativa em si e entre os domínios biológico, emocional, comportamental e social, permitindo ao indivíduo dominar os desafios e exigências desenvolvimentais com que se confronta no presente e promover a sua adaptação futura ao ambiente.

A qualidade da integração dentro de um sistema, num determinado momento do desenvolvimento, tenderá a ter implicações no presente, mas também no futuro, ao gerar eventuais lacunas, défices ou atrasos.

É fundamental termos presente que *“uma organização não é [...] um conjunto de mecanismos ordenados e movidos só por uma racionalidade”* (Friedberg, 1993:63). A pluralidade de racionalidades significa que os atores intervenientes trabalham no sentido de obter as melhores condições dentro das regras existentes. Daí que, uma estratégia micro política considerável é a formação de coligações em que grupos de interesse se unem para atingir um objetivo comum.

Uma organização tanto pode potenciar a emancipação como a dominação. Como afirma Friedberg (1993) cada um de nós em contexto organizacional guarda os seus “truques”, para que possamos, em algum momento, ser os “salvadores” de uma situação.

As estruturas precoces da organização do indivíduo são incorporadas em estruturas posteriores num processo sucessivo de integração hierárquica. No entanto, essas estruturas não desaparecem, podem permanecer presentes, embora não proeminentes. A presença de estruturas precoces, dentro da organização atual do indivíduo, torna possível a sua emergência através da reativação de experiências particulares em tempos de *stress* ou de crise

A competência prévia, ao proporcionar uma mais adequada organização dos vários sistemas ou domínios da existência, oferece, de um modo probabilístico, uma maior possibilidade para que o

indivíduo tenha à sua disposição e seja capaz de mobilizar recursos adaptativos (internos e externos) para se confrontar e lidar, de modo adequado, com as novas exigências desenvolvimentais.

Se tivermos por base todos os achados do estudo, e se sistematizarmos todo o processo em discussão nesta investigação, de forma esquematizada, podemos representar qualidade em saúde como um funil onde se inserem os processos formativos, os supervisivos e os assistenciais.

Baseados nesta concepção que tem na sua base o enquadramento teórico e o estudo empírico podemos relembrar o nosso conceito de qualidade em saúde:

Uma prática de cuidados de qualidade faz sentido para determinada situação de procura por melhor saúde, desenvolvendo estratégias de promoção ao longo da existência da própria pessoa e atendendo a determinados indicadores particulares da realidade de cada cliente. Ela advém da utilização complementar e conseqüente de recursos que a equipa de profissionais dispõe fruto do desenvolvimento, e inscreve-se num contexto de acreditação, ou seja, político, económico e organizacional com normas e modelos de avaliação claramente identificados (Capítulo 1:41).

Propostas para (melhoria d)a(s) prática(s)

O estudo que desenvolvemos ditava a apresentação de sugestões que adviessem deste para os processos, em particular de supervisão e formação, desenvolvidos em contexto de acreditação de qualidade hospitalar.

Nesse sentido, as propostas que apresentamos vão ao encontro do caminho que se está a construir e que corre no sentido de se implementarem processos de formação e supervisão mais efetivos e eficazes que ajudem na implementação de modelos gestão da qualidade com vista à acreditação do trabalho realizado.

Começamos, então, por sugerir para a implementação e promoção da qualidade, a necessidade de (tomamos como referência o estudo empírico desenvolvido e vários estudos abordados ao longo do relatório, focando em particular o apresentado na parte um deste trabalho, de Glezerman, Witznitzer, Reuveni, e Mazor, 1999):

- Criar uma base de dados com os problemas que forem levantados, de forma a construir e redigir um manual de qualidade que atenda à realidade da instituição, respeitando a cultura

organizacional, bem como a própria cultura institucional e do país. É importante ainda que esse manual seja aceite e compreendido por todos os que diretamente estão influenciados por ele. Chamamos a atenção para o choque cultural sentido ao longo do processo, com a implementação de um modelo americano. O modelo tem eixos estruturantes firmes que vão ao encontro dos objetivos da instituição do estudo, mas por que não seguir os exemplos de outros países (como o caso da Irlanda o qual tivemos oportunidade de ver de perto numa “visita” aos hospitais em 2006) e criar um modelo nacional que poderá ter de base este norte-americano?

Na atualidade, devido a questões de natureza administrativa e financeira, diversas instituições estão a adotar a norma ISO 9001:2008, respeitando a sua natureza mas simultaneamente investindo na sua contextualização face aos quadros particulares, adaptando-o à sua cultura organizacional existente.

- Envolver a maioria dos elementos (as equipas) da instituição na construção do processo. Propomos que nos enfermeiros esse elo de ligação se faça não apenas pelas chefias, mas por supervisores formados e preparados para tal e reconhecidos no seio da equipa.

- Monitorizar, de forma contínua, os processos organizativos, aplicando indicadores clínicos de qualidade. Sabendo que os indicadores de qualidade são específicos de cada serviço e das falhas ou problemas por estes detetados e/ou levantados, Collopy (2000) defende que os indicadores são definidos apenas como medidas que proporcionam procedimentos clínicos ou melhoria de cuidados. Diz ainda, que para cada indicador se torna necessário um envolvimento teórico, com pesquisas bibliográficas, discussões de grupos e monitorização do seu tratamento. Para que isto aconteça é necessário investir mais nos profissionais dando-lhes principalmente tempo durante a sua atividade profissional para este fim.

- Criar grupos de trabalho, responsáveis pelos processos organizativos, supervisivos e formativos, onde entre outras funções poderiam criar protocolos e documentar procedimentos, responsáveis pela discussão da resolução dos problemas. Estes grupos devem ser formados pelos supervisores, assim como por todos os profissionais que se mostrem interessados e com competências para.

Estas medidas por vezes parecem-nos utópicas, fazendo-nos pensar onde entra aqui a parte dos cuidados. Temos que concordar que os enfermeiros existem numa instituição de saúde em primeiro

lugar para prestar assistência aos clientes, mas num processo *burocrático* como este, onde a maior parte dos processos exige muito trabalho de processamento de dados, há a necessidade de se criarem postos de trabalho para estes profissionais em que a primeira linha da sua atenção não seja a prestação de cuidados diretos, mas a gestão e qualidade destes.

Isto só é possível se o governo permitir e alterar algumas das suas políticas de agora como é o facto de reduzir ao máximo o número de profissionais nas instituições, tendo como premissa que mesmo pagando mais para ter profissionais no terreno, pouparemos tempo e dinheiro na implementação destes processos, assim como na sua manutenção, aumentando a satisfação dos clientes, como de resto é esse o objetivo de toda esta dinâmica.

- É importante que se entenda que uma das formas de se criar uma nova cultura para a qualidade dos serviços de saúde, será desenvolver programas específicos de formação contínua em contexto de trabalho para a enfermagem, para de que todos sejam informados dos critérios de qualidade, promovendo a motivação e capacitando os profissionais para programar novos métodos de qualidade em saúde, como a acreditação. Esta será eventualmente, uma das medidas que pode tornar os enfermeiros conscientes da necessidade de produzir cuidados de qualidade, a fim de traçar novas perspetivas nas operações assistenciais.

Sugerimos então, processos formativos que vão ao encontro do que acabamos de dizer - Que sejam proporcionados aos enfermeiros momentos de reflexão da prática profissional, quer pela criação de oficinas conduzidas por um supervisor, onde são discutidos os relatórios da qualidade de assistência em enfermagem, com os enfermeiros e pelo menos um funcionário representante de cada turno de trabalho, quer pela realização de cursos de formação sobre a importância da JCI, quer pela adoção de medidas de qualidade com base em indicadores...

- Planear estrategicamente os processos formativos e os supervisivos, reconhecendo que as modalidades tradicionais de formação e supervisão se centram nos seus efeitos imediatos o que, paradoxalmente, não aumenta a sua eficácia, por duas razões: a primeira é que esses efeitos são, por natureza, incertos, pelo que, em muitos casos, são fundamentais os efeitos imprevistos que decorrem destes processos; a segunda razão é que essa perspetiva imediatista tende a reduzir as situações formativas e supervisivas.

Dar um sentido estratégico à formação significa, fundamentalmente, três coisas que implicam o abandono de uma perspetiva de curto prazo: a primeira consiste em passar da lógica do «programa de ações» para a lógica do «dispositivo permanente de formação» cuja chave é a diversidade e, portanto, a capacidade de superar o programa de formação, integrando-o. A segunda corresponde a pensar a formação não em termos de conhecimentos a transmitir, mas sim por referência a problemas a resolver; a terceira materializa-se numa perspetiva de longa duração, traduzida por modalidades de planeamento plurianual.

Em relação à supervisão acreditamos que este modelo de desenvolvimento profissional em desenvolvimento pela OE será um contributo fundamental para o avanço destas práticas nas instituições hospitalares.

- Favorecer a inserção social da formação, já que na perspetiva institucional, e com o tipo de políticas nacionais de contratualização que temos atualmente, o valor dos diplomas é mais importante do que as aprendizagens realizadas para o obter, o que, no caso da formação contínua de enfermeiros se traduz pela «corrida» às ações para obter «créditos». Inserir socialmente a formação passa por enaltecer substancialmente o seu «valor de uso», ou seja, contextualização das práticas formativas, pressionar as instituições académicas de forma a permitir que a formação dos enfermeiros (por exemplo da especialidade) se faça para seu interesse e, na própria instituição de trabalho.

As razões anteriormente apontadas sugerem uma ação mais estreita por parte dos supervisores, pois, enquanto não se valoriza a formação, respeitando as necessidades dos profissionais e das instituições, os processos supervisivos têm que ajudar, no sentido de se evitarem erros e se colocar em risco a segurança e qualidade dos cuidados.

- A supervisão e formação em contexto de trabalho já são, na maior parte das vezes, planeadas pelos enfermeiros do serviço, face às necessidades que sentem. Contudo, essas necessidades são condicionadas pelas políticas implementadas na instituição que são decididas à margem das equipas em funcionamento, obrigando a que os processos supervisivos tomem contornos diferentes daqueles que os definem.

As formações levadas a cabo no departamento de formação baseiam-se nas necessidades institucionais e organizacionais, sem diagnósticos prévios de situação de cada instituição em particular. Por isso, torna-se importante a metodologia de projetos na conceção e planeamento deste tipo de práticas formativas, para que o enfermeiro deixe de ser encarado como um técnico que executa decisões e utiliza os materiais produzidos pela «indústria do ensino», para ser visto como um processador de informação que, em contextos singulares, analisa situações, toma decisões, produz cuidados, reflete criticamente sobre as suas práticas, reorientando-as. O «sentido» da formação será então construído, a partir da sua forte finalização, relativamente à autonomia e ao exercício da responsabilidade.

- Dinamizar as formações não formais, visto estas terem mostrado possuir um carácter importante na formação deste grupo de enfermeiros. A sua dinamização é importante e poderá ser uma atividade a desempenhar por um supervisor clínico, uma vez que a enfermeira chefe, sendo uma única pessoa, não consegue acompanhar todos os serviços em simultâneo. Esta passaria pela realização de uma atividade na passagem de turno: uma formação de carácter mais informal, de quinze minutos, onde se apresentem por exemplo medicações, uma ação de enfermagem nova e resultados.... Partilha de informação técnica e científica por parte daqueles atores que participam em formação externa.

Por fim, não menos importante, sabemos que o ser humano é um ser simbólico, a racionalidade não é algo isolado, mas algo estreitamente articulado a outras capacidades, a outros instrumentos que o homem tem para interferir na realidade e transformá-la. A imaginação e a sensibilidade são constituintes da humanidade do homem e não podem ser desconsideradas quando se fala na sua realização.

Acreditamos que cuidar de modo transformador é um cuidar que, na interação e nas trocas, vê o outro, colega, cliente, aluno, de maneira inteira. Acreditamos também que uma comunicação competente propiciará um conviver que humaniza e constrói. A comunicação é importante para o

nosso crescimento como seres humanos, faz parte das nossas experiências anteriores e também daquelas adquiridas a cada dia.

Somos seres de relações, os indivíduos crescem apoiados nas interações, conhecem e percebem as suas próprias reações, conhecem os outros e permitem que estes os conheçam. Esta compreensão leva-nos a procurar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas no processo comunicativo. Leva-nos a procurar maiores entendimentos para os processos de gestão, maiores entendimentos para encontrar estratégias que permitam dinamizar o trabalho de equipa e daí, tirar o maior rendimento possível para os projetos que temos.

Com base nestes indicadores sugerimos que os gestores de hoje não se esqueçam da importância que as relações interpessoais representam para as equipas com que trabalham e possam com este conhecimento, tirar destas mais e melhor partido e rendimento.

Na dificuldade de se lidar diretamente com as pessoas, pela extensão e dimensão que apresentam os hospitais, e apoiando o avanço tecnológico que vivenciamos, fazendo-nos viver hoje numa Sociedade em rede, a divulgação de informação pode ser feita pelo uso de sistemas de informação, ligados em rede como é o caso da internet, intranet, *share points*...

A realização deste estudo veio confirmar a importância da implementação de um processo de controlo de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros setores, num hospital, e possibilitou compreender que a avaliação deve ser um processo contínuo e documentado da análise das atividades de enfermagem, visando a realização de mudanças nos processos de gestão, na orientação das atividades de aperfeiçoamento dos recursos humanos, na pesquisa de respostas às dificuldades, no ato de cuidar, enfrentadas e identificadas e nas atividades administrativas ligadas às modificações de processos assistenciais e de gestão.

Modificar o processo de trabalho e comportamento dos enfermeiros/equipa face às situações diagnosticadas é um grande desafio. Este é passível de ser vencido, com a decisão política de as aceitar e incorporar como situações a serem solucionadas e com o esforço coletivo das pessoas envolvidas voltadas para o equacionamento das dificuldades.

Com o estudo compreendemos não só a importância da implementação de um processo de avaliação da qualidade para a instituição, como o valor que o reconhecimento da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros terá para estes quando for concluído o processo de

acreditação. Sugerimos, então, que os resultados da monitorização de indicadores de qualidade em saúde, neste caso dirigidos para os profissionais de enfermagem, devem deixar de ser resultados e passarem a ser informações de gestão eficazes, que irão subsidiar o planeamento e modificações no padrão da qualidade da assistência em saúde.

Por reconhecermos a qualidade técnica e humana dos profissionais como dimensões imprescindíveis para possibilitar melhorias contínuas do processo de trabalho de enfermagem, é que pensamos na importância de questionar a participação do enfermeiro no contexto de implantação e implementação de sistemas e programas da qualidade nos cenários de saúde.

Os profissionais da instituição são a essência desta, enquanto organização. Se envolvermos os recursos humanos criamos maior motivação, maior auto-conceito e mais disponibilidade. Após isto, será a própria comunidade institucional que reconhecerá o imprescindível desenvolvimento de uma cultura organizacional que vise a qualidade e, que assente em procedimentos específicos, critérios e valores de forma a introduzir melhorias em todo o processo de cuidar.

Realçamos a importância da interligação entre o conceito de estratégia e de envolvimento das pessoas. A estratégia é um conceito dinâmico, em constante mudança e que relaciona no tempo as ações, as reações e as consequências. A partir desta definição, verifica-se que há a necessidade de ligar a estratégia às pessoas, ou seja, é preciso que exista um grande alinhamento das pessoas com a visão da organização.

Tal como Kolb termina o seu livro *Experiential learning*, partilhamos da sua ideia de que é para tomar a responsabilidade pelo mundo que nos foi dado o poder de o alterar.

Opções do estudo

As principais opções do estudo advêm das habitualmente atribuídas no estudo de caso único.

Nesta investigação optamos pelo uso da informação produzida pelos enfermeiros na construção e dinamização dos processos supervisivos e formativos com vista à qualificação institucional, conscientes de que limitaria os processos de triangulação nas fontes de informação. O estudo em questão centra-se nos processos supervisivos dos enfermeiros, no entanto, uma vez que a equipa que suporta as dinâmicas dos serviços hospitalares é constituída por um conjunto de outros

profissionais, como são exemplo os médicos, sentimos, no final, a necessidade de continuar o estudo e alargá-lo aos restantes membros da equipa multidisciplinar.

Quando nos propusemos a estudar esta temática numa instituição hospitalar, perspetivamos inicialmente o desenvolvimento do estudo em diferentes serviços, o que não aconteceu, pois apenas exploramos as dinâmicas de um. Esta opção foi influenciada pela instituição que sugeriu o serviço por ser aquele, que de momento, melhor se enquadrava nos objetivos do estudo.

Outra opção que tivemos que realizar foi a escolha de um estudo de caso e não um multicasos (realizando, por exemplo, um estudo comparativo entre diferentes instituições), porque consideramos que conseguiríamos conteúdo investigativo que nos permitiria a realização da investigação.

Para além das opções referidas há certamente muitas outras oriundas de limitações que foram surgindo, por exemplo, devido à experiência profissional e investigativa reduzida da investigadora principal do estudo. Contra essa situação procurou-se validar, sempre que possível, os instrumentos com que se observou o fenómeno em estudo, assim como os procedimentos seguidos na sua análise.

Espera-se, no entanto, que as opções referidas não sejam impeditivas do contributo que se deseja dar ao domínio em estudo.

Sugestões de desenvolvimento

Tomando como referência o percurso formativo e profissional da investigadora principal, parece-nos pertinente que futuramente se desenvolvam estudos no sentido de identificar estratégias curriculares ao nível da formação inicial dos enfermeiros de forma a promover e desenvolver, nestes, saberes que lhes permitam entrar no mundo de trabalho de forma mais competitiva, e com conhecimentos que vão além de um nível meramente técnico.

Sugerimos, de igual modo, a realização de estudos desta natureza noutros contextos e para outros modelos de gestão da qualidade.

Por outro lado, após estes estudos e implementação de processos supervivos consistentes, a perspetiva dos clientes seria um outro contributo também importante para melhorar estas dinâmicas.

BIBLIOGRAFIA

“Da mesma forma que o oxigénio matava os seres vivos primitivos até que a vida utilizou este corruptor como desintoxicante, assim a incerteza, que mata o conhecimento simplista, é o desintoxicante do conhecimento complexo.”

(Edgar Morin)

Aaker, D.; Kumar, V.; Day, G. (2001). *Marketing Research*. 7ª Edição. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Abiddin, N. (2008). Exploring clinical supervision to facilitate the Creative process of supervision. *The Journal of International Social Research*, Volume 1/3, 13-33. Recuperado em 20 Janeiro, 2009, de http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt1/sayi3/sayi3_pdf/abiddin_norhasnizainal.pdf

Abreu, W. (1994). *Dinâmica formativa dos enfermeiros: subsídio para um estudo ecológico em contexto de trabalho hospitalar*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado.

Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das culturas às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Colecção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Educa/Formasau.

Abreu, W. (2002). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade*. Colecção Cadernos Sinais Vitais, 45. Coimbra: Editora Educa/Formasau.53-57.

ABREU, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde*. Colecção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Educa/Formasau.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Colecção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Educa/Formasau.

Abreu, W. e Maia, P. (2003). Supervisão Clínica em Enfermagem: uma abordagem centrada na reflexão, formação e qualidade das práticas. *In: Relatório Síntese do projecto de intervenção*. Hospital Pedro Hispano: Matosinhos.

Abreu, W., Silva, M.; Seivas, F.; Oliveira, C. (2007). *Manual da Qualidade: Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes*. Porto, SINASE.

ALARCÃO, I. (1993). Formar-se para formar. *Aprender*, 5:19-25.

Alarcão, I. (Org.) (1996). *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora. Colecção CiDinE.

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*. 6, 53-59.
- Alarcão, I. (2002) Escola reflexiva e desenvolvimento institucional. Que novas funções supervisivas? *In: Oliveira-Formosinho (Org.). A Supervisão na Formação de Professores. Da Sala à Escola.* Coleção Infância. Porto: Porto Editora. 218-238.
- Alarcão, I. (2009). Formação e Supervisão de Professores: Uma nova abrangência. *Revista de Ciências da Educação*, 8, 119-128.
- Alarcão, I. e Sá-Chaves, I. (1994). Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica. *In: Tavares, J. (Org.) Para Intervir em Educação.* Contributos dos Colóquios CIDInE Edições: 201-232.
- Alarcão, I., Sá-Chaves, I.; Amaral, M. J.; Santiago, R.; Tavares, J.; Ribeiro, D. *et al.* (2000). *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem.* Coleção CIDInE: Porto Editora.
- Alarcão, I. e Tavares, J. (1989). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem.* 2ª Edição. Coimbra, Almedina.
- Alarcão, I. e Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.* 2ª Edição Revista e Desenvolvida. Coleção de Ciências da Educação e Pedagogia. Livraria Almedina: Coimbra.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem.* Editora Almedina.
- Albarello, L.; Digneffe, F., Maroy, C., Ruquoy, D., Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.* Trajectos-Gradiva.
- Alfaro-Lefevre, R. (1996). *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático.* Artes médicas.
- Aleixo, T.; Escoval, A.; Fontes, R. e Fonseca, C. (Março 2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 141-149.
- Almeida, M. (2006). *Ensino Clínico de Qualidade no Ensino Superior em Enfermagem.* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa: Lisboa. Tese de Mestrado em Ciências de Educação.

- Alonso, L. (1998). *Inovação Curricular, Formação de Professores e Melhoria da Escola – Uma Abordagem Reflexiva e Reconstrutiva Sobre a Prática da Inovação/Formação*. Braga: Universidade do Minho/Instituto de Estudos da Criança. Dissertação de Doutoramento.
- Alonso, K. (2002). *A Avaliação e a avaliação na educação a distância: algumas notas para reflexão*. Recuperado em Março, 2007, <http://www.tvebrasil.com.br/SALTO/boletins2002/ead/eadtxt5b.htm>.
- Alves, D. e Évora, Y. (2002). Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controlo de infecção hospitalar. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10, 265-75.
- Ambrósio, T., Caetano, A.; Neves, C.; Gonçalves, M. J.; Ramos, M.S.; Mesquita, M.; e Sá-Chaves, I. (2004). *Formação e desenvolvimento Humano: inteligibilidade das suas relações complexas*. MCX/APC - Atelier Nº 34.
- Amendoeira, J.; Barroso, I.; Coelho, T.; Godinho, C.; Santos, I.; Saragoila, F. *et al.* (2003). *Os instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem - Expressões e significados*. Escola Superior de Enfermagem de Santarém.
- American Nurses Association e Dunton, N. (2009). *Sustained improvement in Nursing Quality: Hospital Performance on NDNQI indicators 2007-2008*, Nurses Books.
- Andrés, J. (2005). La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Revista de neurologia*, 5. Recuperado em 30 de Setembro, 2005, de <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>.
- Andrews, M. e Wallis, M. (1999). Mentorship in nursing: a literature review. *In: Journal of Advanced Nursing*, 29. Wales and England. 201-207.
- Agan, R. (1987). Intuitive knowing as a dimension of nursing. *Advanced Nursing Science*, 10(1), 63-70.
- Anguera, M. T. (1989). *Metodología de la observación en las Ciencias Humanas*. Madrid: Ediciones Cátedra SA.
- Australian Nursing And Midwifery Council (2005). *National Competency Standards for the Registered Nurse*. Australia: 1-8. Recuperado em Janeiro, 2006, de http://www.anmc.org.au/userfiles/file/competency_standards/Competency_standards_RN.pdf
- António, N. S., Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade – de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Edições Sílabo, Lda. 1ª Edição. Lisboa.

- Antunes, J. (2005). *Sobre as mãos e outros ensaios*. Lisboa: Gravidia.
- Antunes, M. (2001). *A doença da saúde*. Lisboa: Quezal Editores.
- Araújo, E. (2006). *O Doutoramento*. Lisboa: Edições Colibri.
- Arrabaço, M. (2008). *Acidentes de serviço em profissionais de saúde: identificação, representações e comportamentos face à exposição microbiológica acidental*. Universidade Aberta: Lisboa. Tese de Mestrado.
- Aubrun, S. e Orafiamma, R. (1990). *Les compétences de 3^a dimension, ouverture professionnelle?*, Paris: CNAM.
- Azevedo, J. (2006). *Greve de 1976: a greve que mudou a enfermagem*. Porto: Sindicatos dos Enfermeiros.
- Backes, D, Silva, D., Siqueira, H. e Erdmann, A. (2007). O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem.*, 28(2), 163-70.
- Baganha, M., Ribeiro, J. e Pires, S. (2008) *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Centro de Estudos Sociais: Universidade de Coimbra.
- Barber, P. e Norman I. (1987). Skills in supervision. *Nursing Times*, 87(1), 56-57.
- Babour, R. (1998). Mixing qualitative methods: Quality assurance or qualitative quagmire? *Qualitative Health Research*, 8, 352-361.
- Barbour, R. e Kitzinger, J. (Org) (1999). *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Thousand Oaks. Sage Publications.
- Barbosa, A. & Silva, P. (2007). *Reflexões acerca da assistência de enfermagem*. Recuperado em Dezembro, 2007, de <http://saberfazer.eser.blogspot.com/2007/10/o-enfermeiro-e-morte.html>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3^a Edição. Edições 70.
- Barros, P. (2008) . *O questionamento do supervisor e dos docentes nas sessões de formação contínua: uma estratégia de reflexão sobre a práxis*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- Basto, A. (1934). *História da Misericórdia do Porto*. Volume I. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto.

- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança - um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Batista, V.; Santos, R.; Santos, P. e Duarte, J. (Março 2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois modelos de Gestão Hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, N.º 12: 57-69.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Gradiva.
- Benjamin, A. (1994). *A entrevista de Ajuda*. São Paulo-Brasil: Livraria Martins Fontes Editora Lda.
- Benner, P. e Tanner, C. (1987). Clinical judgement: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87: 23-31.
- Bento, M. (1997). *Cuidados e Formação em enfermagem – Que identidade?*. Fim de Século Edições, Lda.
- Berthetot, J. (1985). Compétences et savoirs: l'intérêt des études sur l'agriculture. *Formation Employ*. N.º12.
- Berwick, D., Godfrey, A. e Roessner, J. (1990). *Curing health care. New strategies for quality improvement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berwick, D. (1996a). A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 312,619-622.
- Berwick, D. (1996b). Quality comes home. *Annals of Internal Medicine*, 125, 839-843.
- Bevis, O. e Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova perspectiva para a enfermagem*. Loures- Lusociência: 291:337.
- Blech, J. (2006). *Os inventores de doenças*. Porto: Ambar.
- Bishop, V. (1994). Clinical supervision for an accountable profession. *Nursing Times*, 90, 35-37.
- Boddy, D. (2007). *Management: an introduction*. 4ª edição. Edição de Pearson Education: Harlow.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Petrópolis. Vozes.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Colecção Ciências da Educação. Porto Editora.

- Boller, E. (2003). *O enfrentamento do estresse no trabalho da enfermagem em emergência - possibilidades e limites na implementação de estratégias gerenciais*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de Mestrado.
- Bolivar, A. 1997. A escola como organização que aprende. In: CANÁRIO, R. (Org) (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora. 79-100.
- Borges, A. (2003). O Baluarte, Hospital e Rua de S. João de Deus na Praça e Vila de Almeida. *Hospitalidade*, 39-41.
- Borges, A. (2004). A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus na Praça e Vila de Almeida. *Terras da Beira*, 15.
- Borges, A. (2009). *Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834)*. 1ª Edição. Imprensa da Universidade de Coimbra: Comissão Portuguesa de História Militar.
- Borges, C. (2010) Implementação da ISO 9001:2008 no ensino superior. O caso da ESEnfDAG. Universidade de Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas. Tese de mestrado.
- Borges, C. (2010). *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que parcerias?*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*, 10, 40-46.
- Bournaud, P. (1990). Pour introduire à l'ethnographie de l'école. *Pratiques de formation*, 20,15-32.
- Bouso, R. (1999). *Buscando e preservar a integridade da unidade familiar*. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado.
- Braghetto, I. (2002). En busca de la calidad en el servicio. *Revista Hospital Universidad de Chile*, 3, Volume 13.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological system theory. *Annals of Child Development*,6, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecology of the family as a context for human development: Research perspective. In: Paul, J.; Churton, M.; Rosselli-Kostoryz, H.; Morse, W.; Marfo, K.; Lavelly, C. e

Thomas, D. (2000). *Foundations of special education*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole Publishing Company.

Bronfenbrenner, U. e Morris, P. (1998). The ecology of development process. *In: Damon, W. e Lerner, R. (Org.) (1998). Handbook of child psychology*. New York: Wiley. 993-1028.

Bronfenbrenner, U. (1999) Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. *In: Friedman, S.L., Wacks, T. D. (Org.) (1999). Conceptualization and Assesment of Environment across the life span*. Washington D. C: American Psychological Association: 3-30.

Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. 2ª Reimpressão. Artmed Editora: Porto Alegre.

Bruyne, P. De, Herman, J.; Schoutheete, M. DE (1991). *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.

Bueno, M. (2002). As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão*, 6 (IV). Recuperado em Agosto, 2006, de: <<http://www.cesuc.br/revista/ASTEORIASDEMOTIVACAOHUMANA.pdf>>.

Burgess, N.; Radnor, Z. e Davies, R. (2009) *Taxonomy of Lean in Healthcare: A framework for evaluating activity and impact*. Warwick Business School.

Burgess, R. (1997). *A Pesquisa de Terreno - Uma Introdução*. Celta. Oeiras.

Burt, R. (1995). Capital social et trous structuraux. *Revista Francesa de Sociologia*, 4(36), 599-628.

Burt, R. (2001). Structural holes versus network closure as social capital. *In: Lin, N.; Cook, K. e Burt, R. (2001). Social capital. Theory and research*. New York: Aldine de Gruyter. 31-56.

Butterworth, T.; Faugier, J. (1992). *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. London: Chapman & Hall.

Butterworth, T.; Bishop, V.; Carson, J. (1996). First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting: theory, policy and practice development: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 127-131.

Butterworth, T.; Carson, J.; White, E.; Jeacock, J.; Clements, A.; Bishop, V. (1997). *Clinical supervision and mentorship. It is Good to Talk: An Evaluation Study in England and Scotland*. University of Manchester.

Button, G. (1991). *Ethnomethodology and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cabral, R. et al. (DD). *Logos, Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia Verbo*. N.º 4. Sociedade Científica da Universidade Católica Portuguesa. Editorial Verbo.

Cachapuz, A. (2004). *Saberes Básicos de todos os cidadãos no século XXI*. Conselho Nacional de Educação: Ministério da Educação. Lisboa.

Caldeira, S.; Gomes, A. e Frederico, M. (Março 2011). De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 25-35.

Campos, A. e Loff, A. (Maio 1998). Gerir, motivando. *Revista Sinais Vitais*, 18. Coimbra: Formasau. 39:43.

Campos, C. (2010). *Relação supervisiva no processo de morte em pediatria: ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança*. Universidade de Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Tese de Mestrado.

Canário, R.; Correia, J. A.; Dubar, C.; Malglaive, G.; Barroso, J.; Bolívar, A. et al. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Coleção Ciências da Educação. Porto Editora.

Canha, M. (2001). *Investigação em Didáctica e prática docente*; Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado. (Trabalho não publicado).

Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e poderes no hospital. Santa Maria da Feira*. Edições Afrontamento.

Carreteri, M. (1997). *Construtivismo e Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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

Carvalhais, M e Sousa, L. (Março 2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 75-84.

Carvalho, A. (2007). *Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento.

- Carvalho, H. (2004). *Análise multivariada de dados qualitativos - Utilização da HOMALS com o SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, J. (2002). *Metodologia do trabalho científico: "saber-fazer" da investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- Casparie, A. (2000). Tracking clinical preventive service use: a comparison of health plan employer data and information set with the behavioral risk factor surveillance system. *Med Care*, 38,187-94.
- Castro, L. e Ricardo, M. (2001). *Gerir o trabalho projecto: guia para a flexibilização e revisão curriculares*. Coimbra: Texto Editora.
- Catmur, S. (1995). Clinical supervision in mental health nursing. *Mental Health Nursing*. N.º245.
- Centeno, N. e Novella, A. (2003). Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. *Gerencia Salud*. Volume 3.
- Ceitol, M. (2001). A liderança e a saúde mental. *Revista Qualidade em Saúde*, 1, 26-29.
- Chizzotti, A. (2000). *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4ª Edição. São Paulo: Cortez.
- Christianne, M. (1995). Cuidados de enfermagem uma disciplina: condições e acessos. Conferência de Bruxelas. Cruz Vermelha Suíça: 1-7.
- Cohen, L. e Manion, L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid: Editorial - La Muralla.
- Coll, C.; Marchesi, A.; Palácios, J. (Org.) (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação – Psicologia Evolutiva*. Volume1. 2. Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa.
- Collopy, B.T. ; Williams, J.; Rodgers, L.; Campbell, J.; Jenner, N.; Andrews, N. (2000). *The ACHS Care Evaluation Program : a decade of achievement!*. Volume 20. Australian Council on Healthcare Standards. *J Qual Clin Pract*: 36-41.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2011). CIPE 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – Versão 2. Edição @ 2011, Lusodidacta.
- Cook, R. et al (1997). Clinical supervision models. *Practice Nurse*. N.º14: 139-142.
- Cook, D. e SPORTSMAN, S. (Set. 2004). *DSHS – Nursing Standards of care and nursing standards of professional performance*. Texas Department of State health Services.

Cordeiro, R. (2008). *O papel da supervisão ao nível do ensino clínico – de cotovia a mocho na enfermagem*. Universidade de Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Tese de Mestrado.

Correia, J. A. (1989). *Inovação Pedagógica e Formação de Professores*. ASA: Porto.

Correia, J. A. (1996). *Sociologia da Educação Tecnológica*. Universidade Aberta: Lisboa.

Correia, J. A. (1997). Formação e Trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação, *In: R. Canário (Org.) Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 13-41.

Correia, J. A. (2001). A construção científica do político em educação. *Educação Sociedade e Culturas*, 15, 19-43.

Correia, J.A. e Matos, M. (2001). Da crise da escola ao escolocentrismo. *In: Stoer, S. R.; Cortesão, L. e Correia, J. A. (Org.), Transnacionalização da educação. Da crise da educação à “educação” da crise*. Edições Afrontamento: Porto, 91-117.

Correia, J. (2001). A construção científica do político em educação. *Educação Sociedade e Culturas*. N.º 15: 19-43.

Correia, E. (2002). Qualidade e desempenho empresarial – Que relação?. *Revisores e Empresas*, 19, 34-46.

Correia, M. (2004). *Identidade profissional e supervisão das práticas clínicas: estudo de caso centrado nos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço*. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.

Copetti, F. (2001). *Estudos exploratórios dos atributos pessoais de tenistas*. Universidade Federal de Santa Maria. Tese de Doutoramento.

Costa, J. A. ; Andrade, A. I. ; Neto-Mendes, A. e Costa, N. (Org.) (2004). *Gestão Curricular: percursos de investigação*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Costa, M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.

Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos*. Coleção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Educa/Formasau.

Costa, N.; Marques, L. e Kempa, R. (2000). Science Teachers' Awareness of Findings from Education Research. *Research in Science and Technological Education*, 18 (1), 37-44.

Costa, N.; Alarcão, I.; Andrade, A.; Araújo e Sá, H.; Canha, M.; Martins, F; Oliveira Duarte, M. e Pereira, G. (2004). Da Avaliação de Programas de Formação ao Desenho de Propostas Potenciadoras da Qualidade. *In: Anais do I Congresso Internacional Luso-Brasileiro. II Congresso CIDINE. Produção sobre Conhecimento Profissional e docência nos Sistemas Educativos Português e Brasileiro: Dinâmicas e Tendências.* Florianópolis: CIDInE.

Cottrell, S. (2001). *Draft policy for clinical supervision*. Recuperado em Dezembro, 2004 de: <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>

Cottrell, S. e Smith, G. (2002). *The development of Models of Nursing Supervision in the UK*. Recuperado em Dezembro, 2004, de: www.clinical-supervision.com/development%20of%20clinical%20supervision.htm.

Crozier, M. (1981). *O fenómeno burocrático*. Editora Universidade de Brasília. (Tradução de Juan Gili Sobrinho)

Crozier, M. e Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.

Cruz, D. (1995). *A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processo de informações por alunos de graduação*. São Paulo. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado.

Cunha, A. (2008). *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.

Cutcliffe, J.; Butterworth, T.; Proctor, B. (2001) *Clinical Supervision: Fundamental themes*. Routledge. London.

Czapski, C. A. (1999). *Qualidade em estabelecimentos de saúde*. Editora Senac. Série Apontamentos Saúde. São Paulo: 37-38.

Cruz, S. e Ferreira, M. (Março 2012). Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 6: 103-112.

Daniels, H. (2001). *Vygotsky and Pedagogy*. New York and London: Routledge Falmer.

- Danis, C. e Solar, C. (Org.) (2001a). *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Danis, C. e Solar, C. (2001b). *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos: uma perspectiva*. In: Danis, C. e Solar, C. (2001). *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Darling, L. (1984). What do nurses want in a mentor? *Journal of Nursing Administration*, 14:42-44.
- Darley, G. (2001). Demystifying supervision. *Journal of Nursing Management*, 7, 18-19.
- De Ketele, J. e Damas, M.J. (1985). *Observar para avaliar*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Denzin, N. (1984). *The research act*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Denzin, N. e Lincoln, Y. (2003). Introduction: The discipline and Practice of Qualitative Research. In: Denzin, N. e Lincoln, Y. (Org.). *The Landscape of Qualitative Research – theories and issues*. 2.ª Edição. Sage:1-45.
- Descy, P. e Tessaring, M (2001). *Formar e aprender para gerar competências*. Luxemburgo: CEDEFOP.
- Deshaies, B. (1997). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Instituto Piaget.
- D’Espiney, L. (1997). Formação inicial / formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, R. (Org) (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora. 169-188.
- Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos*. Barcelo: Paidós.
- Délors, J. (Org.) (1996). *Educação Um Tesouro a Descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional Sobre a Educação para o Século XXI. S. Paulo: Cortez.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Dias, M. (2010). *Supervisão dos estudantes em Ensino Clínico: a intervenção do tutor*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- Discroll, J. (2007). *Practising clinical supervision: a reflective approach for healthcare professionals*. 2ª Edição. Editora Elsevier Health Sciences.
- Department of Health (DoH) (1993). *A Vision for the Future: The Nursing, Midwifery and Health*

Visiting Contribution to Health and Health Care. London: HMSO.

Donabedian, A. (1980). *The Quality of Medical Care*. Science 200.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. N.º260: 1743.

Donabedian A. (1990). *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med.

Donabedian, A. (1992). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. Volume 18. Qual Ver Bull: 356-360.

Donabedian, A. (2003) *An introduction to quality assurance in health care*. 1ª Edição. Oxford University Press. Textbook Hardcover.

Donahue, K. e Vanostenberg, P. (2000). Joint Commission International Accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*. N.º 12(3): 243-246.

Dray, A. (1995). *O Desafio da Qualidade na Administração Pública*. Editorial Caminho: Lisboa.

Duarte, I. e Ferreira, D. (2006). Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *RAS*,31(8).

Dun, C. e Bishop, V. (1998). Clinical supervision: its implementation in one acute sector trust. In: Bishop, V. (Editor). *Clinical supervision in practice. Some questions, answers and guidelines*. London: MacMillan Press.

Educação, M. (1998). *A Evolução do sistema educativo e o PRODEP*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

EFQM (1999-2003). EFQM – Conceitos Fundamentais de Excelência; Recuperado em Julho, 2011 de: <http://excellenceone.efqm.org/uploads/fundamental%20concepts%20portuguese.pdf>.

EFQM (Julho, 2011). *EFQM – Our History*; Documento WWW.URL:[<http://www.efqm.org/en/tabid/123/default.aspx>].

English National Board for Nursing (ENB) (1987). *Criteria and Guidelines English National Board for Nursing*. Circular 1987/28/ MAT Institutional and Course. Approval Process Information Required. Midwifery and Health Visiting: London.

Escudero, J. e Bolivar, A. (1994). Inovação e formação centrada na escola. Uma perspectiva da realidade espanhola. In: Amiguinho, A. e Canário, R. (Org.), *Escolas e Mudança: o Papel dos Centros de Formação*. Lisboa: Educa. 97-155.

Estrela, A. (1996). *Teoria e Prática da Observação de Classes. Uma Estratégia de Formação de Professores*. Porto: Porto Editora.

ESEnfP (2007). *3º Curso de Pós-graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto – Pólo do São João.

Falvey, J. (2002). *Managing Clinical Supervision - Ethical practice and legal risk management*. New Hampshire: Brooks/cole-Thomson Learnig.

Faltholm, Y. e Jansson, A. (2007). *The implementation of process orientation at a Swedish hospital*. Department of Human Work Sciences: Lulea University of Technology. Lulea: Sweden.

Feldman, L.; Gatto, M.; Cunha, I. (2005). História da Evolução da Qualidade hospitalar. *Acta Paul Enferm. Brasil*: 213-220.

Felício J. (2002). *Learning organization numa instituição de ensino superior: Uma proposta empreendedora*. Programa de Pós-graduação Administração. Recuperado em Abril, 2005, de: <http://www.sbgc.org.br/media/tese-completa.doc>.

Fernandes, A. e Queirós, P. (Julho 2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 4: 37-48.

Fernández, A (1991). *A Inteligência Aprisionada*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Ferraz, C. e Couto, G. (Março/Junho 2002). A chefia/liderança em enfermagem: um caminho. *Ecoss de Enfermagem*. 228/230. Porto: Sindicato dos Enfermeiros. 22-24.

Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, J.; Neves, J.; Caetano A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

Fleck, M. (Org.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais de saúde*. Artmed: Rio de Janeiro.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições, Lda.

Figari, G. (1996). *Avaliar: que referencial?* Porto: Porto Editora.

- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - Perspectiva do Docente*. Coleção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Educa/Formasau.
- Fonseca, P. (1994). *Instituições dialécticas*. Coimbra.
- Fonseca, V. (2005). Dificuldades de Aprendizagem: Na busca de alguns axiomas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano 39. nº3, 13-38.
- Fonseca, V. (1976). *Contributo para o Estudo da Génese da Psicomotricidade*. Editorial Notícias: Lisboa.
- Fonseca, V. (1984). *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Editorial Notícias: Lisboa.
- Fonseca, V. (1992). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos Factores Psicomotores*. Editorial Notícias: Lisboa.
- Fonseca, V. (2001a). *Cognição e Aprendizagem*. Ancora Editora: Lisboa.
- Fonseca, V. (2001b). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In Fonseca, V. & Martins, R. (Org). *Progressos em Psicomotricidade*. Edições FMH: Lisboa, 13-28.
- Formosinho, J. (Org.) (2002). *A Supervisão na Formação de Professores II – Da organização à Pessoa*. Coleção Infância. Volume 2. Porto Editora: Porto.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fowler, J. (1995). Nurses' perceptions of the elements of good and bad supervision. *Nursing Times*. N.º91: 33-37.
- Fowler, J. (1998). Evaluating the efficacy of reflective practice within the context of clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*. N.º27: 379-382.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.
- Franco, M. (2003). *Análise do conteúdo*. Brasília. Distrito Federal: Plano.
- Frawley-O'dea, M. (2001). *The Supervisory Relationship: a contemporary psychodynamic approach*. New York: The Gullford Press.
- Frederico, M. (2001). Qualidade em Serviços de Saúde. *Revista Referência - Revista de Educação e Formação em Enfermagem*: 45-50.
- Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª Edição. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

- Freeman, D. (1999). Seeing your own teaching. *Kotesol Newsletter*. Telling Teaching: EUA. 1-4.
- Freire, T. (1994). Princípios Éticos na Investigação Psicológica. In: *I Seminário: "Deontologia Profissional do Psicólogo"*. Reitoria da Universidade do Porto: 1-18.
- Friedberg, E. (1993). *O Poder e a Regre - Dinâmicas da Ação Organizada*. Instituto Piaget: Epistemologia e Sociedade (tradução portuguesa).
- Galindo, C. e Inforsato, E. (2008). Formação continuada errática e necessidades de formação docente: resultados de um levantamento de dados em municípios paulistas. *Interações*, 9: 80-96.
- Gariso, M. (2007) *Qualidade dos serviços públicos. A gestão da qualidade de um serviço público na perspectiva dos funcionários*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- Garrido, A. (2004a). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- Garrido, A. (2004b). Supervisão Clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*. N.º15:27-34.
- Garrido, A. (2005). Supervisão Clínica em enfermagem e as condicionantes organizacionais. *Revista Sinais Vitais*, 61,11-13.
- George, J. (2002). *Nursing Theories*. New Jersey: Prentice Hall.
- Geovanini, T.; Moreira, A.; Schoeller, S. D. ; Machado, W. C. (1995). *História da Enfermagem: versões e Interpretações*. Revinter: Rio de Janeiro.
- Gil, A. (1991). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 3ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Ghaye, T. e Lillyman, S. (2000). *Effective Clinical Supervision: the role of reflection*. UK: Quay Books Mark Allen Publishing Lda.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (2005). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Glaser, B.; Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glezerman, M.; Witznitzer, A.; Reuveni, H. E Mazor, M. (1999). A model of efficient and continuous quality improvement in a clinical setting. *International Journal for Quality in Health Care*. Volume II. Israel. N.º3:227-232.
- Glen, S. (1998). The Key to Quality Nursing Care: Towards a model of Personal and professional development. *Nursing Ethics*. England: 95-102.

-
- Glickman, C. (1985). *Supervision of instruction: a developmental approach*. MA: Allyn e Bacon.
- Giordani, B. (1997). *La Relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, SA.
- Goetz, J. e Lecompte, M. (1984). *Ethnography and qualitative design in educational research*. New York: Academic Press.
- Goleman, D (Agosto 2000). Qual é o seu estilo?. *Revista Visão&Estratégia*. Executivedigest: 45:50.
- Gomes, A. e Quelhas, O. (Setembro-Outubro 2003) Motivação dos recursos humanos no serviço público: um estudo de caso sob dois ângulos teóricos. *Revista Eletrônica de Administração*, 5 (35). Recuperado em Agosto, 2006, de: http://read.adm.ufrgs.br/edicoes/pdf/artigo_30.pdf.
- Gomez, M., Mir, V. ; Serrats, M. (1993). *Como criar uma boa relação pedagógica*. Rio Tinto, Edições ASA.
- Goodnow, J. (1996). Differentiating among social contexts: by spatial features, forms of participation, and social contracts. In: Moen, P.; Elder, G. e Lüscher, K. (1997). *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of Human Development*. Washington: APA. 269-301.
- Graveto, J. (2005). *Construcción y validación de una escala de percepción personal de competencias profesionales del prelicenciado en enfermería (Construção e validação de uma escala de percepção de competências profissionais do pré-licenciado em enfermagem)*. Universidade da Extremadura: Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação. Badajoz: Espanha. Tese de Doutoramento.
- Gray, J. (2007). *How to get better healthcare*. Oxford: Offox Press.
- Gray, W. (2001). Combining clinical and management supervision. *Nursing management*. 8, 14 – 18.
- Greene, J.; Caracelli, J. e Graham, W. (1989). Towards a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. In: *Educational Evaluation and Policy Analysis*. 255-274.
- Grobe, S.; Epping, P. e Goossen, W. (1997). *Nursing Information Systems. Handbook of medical Informatics*. Houten: The Netherlands. 219-232.
- Guerra, I. C. (2006). *A Opção pelas Metodologias Qualitativas e Diversidade de Utilização*. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Cascais: Principia. 27 – 34.
- Guichard, S. (2004). *The reform of the health care system in Portugal*. Paris : OCDE. Economics Department Working Papers. N.º405.
-

- Gupta, P. (2008). *A Inovação Empresarial no Século XXI*. Editora Vida Económica.
- Gurgel, G. e Vieira, M. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Revista Ciência e Saúde Colectiva*, 7(2), 325-334.
- Haddad, L. (1997). *A ecologia do atendimento infantil: construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação*. Faculdade de Educação: São Paulo. Tese de Doutorado em Educação.
- Haguette, T. (1997). *Metodologias qualitativas na sociologia*. 5ª Edição. Petrópolis: Vozes.
- Hall, A., Neves, C.; Pereira, A. (2006). *Grande Maratona de Estatística no SPSS*. Universidade de Aveiro: Departamento de Matemática.
- Hallberg, I. (1994). Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout and the nurses' own reports on the effects of it. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1 (VIII), 44-52.
- Hart, G.; Rotem, A. (1995). The best and the worst: students' experiences of clinical education. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11,26-33.
- Hawkins, P. e Shohet, R. (1989). *Supervision in the Helping Professions*. Open University Press: Milton Keynes.
- Henriques, M. (2003). *Os remédios do estado*. Marketter - Dossier Saúde.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Huby, J. e Smith, C. (1995). *Scottish Consensus Statement on Qualitative Research in Primary*. Dundee: Tayside Centre for General Practice.
- Icart, I. B.; Alarcón, A. A. (Coord) (2006). *Sociologia de la empresa y de las organizaciones*. Barcelona: Egado Editorial: 97-114.
- Igea, D., Augustin, J. e Martin, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.
- lezzoni, L. (2003). Reasons for risk adjustment. In: lezzoni, L. (2003). *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes*. 3ª Edição. Chicago. IL: Health Administration Press.
- Imbernón, F. (Org.) (2000). *A educação no século XXI*. São Paulo: Artmed.

-
- Indian Health Service (I.H.S.) (2005). *The acute Care Accreditation Scheme - a framework for Quality and Safety*. Dublin: Irish Health Services Accreditation Board.
- Instituto Qualidade em Saúde (IQS) (Setembro de 2000). Instituto de Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços. *Revista Qualidade em Saúde*, 1,12-13.
- IQS (2003). *Manual Internacional de Acreditação dos Hospitais*. Programa Nacional de Acreditação de Hospitais. Matosinhos: Hospital Pedro Hispano. Texto Policopiado.
- Institute of Medicine of the national academies (IOM) (1990). *IOM Definition of Quality*. Estados Unidos da América.
- Instituto Português da Qualidade (IPQ) (2000). *NPEN ISO 9001:2000*. Sistemas de gestão da qualidade. Portugal.
- Instituto Português da Qualidade (IPQ) (Novembro 2008). *NPEN ISO 9001:2008*. Sistemas de gestão da qualidade. 3ª Edição. Portugal, 1-46.
- Iribarne, A. (Janeiro e Fevereiro 1984). *Ateliers flexibles, organisation du travail et qualification*. *Revue Française de Gestion*.
- Ishikawa, K. (1997). *“Controle de qualidade total à maneira japonesa”*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Campus.
- Joint Commission International (JCI) . (Janeiro/Fevereiro 2008). *Nursing Performance Measurement Set Promises to Deliver Substantial Quality Improvement*. Volume 10. Edições Joint Commission Resources: U.S.A. N.º 1:4-9.
- JCI. (2003). *Joint Commission International - Normas de acreditação para hospitais*. 2ª Edição. Edições Joint Commission Resources: U.S.A.
- JCI (2005a). *Issues and Strategies for Nurses Leaders: Meeting Hospital Challenges Today*. Edições Joint Commission Resources:U.S.A.
- JCI (2005b). *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*.Quality Link.
- Jesus, É. (2006). *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Johns, C. (1993). Professional supervision. *Journal of Nursing Management*. N.º1: 9-18.
- Jones, A. (1998). Some reflections on clinical supervision: an existential-phenomenological paradigm. *European Journal of Cancer Care*. N.º7: 56-62.

- Jones, A. (1999). Clinical supervision for clinical practice. *Nursing Standard*. N.º 10: 42-44.
- Jones, A. (2003). Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care*. N.º12: 224-232.
- Kaviani, H.; Rahimi, M.; Rahimi-Darabad, P.; Kamyar, K.; Naghavi, H. (2003). How autobiographical memory deficits affect problem solving in depressed patients. *Acta Medica Iranica*, N.º 41: 194-198.
- Kazandjian, V. e Vallejo, P. (2004). La evolución local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. *Revisiones*. N.º18 (3): 225-34.
- Kelle, U. (2001). Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods. *In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (revista on-line). N.º 2. Documento URL. WWW.[<http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>].
- Kelle, U. e Erzberger, C. (2005). Qualitative and Quantitative Methods: Not in Opposition. *In: Flick, U.; Kardorff, E. e Steinke, I. (Org.). A Companion to Qualitative Research*. Sage: 172-177.
- Kohner, N. (1994). *Clinical Supervision in Practice*. London: King's Fund Centre.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning*. Englewood Cliffs. NJ.: Prentice Hall.
- Kowalczyk, L. (2006). *Hospitals to ask more than usual patient data*. Volume 2.
- Krebs, R. (1995). Teoria da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. *In: Krebs, R. (Org.) (1995). Desenvolvimento humano: Teorias e Estudo*. Santa Maria: Casa Editorial. 103 – 115.
- Krebs, R. (2005). Educação inclusiva e a Teoria dos Sistemas Ecológicos. *In: Freitas, S; Rodrigues, D; Krebs, R. (Org.). (2005). Educação Inclusiva e Necessidades Educacionais Especiais*. Santa Maria Edições: 65 – 81.
- Kron, T.; Gray, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao cliente*. Rio de Janeiro: interlivros.
- Kugler, P. (1995). *Jungian Perspectives on Clinical Supervision*. Daimon.
- Landmark, B.; Hansen, G.; Bjones, I.; Bohler, A. (2003). Clinical supervision – factors defined by nurses as influential upon the development of competence and skills in supervision. *Journal of clinical nursing*, 12, 834-841.

- Laneyrie – Dagen, N. (2000). *Memória do mundo: das origens ao ano 2000*. Círculo de leitores: Lisboa.
- Leite, C. (Org.) (1995). *Avaliar a Avaliação*. Cadernos Pedagógicos. Porto: Edições ASA.
- Lentz, RA. (1996). *Processo de normalização: a jornada participativa como factor de qualidade nas acções de controlo das infecções hospitalares*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação mestrado.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição. Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget.
- Lins, B. (Setembro/Dezembro 2000). Engenharia da qualidade. *Cadernos Aslegis*, 12. Brasil.
- Loeb, J. (2004). The current state of performance measurement in health care. *International Journal for quality in health care*. Volume 16. Suplemento I: i5-i9.
- Loff, A. (2003). *Guia prático para elaboração de currículos e relatórios críticos de actividades*. Coleção Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Editora Educa/Formasau.
- Lopes, A. e Reto, L. (1990). *Identidade da empresa e gestão pela cultura*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lopes, H. (Org.) (2000). *As modalidades da empresa que aprende e empresa qualificante*. Lisboa: OEFP.
- Lüdke, M. & ANDRÉ, M. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. Editora Pedagógica e Universitária: São Paulo.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.
- Malglaive, G. (1997). Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. In: Canário, R. (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora. 53-60.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Marques, P. (2004). *Ensaio sobre os estágios de enfermagem em contexto hospitalar*. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João.
- Marques, P. (Org.) (2006). *Rumo ao conhecimento em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João.

- Maroco, J. e Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marquis, BL (1999). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. 2ª Edição. Porto alegre: Artes Médicas Sul LTDA.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre*. Paris: Editions LEPP (Loisir et Pédagogie).
- Martin, V. e Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor.
- Martineau, S. (1999). *Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to "kids at risk"*. University of British Columbia. Tese de Doutoramento.
- Massarweh, L. (1999). Promoting a positive clinical experience. *Nurse Educator*, 24 44-47.
- Massimi, M. (1998). A História das ideias psicológicas: uma viagem no tempo rumo aos novos mundos. *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. 11-30.
- Maturana, H. e Varela, F. (1995). *A árvore do conhecimento*. Campinas: Psy.
- Mayeroff, M. (1990). *On caring*. Perennial: Textbooks Education.
- Mccormick, K. e Jones, C. (Setembro 1998). Is one taxonomy needed for healthcare vocabularies and classifications? *Online Journal of Issues in Nursing*. Recuperado em Dezembro, de 2004, de: http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7_2.
- Mcquail, D. (1975) *Communication*. London: Longman.
- Meleis, A. L. ; Sawyer, L.; Im, E.; Schumacher, K.; Messias, D. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 1(23),12-28.
- Meleis, A. e Chick, N. (1986). *Transitions: a nursing concern*. School of Nursing Departmental Papers. University of California: San Francisco. 237-257.
- Mezomo JC. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri: Manole.
- Mialaret, G. (1980). *Ciências da Educação*. 2ª Edição. Lisboa: Moraes Editores.
- Minayo, M. C. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª Edição. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde (MS) (2004). *Plano Nacional de saúde 2004-2010: saúde para todos*. Volumes 1 e 2. Recuperado em Janeiro, 2005, de: http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedida/DGS_Plano_Nacional_de_Saude_2004_Prioridades.pdf.

MS (2009). *Portal da saúde*. Recuperado em Janeiro, 2009, de: <http://www.portaldasaude.pt/portal/suporte/perguntas+frequentes/>.

MS (2010). *Portal da saúde*. Recuperado em Março, 2010, de: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.

Moraes, M. (2007). A formação do educador a partir da complexidade e da transdisciplinaridade. *Diálogo Educa*, 22(7), 13-38. Recuperado em 10, Fevereiro, 2009 de: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=1571&dd99=pdf>.

Moraes, M. (2008). *Ecologia dos saberes: complexidade, transdisciplinaridade e educação – novos fundamentos para iluminar novas práticas educacionais*. São Paulo: Antakarana/WHH – Willis Harman House.

MORAIS, A. (Dezembro 2002). Gestão de conflitos. *Revista Nursing*, 172, 24:29.

Moreira, J. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Almedina.

Morin, E. (2002a). *O problema epistemológico da complexidade*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

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

Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo*. 4ª Edição. Epistemologia e Sociedade: Instituto Piaget.

Morgan, G. (1996). *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas.

Morrow, K. (1984). *Preceptorship in nursing staff development*. Rockville: Aspen Systems Corporation.

Mota, N; Melleiro, M. e Tronchin, D. (2007). A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *RAS*, 34.

Muijs, D. (2004). *Doing Quantitative research in education with SPSS*. London: Sage Publications.

- Munson, C. E. (2002). *Clinical Social Work Supervision*. Maryland: The Haworth Social Work Practice Press.
- Nascimento, P. (2008). *Políticas de desenvolvimento e educação em contexto rural*. Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento.
- Nassar- Mcmillan, S. e Borders, L. (2002). *Use of Focus Groups in survey item development*; DocumentoWWW.URL:[http://www.nova.edu/sss/*QR/QR7-1/nassar.html].
- Neves, J. (2001). O processo de liderança. In: CARVALHO, J. M., NEVES, J. & CAETANO, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill. 377-403.
- Neves, M. (2005). *Comissões de Ética - das bases teóricas à actividade quotidiana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- NHSME (1993). *A Vision for the Future*. Report of the Chief Nursing Officer. Department of Health: London.
- Nicklin, P. (1995). Supervision. *Nursing Management*, 2, 24-25.
- Nicklin, P. (1997). A practice-centred model of clinical supervision. *Nursing Times*, 93, 52-4.
- Nicolescu, B. (Org.) (2002) *Educação e transdisciplinaridade II*. Brasília: UNESCO.
- Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem*, 2ªEdição. Porto: Salesianas.
- Nóvoa, A. e Finger, M. (1988). *O método (auto) biográfico e a formação*. Lisboa: MS/ DRHS/ CFAP.
- Novaes, H. (2000). Avaliação de programas, serviços e tecnologias de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34, 547-59.
- Nunes, F. (Março 2007). Tomada de decisão de enfermagem em enfermagem: agir rapidamente, pensar lentamente. *Nursing* (Edição portuguesa), 219, 6-11.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro – enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, J. (2000). *O professor e a acção reflexiva*. Porto: ASA Editores, SA.
- Nunes, L., Amaral, M.; Gonçalves, R. (Coord.) (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nyhan, B. (1991). *Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas – perspectivas europeias sobre a competência de auto-aprendizagem e mudança tecnológica*. Edições Interuniversidades Europeias. Bruxelas: Eurotecnecet.

Oberdá Neto, G. (DD). *Desmistificando o processo de auditoria*. Recuperado em Janeiro, 2005, de: <http://www.banasqualidade.com.br>.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (Dezembro, 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos. *Divulgar*. Conselho de Enfermagem.

OE (Julho, 2008). *Criação da Ordem dos enfermeiros*. Recuperado em Janeiro, 2009, de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=146>.

OE (Abril 2009). Principais aspectos a reter sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional. *OE Express*, 3-5.

OE (Março 2010). Plano de actividades e orçamento para o ano de 2010. Secção Regional dos Açores.

Oliveira, M.; Paula, T. R.; Freitas, J. B. (Julho 2007). Evolução histórica da assistência em enfermagem. *Conscientiae Saude*, 1(6). Universidade Nove de Julho. S. Paulo: Brasil.127-136.

Orvalho, J. (2008). *Common Assessment Framework: Estrutura de Avaliação Comum*. Recuperado em Janeiro, 2009, de: <http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&source=hp&q=fun%C3%A7%C3%B5es+EFQM&meta=&aq=f&oq=>.

Ovretveit, J. e Gustafson, D. (2002). Evaluation of quality improvement programmes. *Quality & Safety in Health Care*, 11 (3), 270-275.

Pain, A. (1990). *Education informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris : L'Harmattan.

Pain, S. (1989). *Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem*. 3ª edição Artes Médicas: Porto Alegre.

Pain, S. (1992). *Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pain S. (1996). *Subjetividade e Objetividade: Relações entre desejo e conhecimento*. Centro de Estudos Educacionais Vera Cruz - CEVEC: São Paulo.

- Paiva-Silva, M. (2000). *Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem. Ciências de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de Mestrado.
- Paladini, E. P.; Carvalho, M. M. (Coord.)(2006). *Gestão da qualidade: teoria e Casos*. 2ª Reimpressão. Elsevier Editora, Lda. Rio de Janeiro.
- Palma, C. e Santos, P. (Dezembro 2002). Pensar em enfermagem: novos tempos, novos rumos. *Nursing*, 172,16-18.
- Pardal, L. E Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores.
- Pedrosa De Jesus, M. H. (2000). A Comunicação na sala de aula: As perguntas como elementos estruturadores da interação didáctica. In: Monteiro, C. (Org.) (2000). *Interações na aula de Matemática*. S.P.C.E.: Secção de Educação Matemática.149-161.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in nursing*. 2ª Edição. Macmillan: Basingstoke.
- Pereira, A. (2004). *Educação multicultural: teorias e práticas*. Porto: ASA Editores, SA.
- Pereira, F. (2010). *Práticas supervisivas na formação online de professores de ciências* . Universidade de Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Tese de Mestrado.
- Pereira, S. (2009). *Qualidade em saúde: o papel dos sistemas de informação*. Faculdade de Ciências e Tecnologia: Departamento de Física. Universidade de Lisboa: Lisboa. Tese de Mestrado.
- Perrenoud, P. (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas*. Nova Enciclopédia. N. 46. Temas de Educação. Instituto de Inovação Educacional. Lisboa: Dom Quixote.
- Perrenoud, P., Thurler, M. G.; Macedo, L. De; Machado, N. J.; Alessandrim, C. D (2002). *As competências para ensinar no século XXI*. São Paulo: Artmed.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 3ª Edição Revista e aumentada. Edições Sílabo.
- Pesut, D. e Williams, C. (1990). The nature of clinical supervision in psychiatric nursing: a survey of clinical specialists. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4,188-194.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pineau, G. e Patrick, P. (2005) *Transdisciplinarité et formation*. Paris: L'Harmattn.

- Pineau, G. e Patrick, P. (2006). Investigaciones transdisciplinarias em formaci3n. *In: Jornada de Innovaci3n Universit3ria: Transdisciplinaridad*. Universidade de Barcelona. Barcelona: Anais.
- Pinto, P. (2010). *Supervis3o e motiva3o para a leitura no 1º ciclo do ensino b3sico*. Universidade de Aveiro: Departamento de Did3ctica e Tecnologia Educativa. Tese de Mestrado.
- Pires, A. (Fevereiro a Abril de 1994). As novas compet3ncias profissionais. *Formar*, 10.
- Pires, A. (2002 e 2005). *Educa3o e forma3o ao longo da vida: An3lise cr3tica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e valida3o de aprendizagens e de compet3ncias*. Faculdade de Ci3ncias e Tecnologia. Universidade de Lisboa: Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Pires, A. R. (2007). *Qualidade – Sistemas de Gest3o da Qualidade*. 3ª Edi3o. Edi3oes S3labo, Lda. Lisboa.
- Pisco, L. (16 de Dezembro 2000). A qualidade na Sa3de. *Expresso*, 1468: Direct3rio da Qualidade.
- Pisco, L. e Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de sa3de prim3rios. *Avalia3o da qualidade*, 2, 43-51 .
- Platt-Koch, L. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses. *Journal of Psychological Nursing*, 26, 7-15.
- Pombo, O., Guimar3es, H.; Levy, T. (1993). *A interdisciplinaridade - Reflex3o e experi3ncia*. Porto: Texto Editora.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Brofenbrenner*. CIDInE. Aveiro.
- Postic, M. e De Ketele, J.(2000). *Observar las Situaciones Educativas*. Madrid: Nancea.
- Proctor, B. (1986). Supervision: a co-operative exercise in accountability. *In: Marken, M. e Payne, M. (Org.)*. (1996). *Enabling and ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and training in Youth and Community Work*. Leicester.
- QRS (2002). *N6 Reference Guide*. Australia: QRS International Pty Ltd.
- Queir3s, A. (2001). *3tica e enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investiga3o em ci3ncias sociais*. 2ª Edi3o. Gr3vida.
- Radnor, Z. e Walley, P. (2008), Learning to walk before we try to run: adapting lean for the public sector. *Public and Money Management*. Volume 28, N.º.1:13-20.

Raigada, J. (2002). *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido*. Estudios de Sociolingüística: 1-42.

Rech, G. (2004). *Dispositivos Visuais como apoio para a Troca Rápida de Ferramenta: a experiência de uma metalúrgica*. Universidade Federal Rio Grande do Sul: Porto Alegre. Tese de Mestrado.

Rego, A. e Pina E Cunha, M. (Março/Abril 2001). Reuniões: linhas de orientação para líderes e participantes, *Revista Dirigir – revista para chefias e quadros*, 72. Instituto do Emprego e Formação Profissional: Gabinete de Comunicação.32:49.

Rego, G. e Nunes, R. (2009). *Hospital Fundação Estatal*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto.

Rego, T. (2001). *Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação*. 12ª Edição. Petrópolis: Vozes.

Reis, A. (1994). *Observação pedagógica e experiência profissional*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Didáctica.

Ribeiro, J. (Dezembro 2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 5: 27-36.

Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: Educa.

Ribeiro, T. (2000). *Planeamento dos sistemas de saúde*. Centro de estudos de economia e gestão. Coleção de estudos pós-graduados. Universidade Aberta: Lisboa.

Ribeiro, J. (2004). Migrações e Etnicidades Imigrantes qualificados no sector da saúde: Uma integração (in) completa? *Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas – Reflexividade e Acção*. Atelier: Lisboa. 64-70.

Richards, C.; Emori, T. G.; Peavy, G.; Gaynes, R.(Março/Abril 2001). Promoting Quality Through Measurement of Performance and Response: Prevention Success Stories. *Emerging Infectious Diseases*, 2(7). Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta. Georgia: USA.: 299-301.

Richards, L. (2002). *Introducing N6 a workshop handbook*. Victoria: QSR International Pty.

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Rocha, J. (2006). *Gestão da qualidade – aplicação aos serviços públicos*. Escolar Editora: Lisboa.
- Rocha, M. (2008). A Construção de indicadores e a monitorização social. *VI Congresso Português de Sociologia*. Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. 213-225.
- Rodrigues, M.; Branca, S. e Portugal, M.J. (Março 2011). Documento *Ad usum et beneficium* – A obra “Trajetória histórica e legal da enfermagem”. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 171-174.
- Rodrigues, P. (1998). *Avaliação da formação pelos participantes em entrevista de investigação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Universidade de Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Tese de Mestrado.
- Rooney, A. e Ostenberg, P. (1999). *Licenciamento, acreditação e certificação: Abordagens à qualidade de serviços de saúde*. Bethesda. Center for Humam Services.
- Roper, N., Logan, W.; Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá-Chaves, I. (1994). *A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- Sá-Chaves, I. (2000a). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Porto Editora.
- Sá-Chaves, I. (2000b). *Formação, Conhecimento e supervisão: contributos na área da formação de professores e de outros profissionais*. Estudos Temáticos 1. Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores: Universidade de Aveiro.
- Sá-Chaves, I. (2002). *A construção de conhecimento pela análise reflexiva de praxis*. Fundação para a Ciência e Tecnologia. Fundação Calouste Gulbenkian: Coimbra.
- Sá-Chaves, I.; Araújo E Sá, M. H.; Moreira, A. (2006). *Isabel Alarcão: percursos e pensamentos*. Edição Universidade de Aveiro: Aveiro.18-41.

Saint-Georges, P.(1997). Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económicos, social e político. *In: Albarello, L. Digneffe, F., Maroy, C., Ruquoy, D., Saint-Georges, P. (1997). Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa: Gradiva Publicações Lda.15-47.

Salles, F. (2009). A formação continuada em serviço. *Revista Iberoamericana de Educación.* Universidade Católica Dom Bosco. Brasil.

Santiago, D. (1741). Postilla Religiosa, e Arte dos Enfermeiros, Guarnecida com eruditos conceitos de diversos Autores, facundos, Moraes, e Escriturários Pelo Padre Fr. Diogo de Santiago, religioso de S. João de Deos, Com que educou, e praticou aos seus Noviços, sendo Mestre delles no Conventode Elvas, para perfeição da vida Religiosa, e voto da Hospitalidade (...). Lisboa: Oficina de Miguel Manescal da Costa. Impressor do Santo Ofício (c).

Santos, B.S. (2000). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.* São Paulo: Cortez.

Santos, M. (2009). *Contribuições para o desenvolvimento de um sistema de gestão pela qualidade numa PME.* Universidade e Aveiro: Departamento de Economia e Gestão e Engenharia Industrial. Tese de Mestrado.

Santos, N. (1999). *Identidade e cooperação. Individual e colectivo em contextos organizacionais.* Évora: Universidade de Évora. Tese de Doutoramento.

Shaw, C. (2000). External Quality Mechanisms for Health Care: summary of ExpeRt project one visitie, accreditation, EFQM and ISSO assessment in European Union Countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 3(XII),169-175.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action.* London: Temple Smith.

Schön, D. A. (1987). *The reflective turn.* New York and London: Teachers College Press.

Scön, D. A. (1990). *Educating the reflective practitioner.* San Francisco. Oxford: Jossey-Bass Publishers.

Serrano, P. (2006). *Redacção e Apresentação de trabalhos científicos.* Lisboa: Ciência.

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

- Serrano, M.T.; Costa, A. e Costa, N. (Março 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 15-23.
- Sexton-Bradshaw, D. (1999). Nurses' perception of the value of supervision. *Paediatric Nursing*. N.º11: 3.
- Silva, A. e Pinto J. (2003). *Metodologia das Ciências Sociais*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Silva, A., Varanda, J.; Dória, S. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Cascais: Principia.
- Silva, A., Vitorino, A.; Alves, C. F.; Cunha, J. A.; Monteiro, M. A. (2006). *Livro Branco sobre Corporate governance em Portugal*. Lisboa: Instituto Português de Corporate Governance.
- Silva, O. (1996). *A relação pedagógica no ensino de enfermagem*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa: Lisboa. Tese de Mestrado.
- Simões, C. (D.D.). *Conhecimento pedagógico e desenvolvimento humano*. Universidade do Algarve: 99-109.
- Simões, F. (2009). *Lean Healthcare – O conceito Lean aplicado à realidade dos serviços de saúde*. Universidade de Aveiro: Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Tese de Mestrado.
- Simões, J. (2004). A Avaliação de desempenho de hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*: 91-120.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. et al. (2002). *Projecto de avaliação de unidades de Saúde*. Ministério da Saúde.
- Simões, J. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho*. Secção Autónoma de Ciências de Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- Simões, J., Belo, A. P.; Fonseca, M. J.; Alarcão, I.; Costa, N. (2006). Supervisão em Ensino Clínico de enfermagem: três olhares cruzados. *Revista de Investigação em Enfermagem*. N.º14: 3-15.
- SINASE (Março 2008). *Clinical Governance*. Conferência liderança e gestão do risco no *corporate governance*. Internacional Sinase: Luanda. Recuperado em Janeiro, 2009, de: http://www.sinase.pt/UserFiles/File/luanda/clinical_%20governance_CGP.pdf.

- Sindicato dos Enfermeiros (SE) (2006). *Curso Liderança e Gestão de Equipas*. Porto: 1º Edição.
- Silva, A. (2009). *Novos saberes básicos dos alunos, novas competências dos profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- Silva, J. (2006). *Avaliação e Inspeção das escolas: estudo de impacte do Programa de Avaliação Integrada*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- Silva, P.; Magalhães, A. e Nunes, L. (Março 2011). A prática discursiva sobre a formação de enfermeiros em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 131-140.
- Silva, R.; Pires, R. e Vilela, C. (Março 2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, N.º 3: 113-122.
- Sloan, G. (1998). Focus group interviews: defining clinical supervision. *Nursing Standard*, 12, 40-43.
- Sloan, G. (1999). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 8, 524 – 528.
- Soares, Ml. (1997). *Da blusa de brim à touca branca – contributos para a história da enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: EDUCA: APE.
- Soares, C. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro: Aveiro. Tese de Mestrado.
- Sommerman, A. (2003). *Formação e transdisciplinaridade: uma pesquisa sobre emergências formativas do CETRANS*. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Nova Lisboa e à Université François Rabelais de Tours. Lisboa. Tese de Mestrado em Ciências da Educação.
- Sommerman, A. (2006). *O pensamento complexo, os fenómenos complexos e as metodologias inter e transdisciplinares*. Encontro Brasileiro de Estudos da Complexidade. Rio de Janeiro.
- Sommerman, A. (Setembro 2008). *Transdisciplinaridade, Complexidade e Formação Docente*. III Congresso Internacional Transdisciplinaridade, Complexidade e Eco-formação. Universidade Católica de Brasília: Brasil.
- Souza, F. (2006). *Nud*ist: Investigar com a utilização do software de análise qualitativa N6. Non-numerical unstructured data indexing searching e theorizing qualitative*. Melbourne. Australia: QRS International Pty Ltd.: Data analysis program (version 6.0, 2002). Aveiro: Universidade de Aveiro.

-
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Library of Congress Cataloging in Publication Data: USA.
- Swain, G. (1995). *Clinical Supervision: The Principles and Process*. London: Health Visitors Association.
- Tajfel, H., e TURNER, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In: AUSTIN, W. e WORCHEL, S. (Eds), *The social psychology of intergroup relations*. Monterey: California. Brooks/Cole: 33-47.
- Tappen, R. (2001). *Liderança e Administração em enfermagem - conceitos e prática*. Loures: Lusociencia.
- Teixeira, A. (Março de 2002). Guia da Qualidade. *Público*.
- Teixeira, J.; Camargo, F.; Tronchin, D. e Melleiro, M. (Junho 2006). A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Revista de Enfermagem*, 2(14). UERJ: Rio de Janeiro.
- Terssac, G. (1994). *Organisation qualifiante et formation des compétences*. Paris: CNRS.
- Thofehm, M. (Setembro 2006). Construtivismo sócio-histórico de Vygotsky e a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 694-698.
- Thofehm, M.; Leopardi, M.; Amestoy, S. (2008). Construtivismo: experiência metodológica em pesquisa na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 312-6.
- Tracy, S. (2002). Modelos e Abordagens. In: J. Oliveira-Formosinho, (Org.), (2002). *A supervisão na formação de professores I – da sala à escola*. Porto: Porto Editores.
- Turkiewicz, M. (1995). *História da Enfermagem*. ETECLA: Paraná.
- United Kingdom Central Council for Nursing (UKCC) (1996). *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting*. Midwifery and Health Visiting. London. Recuperado em Dezembro, 2004, de:<http://www.clinical-supervision.com/clinsup.htm>.
- UNDP (2002), *Handbook on Monitoring and Evaluating for Results. The monitoring and evaluation framework*. Evaluation Office. New York: USA. 5-10.
- UNESCO (2000). *O direito à educação – uma educação para todos durante toda a vida*. Relatório mundial sobre a educação. Edições ASA:61-62.

- Vaitsman, J. (Julho a Setembro 2000). Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objecto. *Caderno de Saúde Pública*, 3(16), 847-850.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In: Silva, A. e Pinto, J. (Org.). *Metodologia das ciências sociais*. Lisboa: Afrontamento.
- Viegas, V.; Frada, J.; Pereira, J. M. (2006). *A Direcção-Geral da Saúde _ Notas Históricas*. Publicações Direcção-Geral da Saúde.
- Vieira, F. (1993). *Supervisão - Uma prática reflexiva da formação de professores*. Edições Asa: Rio Tinto.
- Vieira, F.; Moreira, M. A.; Barbosa, I.; Paiva, M.; Fernandes, I. S. (2006). *No Caleidoscópio da Supervisão: imagens da Formação e da Pedagogia*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Vidal, P. (2005). *Estatística prática para as ciências da saúde*. Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel.
- Villeval, M-C. (1993). *La place de l'entreprise dans les processus de production de la qualification: le cas français*. Berlin: CEDEFOP.
- Viveiros, H. (2000). *Modelos de supervisão e desenvolvimento cognitivo dos futuros professores do 1º Ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado. Aveiro.
- Vuori, H. (1982). *Quality assurance of health services: concepts and methodology*. Copenhagen. World Health Organization.
- Vygotsky, L. (1993). *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. (1998). *Formação social da mente*. 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Waldow, V. (1999). *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2ª Edição. Porto Alegre: Sagra Luzzatto.
- Watson, J. (1985a). *Nursing human science and human care*. Norwalk. CT: Appleton-Century.
- Watson, J. (1985b). Reflections on different methodologies for the future of nursing. In: Leininger, M. (Ed.) (1985). *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune and Stratton. 343-349.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de Enfermagem*. Lusociência: Loures.

Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1993). *A pragmática da Comunicação*. São Paulo: Editora Cultrix.

Webb, B. (1997). Auditing a clinical supervision training programme. *Nursing Standard*. N.º11: 34-39.

Weinberg, N. e Stason, P. (1998). Managing quality in hospital practice. *International Journal for Quality in Health Care*. USA. Volume X. N.º 4: 295-302.

White, E.; Butterworth, T.; Bishop, V.; Carson, J.; Jeacock, J.; Clements, A. (1998). Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*. N.º28:185-192.

World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000 - Health Systems: improving performance*. Capítulo 5.

WHO (2003). *Quality and Accreditation in Health care services*. Department os Health Service Provision.

WHO (2007). *Health Improvement in Hospital*. Recuperado em Março, 2007, de: <http://www.euro.who.int/document/e86220.pdf>.

Williams, A. (1998). The delivery of Quality nursing care: a ground theory of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 3, 814.

Womack, J. e Jones, D. (2003). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. EUA: New York. 15:101.

Yin, R. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 3ª Edição. Bookman.

Zanella, A. (2001). *Vygotsky: contribuições à psicologia e o conceito de zona de desenvolvimento proximal*. Itajaí: Editora UNIVALI.

Legislação:

- Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro e regulamentado pelo Despacho nº 2/93 de 30 de Março.
- Decreto Regulamentar nº. 3/88 de 22 de Janeiro, artigo 30º, ponto 2.
- Decreto - Lei nº188/2003 de 20 de Agosto.
- Decreto-Lei n.º 166-A/99 de 13 de Maio (publicado no D.R. n.º 111/99 Suplemento I-A Série (Cria o Sistema de Qualidade em Serviços Públicos)

Links:

Agency for Healthcare Research and Quality (EUA): www.ahrq.gov

Eurohealth: www.lse.ac.uk/Depts/lse_health

Health Care Association of New York: www.hanys.org/resource

London School of Economics (RU) www.lse.ac.uk/Depts/lse_health

National Institutes of Health (EUA): www.nih.gov

National Library of Medicine (EUA): www.nlm.nih.gov/

NHS Center for Review and Dissemination: www.york.ac.uk

Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde: www.observatory.dk

Observatório Português de Sistemas de Saúde: www.observaport.org

Organização Mundial da Saúde:• www.OMS.int/entity/en/

Organização Mundial da Saúde – Europa: www.OMS.dk

www3.OMS.int/OMSSis/menu.cfm

www.OMS.int/health_topics/

www.OMS.int/health-systems-perfomance/

www.OMS.int/library/database/index.en.shtml

Organização Pan-Americana de Saúde: www.paho.org

Direcção-Geral da Saúde (www.dgsaude.pt)

Portal do cidadão (www.portaldocidadao.pt)

União Europeia e Políticas de Saúde:

www.healthsystems.org

www.kingsfund.org.uk

www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting.html

www.stg.nl/publications

cebm.jr2.ox.ac.uk

www.hta.nhsweb.nhs.uk/

www.OMS.int./health-services-delivery/human/workforce/

<http://www.efqm.org/en/>

Outros endereços para apoio à Decisão Baseada na evidência:

<http://www.cochrane.org/>

<http://www.indigojazz.co.uk/cebm/index.asp>

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>

<http://www.nice.org.uk/>

<http://ebm.bmjournals.com/>

<http://ebn.bmjournals.com/>

<http://evidencenetwork.org>

<http://www.campbellcollaboration.org/>

Ministério da Saúde [MS] Sítio internet: www.min-saude.pt

http://centrodeemergencia.blogs.com/portugal/2004/07/linhas_de_apoio_1.html

Qualidade em saúde: www.iqs.pt

Qualitative Health Research, 2000: www.sagepub.com

Quality in Health Care, 2000: www.qualityhealthcare.com

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 4 – Questionário Adoptado

Anexo 6 – Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros do serviço

Anexo 7 – Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros dirigentes

Anexo 10 – Matrizes Taxonomicas Resultantes da Análise e Discussão dos dados

10.1: Qualidade Hospitalar

10.2: Práticas Supervisivas

10.3: Formação em Contexto de Trabalho

10.4: Modos de Socialização

Anexos em Cd-Rom

Anexo 1 – Normas de formação em contexto de trabalho da JCI

Anexo 2 – Notas de Campo

Anexo 3 - Categorização dos dados recolhidos durante a observação

Anexo 4 – Questionário Adoptado

Anexo 5 – Análise dos dados recolhidos pela aplicação do questionário

Anexo 6 – Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros do serviço

Anexo 7 – Guião das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos enfermeiros dirigentes

Anexo 8 – Alguns apontamentos regulamentares da transcrição das Entrevistas Semi-estruturadas

Anexo 9 – Análise de conteúdo dados recolhidos pelas entrevistas

Anexo 10 – Matrizes Taxonomicas Resultantes da Análise e Discussão dos dados

10.1: Qualidade Hospitalar

10.2: Práticas Supervisivas

10.3: Formação em Contexto de Trabalho

10.4: Modos de Socialização

ANEXO 1: NORMAS DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO DA JCI

Listagem com as normas para a formação em contexto de trabalho (JCI, 2003:193-195):

1. Os líderes de uma organização definem a educação, as competências, o conhecimento e outros requisitos desejáveis em todos os profissionais.

1.1. As responsabilidades de cada profissional são definidas numa descrição da função actual.

2. Os líderes de uma organização desenvolvem e implementam processos para recrutar, avaliar e nomear os profissionais tal como outros procedimentos relacionados, identificados pela organização.

3. A organização utiliza um processo definido de forma a garantir que o conhecimento e as competências dos profissionais estão de acordo com as necessidades do doente.

3.1. A capacidade de cada profissional para cumprir as responsabilidades na descrição da sua função é avaliada numa entrevista aos profissionais e, após isso, regularmente.

3.2. Existe informação documentada sobre os profissionais para cada um deles.

4. Um plano para o corpo de profissionais da organização, desenvolvido em colaboração com os líderes clínicos e gestores, identifica o número, os tipos e as qualificações desejáveis dos profissionais.

4.1. O plano dos profissionais é revisto constantemente e é actualizado quando necessário.

5. Todos os profissionais estão orientados para a organização e para as responsabilidades específicas da função.

6. Cada profissional recebe educação e formação constantes, no serviço ou noutra local, de forma a manter ou desenvolver as suas competências e o seu conhecimento.

6.1. Os profissionais que prestam cuidados aos doentes e outros profissionais identificados pela organização recebem formação e podem demonstrar competências adequadas sobre técnicas de reanimação.

6.1.1. O nível de formação desejável é repetido de dois em dois anos.

6.2. Os dados agregados sobre as necessidades educacionais dos profissionais são a base para o actual programa de educação da organização.

6.3. *A organização fornece instalações e tempo para a educação e formação dos profissionais.*

6.4. *É dada oportunidade aos profissionais para participarem na educação avançada, na investigação e noutras experiências educacionais de forma a adquirirem novas competências e conhecimentos e de forma a apoiarem o progresso das funções.*

7. *A organização tem um processo eficaz para reunir, verificar e avaliar as credenciais dos **profissionais de enfermagem** (licença, educação, formação e experiência).*

7.1. *A organização mantém um registo de cada profissional de enfermagem sobre a licença profissional actual, sobre o certificado ou o registo, quando exigido por lei, por regulamento ou pela organização.*

8. *A organização tem um processo eficaz para identificar as responsabilidades da função e para fazer atribuições do trabalho clínico com base nas credenciais dos profissionais de enfermagem e em quaisquer requisitos reguladores.*

9. *A organização tem um processo eficaz para a participação dos profissionais de enfermagem nas actividades de melhoria da qualidade na organização, incluindo a avaliação do desempenho individual, quando indicado.*

ANEXO 2: NOTAS DE CAMPO

Foram muitos os dias que passamos no hospital, e muitas foram as páginas que escrevemos. De seguida apresentamos um exemplo destas.

3º Dia de Observação - 26 de Janeiro de 2006

Local: Serviço de Medicina Interna – Ala B e Ala A (Piso 5)

Actores: EnfermeiroB₂₀, EnfermeiroB₂₁, EnfermeiroA₀₄, EnfermeiroB₃₂, EnfermeiroA₀₁, EnfermeiroA₁₀, EnfermeiroA₀₉, EnfermeiroA₀₆

Alunos da Universidade de Aveiro, Ana Guedes, Oliveira de Azeméis

Cheguei ao serviço às 8h para poder assistir à passagem de turno da noite para a manhã, e confesso que estava à espera de algo semelhante ao que assisti ontem, no entanto, o factor surpresa esteve presente. Foi muito mais calma, com momentos de interacção entre os profissionais, principalmente entre quem passava e quem recebia.

E, como já estava à espera, os elementos da equipa que ainda não me conhecem ficaram desconfiados a observar-me ainda que não tenham dito nada pelo à vontade dos outros que já tinham tido um primeiro contacto comigo.

Após ter assistido a esta passagem, apareceu no serviço o EnfermeiroA₀₁, responsável pela Ala A, a quem fui apresentada. Quando EnfermeiroF₆₂ não se encontrava presente, é o EnfermeiroA₀₁ que assume o seu lugar, e por isso, logo a seguir à passagem de turno, passa por todos os serviços para ver se precisam de alguma coisa.

Quando me questionou acerca do trabalho e a sua temática respondi que tinha a ver com as questões da qualidade e da supervisão. Foi então que, tal como já tinham dito, referiu que “o processo não está a ser implementado a nível dos cuidados, e que a meio de Fevereiro prevê dar a conhecer à equipa uma nova folha de recolha de dados/avaliação inicial do doente que vai ao encontro de algumas normas”.

Prestação de cuidados na Ala B: mais uma vez se verifica que *inconscientemente* no que diz respeito ao modelo respeitam / dão resposta à maioria das normas que têm a ver com este item.

No entanto, se por um lado os alunos são muito acompanhados, por outro lado os profissionais não são supervisionados e até hoje, salvaguardando que só contactei com eles por dois dias, não conversam muito entre eles para trocar opiniões (nesta Ala).

Episódio: No serviço encontra-se uma senhora em coma com MRSA e Tuberculose Pulmonar e, por isso, encontra-se no quarto de isolamento, e com indicação para DNR. O marido preocupado com a resposta que dão aos alarmes questiona os enfermeiros de como procedem quando ele está ausente e os alarmes tocam, avisando que a doente não está a ventilar e está com excesso de secreções?

Na tentativa de resolverem o caso estabeleceram diálogos entre eles, nomeadamente com a EnfermeiraB₂₀, mas consideraram importante e solicitaram a ajuda do EnfermeiroA₀₁, para os orientar para uma solução mais viável.

A justificação que deram para o chamar foi a de ele estar há mais tempo como responsável e por vezes exercer funções de chefia, na ausência da chefe.

Acabaram por solucionar o caso com a utilização de “*aukitoquis*”.

Após este episódio sentei-me na sala de registos a fazer os meus próprios registos e percebi que os colegas se sentem incomodados quando se escreve à sua frente.

A meio da manhã fui-me apresentar a outro serviço – Ala A. Posso dizer que à primeira impressão é que funciona ligeiramente diferente da Ala B. Os colegas interagem mais uns com os outros, encontram no EnfermeiroA₀₁ um grande apoio, aquele que sabe mais, pondera mais... com quem podem sempre contar.

A troca de ideias constante permite-lhes criar momentos de formação. Esta interacção não se cinge aos colegas enfermeiros, mas todos os profissionais desde o técnico de cardiologia, ao médico, passando pela assistente social e nutricionista, padre... tratando-se todos por “TU”, mostrando um grande à vontade na comunicação e interacção.

Os alunos da Universidade de Aveiro nesta Ala também são muito acompanhados, mas pareceu-me que nesta ala cada orientadora corrige os trabalhos dos seus alunos.

Quando questionei directamente os alunos se conheciam o modelo disseram que não o conheciam em profundidade, mas já tinham falado sobre ele.

Como já esperava o Enfermeiro A₀₁ é o responsável directo, em conjunto com o Enfermeiro F₆₂, por estabelecer a ligação direcção – serviço e colaborando activamente na elaboração dos documentos exigidos.

Em relação à implementação do processo explicou-me o mesmo que o Enfermeiro F₆₃ referiu na reunião do dia 22 de Dezembro, acrescentando, porém, alguns dados. Ao mesmo tempo que elaboram normas e protocolos que respeitem as exigências da JCI estão a criar um programa informático de registos onde todos os elementos da equipa multidisciplinar possam registar e visualizar/aceder aos registos dos outros.

No caso da enfermagem usam a NANDA e a CIPE como referência para a construção do instrumento, mas a aplicação não é o SAPE. Estão a criar suporte informático para cada norma e protocolo.

Como referiu estão a terminar a aplicação da avaliação inicial que rapidamente será experimentada no serviço. Nessa altura será dada uma formação ao pessoal e supervisionado na implementação. Aproveitando esta interacção, iniciou-se uma conversa informal, onde aproveitei para colocar algumas questões.

C – Como fizeram para o construir esse instrumento de registos?

Enfermeiro A₀₁ – *O elemento responsável pela acreditação da grande equipa estudou as normas e enviou um mail para todos os serviços a referir que a JCI exigia A, B, C parâmetros na avaliação inicial, e agora construam um modelo.*

Começaram por construir um modelo específico para cada serviço, no entanto à medida que o trabalho se ia desenvolvendo consideraram que uma melhor solução passaria por reunir todas as propostas construindo uma avaliação que abrangesse todas as necessidades de todos os serviços e de todas as especialidades. Por exemplo, vai ter um item que automaticamente poderá accionar o pedido de colaboração do serviço social.

Para encontrar a especificidade de cada serviço os enfermeiros chefe e/ou responsável pediam à equipa de cada ala para escreverem tudo o que faziam em relação a determinado assunto. Depois, tudo o que deveriam fazer, mesmo que não o façam, mas que está descrito na teria, e depois eles tratariam os dados.

No fundo os enfermeiros colaboram de forma muito directa no processo da acreditação, agora não posso afirmar se tinham ou não consciência do que estavam a fazer!

Após reunirem estes dados construíam uma proposta que seguiam os tramitas que foram explicados na reunião de 22 de Dezembro de 2004.

Observa-se claramente que existe uma grande motivação por parte do Enfermeiro A₀₁ na interacção com este processo consegue passar à equipa que directamente lida com ele (Ala A).

O que senti?

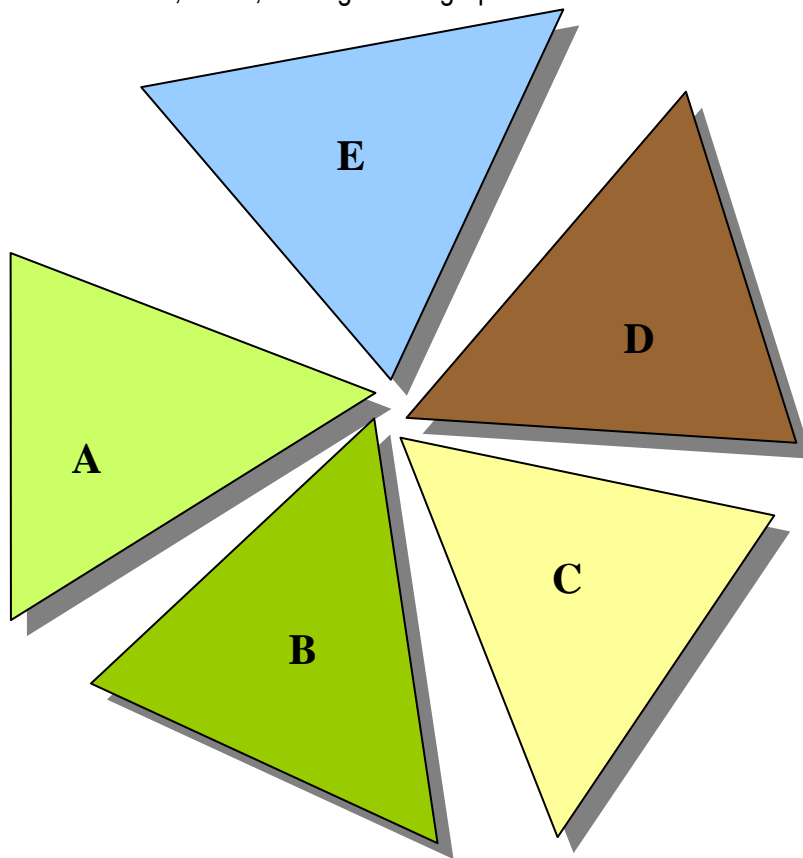
Confesso eu tinha planeado que esta seria a última ala a visitar porque foi aquela que me pareceu existir menor aceitação, à minha pessoa, por parte dos profissionais, quando fui apresentada pelo Enfermeiro F₆₂. Contudo, porque encontrei o Enfermeiro A₀₁ na Ala B arrisquei e acho que houve alguma interacção e aceitação por parte deles, pelo menos conversaram, questionaram...

Agora... será que vai ser igual na Ala C?

ANEXO 3: CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS DURANTE A OBSERVAÇÃO

Da análise de conteúdo das notas de campo da observação chegamos a cinco grandes taxonomias tratadas diferenciadamente, pelo que a apresentação dos resultados é feita separadamente por matrizes distintas.

Da análise resultaram, então, cinco grandes grupos:



A – Caracterização da dinâmica do hospital e serviços

B – Qualidade Hospitalar

C – Práticas Supervisivas

D – Formação em Contexto de Trabalho

E – Modos de Socialização

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

TAXONOMIA A: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E SERVIÇOS

TAXONOMIAS	DOMÍNIO	CATEGORIA	INDICADOR
A – CARACTERIZAÇÃO DA DINÂMICA DA INSTITUIÇÃO E SERVIÇOS	Caracterização do hospital e serviços	Modelo de gestão	Hospital Entidade Publica Empresarial; contratualização do financiamento em função das actividades a prosseguir; contratos individuais de trabalho; incentivos aos profissionais; agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento.
		Princípios	Missão; Visão; Valores;
		Organização	Localização; Unidade Base; Tutela dos serviços e centros de responsabilidade; Existência de serviços “não tradicionais”
		Serviços	Serviços de prestação de cuidados; Serviços de suporte à prestação de cuidados; serviços de gestão e logística; Ambiente físico;
	Caracterização das actividades desenvolvidas no serviço	Visita médica	Trabalho de reflexão; Planificação do tratamento.
		Conversas com os clientes e familiares	Partilha de preocupações; Gestão do <i>stress</i> ; Relações interpessoais; Dor.
		Pausas para café e/ou refeições	“Escape” ao <i>stress</i> do serviço
		Reuniões	Instrumento de discussão; Momento de demonstração de material e equipamento; Reuniões informais; Gestão de conflitos.
		Cuidados de saúde	Modelo de cuidados misto; modelo de cuidados individuais; Cuidados continuados; cuidados paliativos.
	Ideologias Profissionais	Valores subjacentes	Brio profissional; Paixão pela profissão; Consciência; Alma motora do funcionamento do hospital.
		Representações sobre cuidados	Dimensão expressiva; Dimensão instrumental; Uso dos sentidos; Comunicação verbal e não verbal; O silêncio; O respeito.
		Representações sobre a relação com o utente	Relação de ajuda terapêutica; dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional – cliente; Falta de tempo; Limites da interferência da equipa no estilo de vida dos clientes ou família; Atitude em relação aos valores religiosos próprios e dos clientes.
		Dilemas éticos	Informação; Atendimento; Erros de medicação; Morte.

TAXONOMIA B: QUALIDADE HOSPITALAR

TAXONOMIA	DIMENSÃO	DOMÍNIO	CATEGORIA	INDICADOR
B-QUALIDADE HOSPITALAR	Implementação do sistema de gestão da qualidade (foco: organização)	Processo de Acreditação	Medidas Organizativas	Adaptação da gestão económico-financeira; Adequação técnica e humanização na prestação dos serviços.
			Benefícios	Melhoria dos sistemas de comunicação externa e interno; Melhoria do sistema de avaliação de queixas/reclamações e manifestação de satisfação; Melhoria da acessibilidade ao sistema de saúde; Auto-avaliação das práticas e mobilização dos profissionais; Desenvolvimento de práticas de <i>Benchmarking</i> .
		Natureza do modelo	Estudo do modelo	Reuniões periódicas; definição de estratégias; lista de itens de verificação.
			Auditorias	(Não foi possível observar)
			Formação dos Actores	Transmissão de informação; Imposição de procedimentos.
		Estratégias de melhoria e avaliação da qualidade (foco: actores)	Representações sobre Qualidade	Noção de Qualidade
	Processo de acreditação			Medidas organizativas; Auditorias; Formação dada em termos de qualidade; Vantagens e desvantagens.
	Processo de Acreditação		Estrutura	Reuniões periódicas; Constituição dos grupos; Transmissão de informação; Imposição de procedimentos.
			Participação dos actores	Definição dos protocolos.

TAXONOMIA C: PRÁTICAS SUPERVISIVAS

TAXONOMIA	DOMÍNIO	CATEGORIA	INDICADOR
D – PRÁTICAS SUPERVISIVAS	Supervisão Clínica em Enfermagem	Processos de supervisão	Responsáveis pelo processo Relação supervisiva
		Tipos de Supervisão	Estilo directivo Estilo misto
		Conteúdos das relações supervisivas	Ciclo de supervisão (Novo) Modelo de Supervisão
	Acompanhamento dos alunos	Processo de acompanhamento	Questionamento Reflexão Socialização Dispensa de serviço
		Fases do processo	Planeamento do Ensino Clínico Integração Processo Relacional Avaliação Autoavaliação Reuniões
		Conteúdos	Modelos de formação

TAXONOMIA D: FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

TAXONOMIA	DOMÍNIO	CATEGORIA	INDICADOR
E – FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	Modalidades de formação	Informais	Contexto de trabalho “Hora do lanche” Convívio
		Formais	Formações em serviço Formações fora do serviço Cursos em sala de aula
		Não formais	Passagens de turno Hora dos registos Questionamento A volta
	Incentivos e implicações	Planeamento e execução da formação	Processo de formação Diagnóstico de problemas Organização da formação
		Avaliação	Avaliação da formação Avaliação dos actores implicados

TAXONOMIA E: MODOS DE SOCIALIZAÇÃO

TAXONOMIA	DOMÍNIO	CATEGORIA	INDICADOR
F – MODOS DE SOCIALIZAÇÃO	Relações interpessoais	Tipos de interacção	Enfermeiro; enfermeiro – cliente; enfermeiro - enfermeiro; enfermeiro - chefe; enfermeiro - outro profissional; enfermeiro - aluno; enfermeiro - família; enfermeiro - vida pessoal
		Conteúdos de interacção	Auto-compreensão; Escuta e Observação; razão/imaginação/sentimentos; comunicação.
		Momentos de formação	comunicação interpessoal; comportamentos, atitudes e valores; gestão de emoções;
	Estratégias de gestão	Métodos de gestão	Dinâmica humana; análise prévia dos consumos e dos stocks; stock de segurança; previsão da procura; formação
		Estilos de liderança	Dualidade de papéis; satisfação no trabalho; conflitos; comunicação; pró-actividade; delegação de competências; estilo de liderança misto.
		Relação entre os actores	gestão de conflitos; consenso a respeito das normas; tomada de decisão; dilema ético; equipa multi-profissional; amizade-relação profissional; rotatividade; horário <i>rolmant</i> ; problemas de saúde; condições físicas e ambientais do local de trabalho; organização do trabalho; redes de inter-ajuda
		Promoção de mudança	Papel do gestor; comunicação; encorajamento dos profissionais; contrato psicológico
		Avaliação de desempenho	Objectivos previamente definidos; avaliação mensal/incentivo; parâmetros e critérios de avaliação; entrevista individual

ANEXO 4: QUESTIONÁRIO ADOPTADO

**AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO
(SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM)
QUESTIONÁRIO DIRIGIDO**

Número de ordem (não preencher)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

- 1 **Instituição** _____
- 2 **Serviço ou local onde exerce funções:** _____
- 3 **Idade (anos)**
- 4 **Sexo**
 Masculino 1
 Feminino 2
- 5 **Estado civil**
 Solteiro 1
 Casado 2
 Viúvo 3
 Divorciado 4
 Outro _____
- 6 **6.1. Formação académica (básica)**
 Grau de bacharel 1
 Grau de licenciado 2
 Outro _____
- 6.2. Ano em terminou a formação básica (curso de enfermagem):**
- 7 **Formação académica (pós-básica)**
- | | | Sim | Não | Ano |
|-----|---|----------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 | Curso de especialização ou de pós licenciatura (especialização) _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> |
| 7.2 | Curso de pós-graduação _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> |
| 7.3 | Curso de Mestrado _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> |
| 7.4 | Curso de Doutoramento _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> |
| 7.5 | Outra: _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> |

- 8 **Categoria profissional:**
- Enfermeiro 1
- Enfermeiro graduado 2
- Enfermeiro especialista 3
- Outro: _____ 4
- 9 **Tempo total de serviço (anos)**
- 10 **Categoria profissional do colega (supervisor clínico) responsável pelo seu acompanhamento:**
- Enfermeiro 1
- Enfermeiro graduado 2
- Enfermeiro especialista 3
- Enfermeiro Chefe 4
- Outro: _____

PARTE II – O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

. A *supervisão clínica* designa um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional” (Maia e Abreu, 2003: 8). Neste sentido, o supervisor clínico (SC) é um elemento da equipe indicado para acompanhar a prática de um outro colega.

Por favor, leia atentamente e responda a todas as questões que se seguem. Nas questões fechadas, indique com uma cruz (X) a resposta que melhor traduz a sua opinião:

- 1 Ao ingressar no serviço, ficaram para si claros o papel e a responsabilidade do enfermeiro? Sim 1
Não 2
- 2 A instituição possui um programa específico para a integração dos novos profissionais? Sim 1
Não 2
- 3 O serviço possui um programa específico para a integração dos novos profissionais? Sim 1
Não 2
- 4 Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço durante a sua integração? Disponibilizou um elemento (supervisor clínico) 1
Foi orientado pela equipe 2
Misto (supervisor clínico e equipe) 3
- 5 Em termos de periodicidade, como caracteriza o acompanhamento que lhe foi disponibilizado pelo supervisor clínico? Presença permanente 1
Esporádica, mas com períodos de trabalho conjunto 2
Esporádica 3

- 6 O supervisor clínico foi-lhe apresentado quando ingressou no serviço? Sim 1
Não 2
- 7 Tem possibilidade de aceder a recursos didáticos (livros, revistas, Internet) para realizar os seus estudos no local de trabalho? Sim 1
Não 2
- 8 Durante o seu período de integração, foi orientado para a realização de documentos de natureza reflexiva (por exemplo, diário de aprendizagem, portfólio reflexivo ou outro instrumento similar)? Sim 1
Não 2
- 9 Na altura da sua integração, foi-lhe facultada informação sobre a política organizacional em matéria de controlo da infeção hospitalar? Sim 1
Não 2
- 10 Na altura da sua integração, foi-lhe facultada informação sobre a política organizacional em matéria de qualidade, controlo da qualidade e qualidade de cuidados? Sim 1
Não 2
- 11 Na altura da sua integração, foi-lhe facultada informação sobre a política e práticas organizacionais em matéria de cuidados de enfermagem (linguagens profissionais, protocolos, sistema de informação, gestão de cuidados)? Sim 1
Não 2
- 12 Após a sua integração, qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço? Disponibilizou um supervisor clínico 1
Foi acompanhado pela equipe 2
Foi acompanhado pelo Enfermeiro Chefe 3
Misto (supervisor clínico e equipe) 4
Não existe um acompanhamento específico 5
- 13 Até que ponto teve oportunidade de expressar as suas necessidades e preocupações ao longo do processo supervisivo? Sempre 1
Por vezes 2
Nunca 3
- 14 Foram disponibilizados momentos ou ocasiões específicas de supervisão centradas nas suas experiências clínicas? Em número suficiente 1
Em número insuficiente 2
Não foram disponibilizadas 3
- 15 No âmbito do processo de supervisão clínica, houve oportunidade de reflectir sobre questões de ordem ética e deontológica? Frequentemente 1
Algumas vezes 2
Raramente/ nunca 3
- 16 Em que medida a relação com os seus colegas do serviço facilitou a sua aprendizagem? Frequentemente 1
Algumas vezes 2
Raramente/ nunca 3
- 17 O supervisor clínico estava preparado para desenvolver o seu papel? Sim 1
Não 2
- 18 No seu local de trabalho, realizam-se acções de formação em serviço? Sempre 1
Por vezes 2
Nunca 3
- 19 Se se realizam acções de formação em serviço, indique os temas das três últimas:
-
-
-

20 Descreva, em breves palavras, a situação clínica dos utentes que permanecem no seu serviço (cuidados de que necessitam, graus de dependência, estado de saúde):

21 Em que medida tem participado nos processos de discussão em torno da promoção da qualidade ou criação de instrumentos com esse objectivo (definição de *guidelines*, protocolos, indicadores, critérios de avaliação da qualidade)?

- Frequentemente 1
 Algumas vezes 2
 Raramente/ nunca 3

22 Em termos globais, a orientação / supervisão/ acompanhamento (supervisão clínica) que lhe foi (ou é) disponibilizada pode ser considerada:

- Boa 1
 Suficiente 2
 Insuficiente 3

23 De entre os processos seguidamente mencionados, indique sobre **qual incidiu mais** o acompanhamento que lhe foi proporcionado no serviço (indique só um processo):

- Apoio pessoal e emocional 1
 Protocolos de actuação 2
 Segurança dos utentes 3
 Qualidade dos cuidados 4
 Formação (diferentes modalidades) 5
 Relação com os utentes 6
 Racionalização de recursos 7
 Diagnóstico e assistência aos utentes 8
 Outro: _____

24 Caso queira justificar ou comentar alguma das respostas anteriores, indique o número da questão e, no espaço à direita, registre as suas observações:

Questão
()

Comentários / Observações

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

PARTE III - INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

As afirmações que constam do inventário seguinte reportam-se a atitudes, acções ou acontecimentos no decurso da experiência de trabalho. Coloque um círculo em torno do valor que melhor corresponde à sua opinião. Utilize como referência a seguinte escala:

Não concordo Nada	Concordo Pouco	Concordo Bastante	Concordo Muito
1	2	3	4

	ACOMPANHAMENTO CLÍNICO	Pontuação			
1	O supervisor clínico ajudou-me a identificar o foco da atenção profissional	1	2	3	4
2	O supervisor clínico ajudou-me a estabelecer o(s) diagnósticos de enfermagem	1	2	3	4
3	O supervisor clínico deu-me apoio na elaboração dos registos ou notas de evolução dos utentes	1	2	3	4
4	O supervisor clínico discutiu comigo problemáticas ligadas às práticas e à sua classificação	1	2	3	4
5	O supervisor clínico solicitou a minha opinião antes de me indicar as actividades a desenvolver	1	2	3	4
6	O supervisor clínico ajudou-me a reflectir sobre as minhas práticas profissionais	1	2	3	4
7	As actividades que me foram atribuídas respeitavam o meu estadió de formação	1	2	3	4
8	Tive oportunidade de discutir com o supervisor clínico as actividades a desenvolver	1	2	3	4
9	Tive oportunidade de discutir com o supervisor clínico o estilo de supervisão que me foi disponibilizado	1	2	3	4
10	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo supervisor clínico	1	2	3	4
11	O supervisor clínico envolveu a equipe no meu acompanhamento	1	2	3	4
12	O supervisor clínico analisou comigo o meu próprio estilo de prestar cuidados e de tomar decisões clínicas	1	2	3	4
13	O supervisor clínico explicou-me as bases e os conteúdos dos protocolos de assistência existentes no serviço	1	2	3	4
14	O supervisor clínico equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	1	2	3	4
15	As apreciações disponibilizadas pelo supervisor clínico estavam focalizadas na minha experiência concreta	1	2	3	4
16	O supervisor clínico aconselhou-me em matéria de formação, identificando áreas prioritárias de investimento	1	2	3	4
17	O supervisor clínico ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com os doentes	1	2	3	4
18	Contei com a ajuda do supervisor clínico na altura de tomar decisões difíceis a nível dos cuidados	1	2	3	4
19	Senti que o meu "ritmo" de aprendizagem foi respeitado pelo supervisor clínico	1	2	3	4
20	A presença do supervisor clínico inibiu-me durante a prestação de cuidados	1	2	3	4
21	O supervisor clínico foi para mim um exemplo de um "bom profissional"	1	2	3	4
22	O supervisor clínico preocupou-se em criar um bom "clima de trabalho"	1	2	3	4
23	Senti o apoio do supervisor clínico quando foi necessário agir em situações de crise ou em momentos difíceis	1	2	3	4
24	Fiquei satisfeito (a) com o acompanhamento disponibilizado pelo supervisor clínico	1	2	3	4

PARTE IV - MOMENTOS SIGNIFICATIVOS

Os momentos significativos representam transições ecológicas que marcam o processo de aprendizagem e de socialização pessoal e profissional, podendo ser avaliados como mais ou menos positivos.

1. Indique dois momentos significativos que tenham sido vivenciados **como positivos** durante a sua experiência profissional:

2. Indique dois momentos significativos que tenham sido vivenciados de forma **menos positiva**:

3. Indique, em breves palavras, quais os momentos do quotidiano que lhe pareceram **mais significativos** para a sua própria formação:

4. Relate uma situação significativa (positiva ou negativa), na qual o supervisor clínico tenha tido uma intervenção activa.

Fim

ANEXO 5: ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS PELA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Tabela 1: Categoria profissional do colega (supervisor clínico) segundo cada Ala

Tabela 2: Correlação Pii22 vs restantes questões da primeira e segundas partes do questionário

Tabela 3: Análise descritiva e percentual da avaliação dos actores sobre os processos supervisivos a que são sujeitos

Tabela 4: Dados estatísticos referentes aos resultados do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico (Parte III)

Tabela 5a e b: Cruzamento das afirmações do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico (Parte III)

Tabela 6: Resultados do cruzamento (Anova) da questão Pii22: *“Em termos globais, a orientação /supervisão/ acompanhamento que lhe foi disponibilizada pode ser considerada...”* com as questões do inventário presente na terceira parte do questionário

Tabelas com as respostas abertas dadas no Questionário

Tabela 1: Categoria profissional do colega (supervisor clínico) segundo cada Ala

		Categoria profissional do colega (supervisor clínico) responsável pelo seu acompanhamento					Total
		Enfermeiro	Enfermeiro graduado	Enfermeiro Especialista	Enfermeiro Chefe	Outro-Equipa	
Serviço ou local onde exerce funções	Ala A	5	2	3	9	0	19
	Ala B	3	2	0	14	0	19
	Ala C	8	6	0	5	1	20
	Hospital de Dia	0	0	0	1	0	1
	Pneumologia	0	0	0	1	0	1
	Gastrenterologia	0	0	0	2	0	2
Total		16	10	3	32	1	62

Tabela 2: Correlação Pii22 vs restantes questões da primeira e segundas partes do questionário

Variável de Análise		Pii22 (Frequência)				X ²	Sig.
		B	S	I	NR		
Serviço	Ala A	5	9	5	0	21,440 ^a	0,123
	Ala B	5	11	2	1		
	Ala C	6	13	1	0		
	Hospital Dia	0	0	1	0		
	Pneumologia	0	0	1	0		
	Gastro	2	0	0	0		
Género	Masculino	5	7	2	1	3,515 ^a	0,319
	Feminino	13	26	8	0		
Estado civil	Solteiro	15	27	6	0	71,699 ^a	0,000
	Casado	1	6	4	0		
	Divorciado	0	0	0	1		
	Outro	2	0	0	0		
Formação académica básica	Bacharelato	2	2	0	1	12,681 ^a	0,005
	Licenciatura	16	31	10	0		
Categoria Profissional	Enfermeiro	15	22	5	1	3,971 ^a	0,265
	Enfermeiro Graduado	3	11	5	0		
Pii1	Sim	16	32	9	1	1,565 ^a	0,667
	Não	2	1	1	0		
Pii2	Sim	6	10	1	1	4,390 ^a	0,222
	Não	12	23	9	0		
Pii3	Sim	6	11	1	1	4,442 ^a	0,218
	Não	12	22	9	0		
Pii4	Disponibilizou um supervisor clínico	3	5	0	0	34,210 ^a	0,000
	Foi orientado pela equipa	8	19	7	0		
	Misto	7	8	3	0		
	Não Respostas	0	1	0	1		
Pii5	Presença permanente	12	9	1	0	42,889 ^a	0,000
	Esporádica mas com períodos de trabalho conjunto	4	14	1	0		
	Esporádica	2	10	6	0		
	Não respondeu	0	0	2	1		
Pii6	Sim	17	24	8	1	3,764 ^a	0,288
	Não	1	9	2	0		
Pii7	Sim	17	21	5	0	69,856 ^a	0,000
	Não	1	12	5	0		
	Não Respostas	0	0	0	1		
Pii8	Sim	0	4	0	0	65,692 ^a	0,000
	Não	18	29	10	0		
	Não Respostas	0	0	0	1		
Pii9	Sim	9	11	3	0	63,707 ^a	0,000
	Não	9	22	7	0		
	Não respostas	0	0	0	1		
Pii10	Sim	6	14	2	0	63,785 ^a	0,000
	Não	12	19	8	0		
	Não Respostas	0	0	0	1		
Pii11	Sim	14	22	2	0	71,881 ^a	0,000
	Não	4	11	8	0		
	Não respostas	0	0	0	1		

Pii12	É acompanhado pela equipe	7	18	4	0	20,089 ^a	0,065
	É acompanhado pelo enfermeiro chefe	1	2	2	1		
	Misto	6	3	0	0		
	Não existe acompanhamento específico	4	9	4	0		
	Não respostas	0	1	0	0		
Pii13	Sempre	14	17	3	0	69,812 ^a	0,000
	Por vezes	3	14	5	0		
	Nunca	1	2	2	0		
	Não Respostas	0	0	0	1		
Pii14	Em número suficiente	10	14	0	0	32,304 ^a	0,000
	Em número insuficiente	1	7	4	0		
	Não foram disponibilizadas	7	10	6	0		
	Não Respostas	0	2	0	1		
Pii15	Frequentemente	5	8	0	0	68,534 ^a	0,000
	Algumas vezes	7	15	3	0		
	Raramente /nunca	6	10	7	0		
	Não Respostas	0	0	0	1		
Pii16	Frequentemente	17	31	7	1	5,676 ^a	0,128
	Algumas vezes	1	2	3	0		
	Raramente/nunca	0	0	0	0		
Pii17	Sim	16	29	2	1	23,625 ^a	0,001
	Não	2	2	6	0		
	Não respostas	0	2	2	0		
Pii18	Sempre	16	21	7	1	4,572 ^a	0,600
	Por vezes	2	11	3	0		
	Nunca	0	1	0	0		
Pii21	Frequentemente	3	3	1	0	31,697 ^a	0,000
	Algumas vezes	7	12	4	0		
	Raramente / nunca	8	17	5	0		
	Não Respostas	0	1	0	1		

Legenda: Pii22: *Em termos globais, a orientação /supervisão/ acompanhamento que lhe foi disponibilizada pode ser considerada...;* B – Boa; S – Suficiente; I – Insuficiente; NR – Não respostas; χ^2 - Value Pearson Chi-Square; Sig. - Asymp. Sig. (2-sided). ^a 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Tabela 3: Análise descritiva e percentual da avaliação dos actores sobre os processos supervisivos a que são sujeitos

Acompanhamento Clínico		Pontuação (%)					Média	M	DP	Min.	Max.
		1	2	3	4	NR					
Piii1	O supervisor clínico ajudou-me a identificar o foco da atenção profissional	11,3	29,0	54,8	3,2	0	2,53	3,00	0,762	1	4
Piii2	O supervisor clínico ajudou-me a estabelecer o(s) diagnósticos de enfermagem	12,9	43,5	38,7	4,8	1,6	2,37	2,00	0,814	1	5
Piii3	O supervisor clínico deu-me apoio na elaboração dos registos ou notas de evolução dos utentes	8,1	37,1	46,8	8,1	0	2,55	3,00	0,761	1	4
Piii4	O supervisor clínico discutiu comigo problemáticas ligadas às práticas e à sua classificação	11,3	37,1	40,3	9,7	1,6	2,53	3,00	0,882	1	5
Piii5	O supervisor clínico solicitou a minha opinião antes de me indicar as actividades a desenvolver	12,9	33,9	41,9	9,7	1,6	2,53	3,00	0,900	1	5
Piii6	O supervisor clínico ajudou-me a reflectir sobre as minhas práticas profissionais	11,3	27,4	51,6	8,1	1,6	2,61	3,00	0,856	1	5
Piii7	As actividades que me foram atribuídas respeitavam o meu estadio de formação	1,6	16,1	59,7	22,6	0	3,03	3,00	0,677	1	4
Piii8	Tive oportunidade de discutir com o supervisor clínico as actividades a desenvolver	8,1	30,6	51,6	8,1	1,6	2,65	3,00	0,812	1	5
Piii9	Tive oportunidade de discutir com o supervisor clínico o estilo de supervisão que me foi disponibilizado	19,4	48,4	29	1,6	1,6	2,18	2,00	0,820	1	5
Piii10	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo supervisor clínico	6,5	14,5	66,1	11,3	1,6	2,87	3,00	0,757	1	5
Piii11	O supervisor clínico envolveu a equipe no meu acompanhamento	8,1	14,5	45,2	29	3,2	3,05	3,00	0,948	1	5
Piii12	O supervisor clínico analisou comigo o meu próprio estilo de prestar cuidados e tomar decisões clínicas	8,1	51,6	33,9	3,2	1,6	2,38	2,00	0,756	1	5
Piii13	O supervisor clínico explicou-me as bases e conteúdos dos protocolos de assistência existentes no serviço	11,3	32,3	53,2	3,2	0	2,48	3,00	0,741	1	4
Piii14	O supervisor clínico equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	11,3	33,9	46,8	8,1	0	2,52	3,00	0,805	1	4
Piii15	As apreciações disponibilizadas pelo supervisor clínico estavam focalizadas na minha experiência concreta	11,3	32,3	54,8	1,6	0	2,47	3,00	0,718	1	4
Piii16	O supervisor clínico aconselhou-me em matéria de formação, identificando áreas prioritárias de investimento	14,5	38,7	37,1	8,1	1,6	2,44	2,00	0,898	1	5
Piii17	O supervisor clínico ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com os doentes	11,3	41,9	40,3	6,5	0	2,42	2,00	0,780	1	4
Piii18	Contei com a ajuda do supervisor clínico na altura de tomar decisões difíceis a nível dos cuidados	8,1	17,7	45,2	29	0	2,95	3,00	0,895	1	4

Piii19	Senti que o meu "ritmo" de aprendizagem foi respeitado pelo supervisor clínico	8,1	21	53,2	14,5	1,6	2,80	3,00	0,853	1	5
Piii20	A presença do supervisor clínico inibiu-me durante a prestação de cuidados	40,3	41,9	8,1	8,1	1,6	1,89	2,00	0,977	1	5
Piii21	O supervisor clínico foi para mim um exemplo de um "bom profissional"	6,5	11,3	59,7	21	1,6	3,00	3,00	0,810	1	5
Piii22	O supervisor clínico preocupou-se em criar um bom "clima de trabalho"	6,5	8,1	58,1	25,8	1,6	3,08	3,00	0,816	1	5
Piii23	Senti o apoio do supervisor clínico quando foi necessário agir em situações de crise ou em momentos difíceis	8,1	8,1	59,7	22,6	1,6	3,02	3,00	0,839	1	5
Piii24	Fiquei satisfeito (a) com o acompanhamento disponibilizado pelo supervisor clínico	8,1	16,1	61,3	12,9	1,6	2,84	3,00	0,814	1	5

Legenda: 1. Não Concordo Nada; 2. Concordo Pouco; 3. Concordo Bastante; 4. Concordo Muito; NR. Não Respondeu; M- Mediana; DP- Desvio Padrão; Min- Mínimo; Max.- Máximo.

Tabela 4: Dados estatísticos referentes aos resultados do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico (Parte III)

Questão /Resposta*	N	Média	Desvio Padrão	Erro do Desvio	95% Intervalo de confiança para a Média		Mínimo	Máximo	
					Mais Baixo	Mais Alto			
Piii1	1	18	2,94	0,416	0,098	2,74	3,15	2	4
	2	33	2,95	0,711	0,124	2,29	2,8	1	4
	3	10	1,70	0,823	0,260	1,11	2,29	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii2	1	18	2,72	0,575	0,135	2,44	3,01	2	4
	2	33	2,33	0,692	0,120	2,09	2,58	1	4
	3	10	1,60	0,699	0,221	1,10	2,10	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii3	1	18	2,83	0,707	0,167	2,48	3,18	2	4
	2	33	2,55	0,754	0,131	2,28	2,81	1	4
	3	10	2,00	0,667	0,211	1,52	2,48	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii4	1	18	2,61	0,698	0,164	2,26	2,96	1	4
	2	33	2,61	0,864	0,150	2,30	2,91	1	4
	3	10	1,9	0,738	0,233	1,37	2,43	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii5	1	18	2,67	0,686	0,162	2,33	3,01	2	4
	2	33	2,67	0,816	0,142	2,38	2,96	1	4
	3	10	1,60	0,699	0,221	1,10	2,10	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii6	1	18	3,06	0,416	0,098	2,85	3,26	2	4
	2	33	2,58	0,792	0,138	2,30	2,86	1	4
	3	10	1,70	0,675	0,213	1,22	2,18	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii7	1	18	3,39	0,608	0,143	3,09	3,69	2	4
	2	33	3,06	0,556	0,097	2,86	3,26	2	4
	3	10	2,30	0,675	0,213	1,82	2,78	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii8	1	18	2,78	0,647	0,152	2,46	3,10	2	4
	2	33	2,67	0,736	0,128	2,41	2,93	1	4
	3	10	2,10	0,876	0,277	1,47	2,73	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii9	1	18	2,22	0,808	0,191	1,82	2,62	1	4
	2	33	2,18	0,683	0,119	1,94	2,42	1	3
	3	10	1,80	0,789	0,249	1,24	2,36	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii10	1	18	3,17	0,618	0,146	2,86	3,47	2	4
	2	33	2,85	0,508	0,088	2,67	3,03	1	4
	3	10	2,20	1,033	0,327	1,46	2,94	1	4
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii11	1	18	3,44	0,511	0,121	3,19	3,70	3	4
	2	33	3,03	0,847	0,147	2,73	3,33	1	4
	3	10	2,20	1,229	0,389	1,32	3,08	1	5
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii12	1	18	2,5	0,707	0,167	2,15	2,85	1	3

	2	33	2,38	0,660	0,117	2,14	2,61	1	4
	3	10	1,90	0,568	0,180	1,49	2,31	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii13	1	18	2,78	0,548	0,129	2,51	3,05	2	4
	2	33	2,48	0,755	0,131	2,22	2,75	1	4
	3	10	1,90	0,738	0,233	1,37	2,43	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii14	1	18	2,72	0,752	0,177	2,35	3,10	1	4
	2	33	2,64	0,783	0,136	2,36	2,91	1	4
	3	10	1,70	0,483	0,153	1,35	2,05	1	2
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii15	1	18	2,67	0,686	0,162	2,33	3,01	1	4
	2	33	2,55	0,564	0,098	2,35	2,75	1	3
	3	10	1,80	0,919	0,291	1,14	2,46	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii16	1	18	2,50	0,857	0,202	2,07	2,93	1	4
	2	33	2,45	0,833	0,145	2,16	2,75	1	4
	3	10	2,00	0,816	0,258	1,42	2,58	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii17	1	18	2,72	0,752	0,177	2,35	3,10	1	4
	2	33	2,42	0,751	0,131	2,16	2,69	1	4
	3	10	1,80	0,632	0,200	1,35	2,25	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii18	1	18	3,06	0,725	0,171	2,69	3,42	2	4
	2	33	3,06	0,864	0,150	2,75	3,37	1	4
	3	10	2,40	1,174	0,371	1,56	3,24	1	4
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii19	1	17	3,18	0,529	0,128	2,90	3,45	2	4
	2	33	2,82	0,769	0,134	2,55	3,09	1	4
	3	10	1,90	0,738	0,233	1,37	2,43	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii20	1	18	1,83	0,857	0,202	1,41	2,26	1	4
	2	33	1,88	0,927	0,161	1,55	2,21	1	4
	3	10	1,70	0,949	0,300	1,02	2,38	1	4
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii21	1	18	3,17	0,514	0,121	2,91	3,42	2	4
	2	33	3,06	0,747	0,130	2,80	3,33	1	4
	3	10	2,30	0,949	0,300	1,62	2,98	1	4
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii22	1	18	3,22	0,548	0,129	2,95	3,49	2	4
	2	33	3,15	0,755	0,131	2,88	3,42	1	4
	3	10	2,40	0,966	0,306	1,71	3,09	1	4
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii23	1	18	3,06	0,725	0,171	2,69	3,42	1	4
	2	33	3,12	0,696	0,121	2,87	3,37	1	4
	3	10	2,40	1,075	0,340	1,63	3,17	1	4
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Piii24	1	18	3,00	0,686	0,162	2,66	3,34	1	4
	2	33	2,94	0,704	0,123	2,69	3,19	1	4
	3	10	2,00	0,667	0,211	1,52	2,48	1	3
	4	1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Legenda: Questão Pii22: “Em termos globais, a orientação /supervisão/ acompanhamento que lhe foi disponibilizada pode ser considerada...” crosstabs com as questões Piii

Respostas da Questão Pii22: *1. Boa; 2. Suficiente; 3. Insuficiente; 4. Não respondeu

As cores assinalam os valores cuja média é igual ou inferior a 2 (significa concordo pouco ou não concordo nada na escala que se utilizou).

Tabela 5a: Cruzamento das afirmações do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico (Parte III)

Questão	Piii1	Piii2	Piii3	Piii4	Piii5	Piii6	Piii7	Piii8	Piii9	Piii10	Piii11	Piii12
Piii1	1 (0,000)	0,759** (0,000)	0,591** (0,000)	0,523** (0,000)	0,560** (0,000)	0,673** (0,000)	0,411** (0,001)	0,496** (0,000)	0,397** (0,001)	0,661** (0,000)	0,599** (0,000)	0,477** (0,000)
Piii2	0,759** (0,000)	1	0,565** (0,000)	0,519** (0,000)	0,621** (0,000)	0,680** (0,000)	0,424** (0,001)	0,525** (0,000)	0,489** (0,000)	0,611** (0,000)	0,571** (0,000)	0,548** (0,000)
Piii3	0,591** (0,000)	0,565** (0,000)	1	0,437** (0,000)	0,476** (0,000)	0,482** (0,000)	0,347** (0,006)	0,559** (0,000)	0,367** (0,003)	0,580** (0,000)	0,417** (0,001)	0,351** (0,006)
Piii4	0,523** (0,000)	0,519** (0,000)	0,437** (0,000)	1	0,670** (0,000)	0,647** (0,000)	0,328** (0,009)	0,658** (0,000)	0,434** (0,000)	0,571** (0,000)	0,635** (0,000)	0,461** (0,000)
Piii5	0,560** (0,000)	0,621** (0,000)	0,476** (0,000)	0,670** (0,000)	1	0,676** (0,000)	0,348** (0,006)	0,667** (0,000)	0,382** (0,002)	0,559** (0,000)	0,526** (0,000)	0,509** (0,000)
Piii6	0,673** (0,000)	0,680** (0,000)	0,482** (0,000)	0,647** (0,000)	0,676** (0,000)	1	0,418** (0,001)	0,625** (0,000)	0,403** (0,001)	0,605** (0,000)	0,569** (0,000)	0,530** (0,000)
Piii7	0,411** (0,001)	0,424** (0,001)	0,347** (0,001)	0,328** (0,009)	0,348** (0,006)	0,418** (0,001)	1	0,141 (0,276)	-0,010 (0,936)	0,328** (0,009)	0,508** (0,000)	0,094 (0,469)
Piii8	0,496** (0,000)	0,525** (0,000)	0,559** (0,000)	0,658** (0,000)	0,667** (0,000)	0,625** (0,000)	0,141 (0,276)	1	0,515** (0,000)	0,618** (0,000)	0,406** (0,001)	0,520** (0,000)
Piii9	0,397** (0,001)	0,489** (0,000)	0,367** (0,003)	0,437** (0,000)	0,381** (0,002)	0,403** (0,001)	-0,010 (0,936)	0,515** (0,000)	1	0,407** (0,001)	0,242 (0,058)	0,582** (0,000)
Piii10	0,661** (0,000)	0,611** (0,000)	0,580** (0,000)	0,571** (0,000)	0,559** (0,000)	0,605** (0,000)	0,328** (0,009)	0,618** (0,000)	0,407** (0,001)	1	0,625** (0,000)	0,549** (0,000)
Piii11	0,599** (0,000)	0,571** (0,000)	0,417** (0,001)	0,635** (0,000)	0,526** (0,000)	0,569** (0,000)	0,508** (0,000)	0,406** (0,001)	0,242 (0,058)	0,625** (0,000)	1	0,477** (0,000)
Piii12	0,477** (0,000)	0,548** (0,000)	0,351** (0,006)	0,461** (0,000)	0,509** (0,000)	0,530** (0,000)	0,094 (0,469)	0,520** (0,000)	0,582** (0,000)	0,549** (0,000)	0,477** (0,000)	1
Piii13	0,465** (0,000)	0,567** (0,000)	0,452** (0,000)	0,402** (0,001)	0,443** (0,000)	0,404** (0,001)	0,295* (0,020)	0,508** (0,000)	0,261* (0,040)	0,493** (0,000)	0,433** (0,000)	0,437** (0,000)
Piii14	0,480** (0,000)	0,454** (0,000)	0,494** (0,000)	0,531** (0,000)	0,565** (0,000)	0,533** (0,000)	0,390** (0,002)	0,511** (0,000)	0,256* (0,044)	0,437** (0,000)	0,482** (0,000)	0,576** (0,000)
Piii15	0,496** (0,000)	0,483** (0,000)	0,513** (0,000)	0,455** (0,000)	0,522** (0,000)	0,433** (0,000)	0,306* (0,016)	0,486** (0,000)	0,386** (0,002)	0,595** (0,000)	0,520** (0,000)	0,552** (0,000)
Piii16	0,278* (0,028)	0,380** (0,002)	0,340** (0,007)	0,510** (0,000)	0,459** (0,000)	0,457** (0,000)	0,273* (0,032)	0,508** (0,000)	0,494** (0,000)	0,373** (0,000)	0,475** (0,000)	0,384** (0,000)
Piii17	0,556** (0,000)	0,551** (0,000)	0,490** (0,000)	0,457** (0,000)	0,471** (0,000)	0,542** (0,000)	0,347** (0,006)	0,576** (0,000)	0,266* (0,037)	0,454** (0,000)	0,504** (0,000)	0,585** (0,000)
Piii18	0,519** (0,000)	0,430** (0,000)	0,593** (0,000)	0,490** (0,000)	0,602** (0,000)	0,553** (0,000)	0,273* (0,032)	0,630** (0,000)	0,302* (0,017)	0,523** (0,000)	0,466** (0,000)	0,413** (0,001)
Piii19	0,472** (0,000)	0,537** (0,000)	0,529** (0,000)	0,452** (0,000)	0,442** (0,000)	0,551** (0,000)	0,355** (0,005)	0,573** (0,000)	0,311* (0,015)	0,663** (0,000)	0,646** (0,000)	0,573** (0,000)
Piii20	0,236 (0,065)	0,301* (0,018)	0,063 (0,629)	0,471** (0,000)	0,424** (0,000)	0,457** (0,000)	0,105 (0,418)	0,176 (0,171)	0,271* (0,033)	0,246 (0,054)	0,325* (0,010)	0,366** (0,004)
Piii21	0,637** (0,000)	0,597** (0,000)	0,399** (0,001)	0,482** (0,000)	0,450** (0,000)	0,544** (0,000)	0,329** (0,009)	0,449** (0,000)	0,346** (0,006)	0,588** (0,000)	0,512** (0,000)	0,564** (0,000)
Piii22	0,536** (0,000)	0,522** (0,000)	0,429** (0,001)	0,577** (0,000)	0,499** (0,000)	0,585** (0,000)	0,381** (0,002)	0,613** (0,000)	0,395** (0,001)	0,628** (0,000)	0,567** (0,000)	0,564** (0,000)
Piii23	0,473** (0,000)	0,471** (0,000)	0,473** (0,000)	0,520** (0,000)	0,552** (0,000)	0,488** (0,000)	0,143 (0,266)	0,682** (0,000)	0,472** (0,000)	0,622** (0,000)	0,411** (0,001)	0,589** (0,000)
Piii24	0,643** (0,000)	0,661** (0,000)	0,595** (0,000)	0,556** (0,000)	0,567** (0,000)	0,615** (0,000)	0,337** (0,000)	0,657** (0,000)	0,486** (0,000)	0,711** (0,000)	0,584** (0,000)	0,715** (0,000)

	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,007)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Tabela 5b: Cruzamento das afirmações do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico (Parte III)
(continuação)

Questão	Piii13	Piii14	Piii15	Piii16	Piii17	Piii18	Piii19	Piii20	Piii21	Piii22	Piii23	Piii24
Piii1	0,465** (0,000)	0,480** (0,000)	0,496** (0,000)	0,278* (0,028)	0,556** (0,000)	0,519** (0,000)	0,472** (0,000)	0,236 (0,065)	0,637** (0,000)	0,536** (0,000)	0,473** (0,000)	0,643** (0,000)
Piii2	0,567** (0,000)	0,454** (0,000)	0,483** (0,000)	0,380* (0,002)	0,551** (0,000)	0,430** (0,000)	0,537** (0,000)	0,301* (0,018)	0,597** (0,000)	0,522** (0,000)	0,471** (0,000)	0,661** (0,000)
Piii3	0,452** (0,000)	0,494** (0,000)	0,513** (0,000)	0,340** (0,007)	0,490** (0,000)	0,593** (0,000)	0,529** (0,000)	0,063 (0,629)	0,399** (0,001)	0,429** (0,001)	0,473** (0,000)	0,595** (0,000)
Piii4	0,402** (0,001)	0,531** (0,000)	0,455** (0,000)	0,510** (0,000)	0,457** (0,000)	0,490** (0,000)	0,452** (0,000)	0,471** (0,000)	0,482** (0,000)	0,577** (0,000)	0,520** (0,000)	0,556** (0,000)
Piii5	0,443** (0,000)	0,565** (0,000)	0,522** (0,000)	0,459** (0,000)	0,471** (0,000)	0,602** (0,000)	0,442** (0,000)	0,424** (0,001)	0,450** (0,000)	0,499** (0,000)	0,552** (0,000)	0,567** (0,000)
Piii6	0,404** (0,001)	0,533** (0,000)	0,433** (0,000)	0,457** (0,000)	0,542** (0,000)	0,553** (0,000)	0,551** (0,000)	0,457** (0,000)	0,544** (0,000)	0,585** (0,000)	0,488** (0,000)	0,615** (0,000)
Piii7	0,295* (0,020)	0,390** (0,002)	0,306* (0,016)	0,273* (0,032)	0,347** (0,006)	0,273* (0,032)	0,355** (0,005)	0,105 (0,418)	0,329** (0,009)	0,381** (0,002)	0,143 (0,266)	0,337** (0,007)
Piii8	0,508** (0,000)	0,511** (0,000)	0,486** (0,000)	0,508** (0,000)	0,576** (0,000)	0,630** (0,000)	0,573** (0,000)	0,176 (0,171)	0,449** (0,000)	0,613** (0,000)	0,682** (0,000)	0,657** (0,000)
Piii9	0,261** (0,040)	0,256** (0,044)	0,386** (0,002)	0,494** (0,000)	0,266* (0,037)	0,302* (0,017)	0,311* (0,015)	0,271* (0,033)	0,346** (0,006)	0,395** (0,001)	0,372** (0,000)	0,486** (0,000)
Piii10	0,493** (0,000)	0,434** (0,000)	0,595** (0,000)	0,373** (0,003)	0,454** (0,000)	0,523** (0,000)	0,663** (0,000)	0,246 (0,054)	0,588** (0,000)	0,628** (0,000)	0,622** (0,000)	0,711** (0,000)
Piii11	0,433** (0,000)	0,482** (0,000)	0,520** (0,000)	0,475** (0,000)	0,504** (0,000)	0,466** (0,000)	0,646** (0,000)	0,325* (0,010)	0,512** (0,000)	0,567** (0,000)	0,411** (0,001)	0,584** (0,000)
Piii12	0,437** (0,000)	0,576** (0,000)	0,552** (0,000)	0,384** (0,002)	0,485** (0,000)	0,413** (0,001)	0,573** (0,000)	0,366** (0,004)	0,564** (0,000)	0,564** (0,000)	0,589** (0,000)	0,715** (0,000)
Piii13	1 (0,000)	0,482** (0,000)	0,431** (0,000)	0,343** (0,006)	0,608** (0,000)	0,481** (0,000)	0,575** (0,000)	0,235 (0,066)	0,519** (0,000)	0,612** (0,000)	0,567** (0,000)	0,594** (0,000)
Piii14	0,482** (0,000)	1 (0,000)	0,654** (0,000)	0,546** (0,000)	0,590** (0,000)	0,627** (0,000)	0,608** (0,000)	0,180 (0,162)	0,554** (0,000)	0,635** (0,000)	0,521** (0,000)	0,655** (0,000)
Piii15	0,431** (0,000)	0,654** (0,000)	1 (0,000)	0,314* (0,013)	0,493** (0,000)	0,674** (0,000)	0,529** (0,000)	0,147 (0,255)	0,451** (0,000)	0,522** (0,000)	0,559** (0,000)	0,608** (0,000)
Piii16	0,343** (0,006)	0,546** (0,000)	0,314** (0,013)	1 (0,000)	0,460** (0,000)	0,475** (0,000)	0,504** (0,000)	0,337** (0,007)	0,451** (0,000)	0,555** (0,000)	0,469** (0,000)	0,546** (0,000)
Piii17	0,608** (0,000)	0,590** (0,000)	0,493** (0,000)	0,460** (0,000)	1 (0,000)	0,640** (0,000)	0,647** (0,000)	0,214 (0,095)	0,519** (0,000)	0,693** (0,000)	0,616** (0,000)	0,651** (0,000)
Piii18	0,481** (0,000)	0,627** (0,000)	0,674** (0,000)	0,475** (0,000)	0,640** (0,000)	1 (0,000)	0,538** (0,000)	0,237 (0,063)	0,452** (0,000)	0,679** (0,000)	0,721** (0,000)	0,597** (0,000)
Piii19	0,575** (0,000)	0,608** (0,000)	0,529** (0,000)	0,504** (0,000)	0,647** (0,000)	0,538** (0,000)	1 (0,000)	0,156 (0,229)	0,562** (0,000)	0,728** (0,000)	0,646** (0,000)	0,758** (0,000)
Piii20	0,235 (0,066)	0,180 (0,162)	0,147 (0,255)	0,337** (0,007)	0,214 (0,095)	0,237 (0,063)	0,156 (0,229)	1 (0,000)	0,477** (0,000)	0,341** (0,007)	0,342** (0,006)	0,327** (0,009)
Piii21	0,519** (0,000)	0,554** (0,000)	0,451** (0,000)	0,451** (0,000)	0,519** (0,000)	0,452** (0,000)	0,562** (0,000)	0,477** (0,000)	1 (0,000)	0,744** (0,000)	0,675** (0,000)	0,771** (0,000)
Piii22	0,612** (0,000)	0,635** (0,000)	0,522** (0,000)	0,555** (0,000)	0,693** (0,000)	0,679** (0,000)	0,728** (0,000)	0,341** (0,000)	0,744** (0,000)	1 (0,000)	0,860** (0,000)	0,761** (0,000)

	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,007)	(0,000)		(0,000)	(0,000)
Piii23	0,567** (0,000)	0,521** (0,000)	0,559** (0,000)	0,469** (0,000)	0,616** (0,000)	0,721** (0,000)	0,646** (0,000)	0,342** (0,006)	0,675** (0,000)	0,860** (0,000)	1	0,772** (0,000)
Piii24	0,594** (0,000)	0,655** (0,000)	0,608** (0,000)	0,546** (0,000)	0,651** (0,000)	0,597** (0,000)	0,758** (0,000)	0,327** (0,009)	0,771** (0,000)	0,761** (0,000)	0,772** (0,000)	1

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

Tabela 6: Resultados do cruzamento (Anova) da questão Pii22: “*Em termos globais, a orientação /supervisão/ acompanhamento que lhe foi disponibilizada pode ser considerada...*” com as questões do inventário presente na terceira parte do questionário

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Piii1	Entre os grupos	10,209	3	3,403	7,824	0,000
	Within Groups	25,226	58	,435		
	Total	35,435	61			
Piii2	Between Groups	15,123	3	5,041	11,536	0,000
	Within Groups	25,344	58	,437		
	Total	40,468	61			
Piii3	Between Groups	4,673	3	1,558	2,945	0,040
	Within Groups	30,682	58	,529		
	Total	35,355	61			
Piii4	Between Groups	10,379	3	3,460	5,415	0,002
	Within Groups	37,057	58	,639		
	Total	47,435	61			
Piii5	Between Groups	15,702	3	5,234	8,999	0,000
	Within Groups	33,733	58	,582		
	Total	49,435	61			
Piii6	Between Groups	17,605	3	5,868	12,557	0,000
	Within Groups	27,105	58	,467		
	Total	44,710	61			
Piii7	Between Groups	7,679	3	2,560	7,329	0,000
	Within Groups	20,257	58	,349		
	Total	27,935	61			
Piii8	Between Groups	8,849	3	2,950	5,458	0,002
	Within Groups	31,344	58	,540		
	Total	40,194	61			
Piii9	Between Groups	9,428	3	3,143	5,765	0,002
	Within Groups	31,620	58	,545		
	Total	41,048	61			
Piii10	Between Groups	10,625	3	3,542	8,439	0,000
	Within Groups	24,342	58	,420		
	Total	34,968	61			
Piii11	Between Groups	13,841	3	4,614	6,524	0,001
	Within Groups	41,014	58	,707		
	Total	54,855	61			
Piii12	Between Groups	9,428	3	3,143	7,194	0,000
	Within Groups	24,900	57	,437		
	Total	34,328	60			
Piii13	Between Groups	5,230	3	1,743	3,579	0,019

	Within Groups	28,254	58	,487		
	Total	33,484	61			
Piii14	Between Groups	8,136	3	2,712	5,018	0,004
	Within Groups	31,347	58	,540		
	Total	39,484	61			
Piii15	Between Groups	5,654	3	1,885	4,240	0,009
	Within Groups	25,782	58	,445		
	Total	31,435	61			
Piii16	Between Groups	8,560	3	2,853	4,068	0,011
	Within Groups	40,682	58	,701		
	Total	49,242	61			
Piii17	Between Groups	5,825	3	1,942	3,601	0,019
	Within Groups	31,272	58	,539		
	Total	37,097	61			
Piii18	Between Groups	3,632	3	1,211	1,553	0,211
	Within Groups	45,223	58	,780		
	Total	48,855	61			
Piii19	Between Groups	15,360	3	5,120	10,320	0,000
	Within Groups	28,280	57	,496		
	Total	43,639	60			
Piii20	Between Groups	10,095	3	3,365	4,056	0,011
	Within Groups	48,115	58	,830		
	Total	58,210	61			
Piii21	Between Groups	9,521	3	3,174	6,040	0,001
	Within Groups	30,479	58	,525		
	Total	40,000	61			
Piii22	Between Groups	8,843	3	2,948	5,384	0,002
	Within Groups	31,754	58	,547		
	Total	40,597	61			
Piii23	Between Groups	8,124	3	2,708	4,506	0,007
	Within Groups	34,860	58	,601		
	Total	42,984	61			
Piii24	Between Groups	12,508	3	4,169	8,674	0,000
	Within Groups	27,879	58	,481		
	Total	40,387	61			

TABELAS COM AS RESPOSTAS ABERTAS DADAS NO QUESTIONÁRIO

Questão 1: Momentos significativos que tenham sido vivenciados como positivos durante a experiência profissional

Níveis	Unidades de contexto	Análise
Microsistémico	<p>Q2. <u>Orientação de alunos</u>; Ter sido integrado num serviço com as minhas valências favoritas (cardiologia / neurologia), o que contribuiu para a motivação.”</p> <p>Q8. <u>Supervisão de estágios clínicos</u>;</p> <p>Q9. <u>Colaboração e integração dos enfermeiros espanhóis.</u>”</p> <p>Q17. <u>O aprender com os colegas mais novos.</u>”</p> <p>Q20. <u>O assumir do “cargo” de enfermeira responsável.</u>”</p> <p>Q20. “Sentir que participei activamente na integração de novos elementos.”</p> <p>Q53. “Formação intensiva sobre a diabetes a um grupo de enfermeiros durante quatro dias de manhã.</p>	Categoria 1: Orientação / Supervisão (alunos ou outros profissionais)
	<p>Q3. <u>Contacto com os utentes. // Reabilitação dos utentes.</u>”</p> <p>Q8. “Ingresso de doentes de cardiologia no serviço.”</p> <p>Q23. “Auxiliar o doente a alcançar o seu bem-estar.</p> <p>Q39. “Recorrer ao serviço de profissionais como utente (utilizadora).</p> <p>Q51. <u>Assistência a doentes.</u></p> <p>Q55. “No momento de alta uma doente começou a chorar e agradeceu o nosso acompanhamento e a nossa prestação de cuidados;</p>	Categoria 2: Contacto e ajuda aos clientes

	<p>Q7. <u>“Relações com a equipa de enfermagem, médica e Auxiliares de acção médica que cada vez são mais fortes de dia para dia.”</u></p> <p>Q14. <u>“Melhoria da relação com os colegas de equipa.”</u></p> <p>Q23. <u>“A importância de existir um bom ambiente de trabalho.”</u></p> <p>Q25. “Relação com os outros elementos da equipa. Relação positiva entre enfermeiro e utente.”</p> <p>Q28. <u>“O relacionamento com a equipa de saúde.”</u></p> <p>Q40. “Relação inicial com os colegas depois do primeiro contacto. Trabalho em equipa.”</p> <p>Q43. <u>“Bom ambiente na equipa de enfermagem.”</u></p> <p>Q44. “A ajuda e apoio demonstrados pela equipa do serviço onde fui integrada. O espírito de equipa existente é também muito importante.”</p> <p>Q45. <u>“O carinho e amizade dos doentes. Relação entre os colegas de equipa.”</u></p> <p>Q47. “Ter sido muito bem acolhida e facilmente integrada na equipa.”</p> <p>Q49. “Boa relação com a equipa e os doentes / família.”</p> <p>Q52. “O espírito de equipa, a união, o apoio e a amizade dos meus colegas de trabalho.”</p> <p>Q54. “O carinho recebido pelos doentes. O apoio recebido pelos colegas de equipa.”</p> <p>Q56. <u>“O espírito de equipa.”</u></p> <p>Q58. “O ambiente de trabalho. Relação com os utentes.”</p> <p>Q59. “Relação com os doentes. Relação com os colegas.”</p>	<p>Categoria 7: Relações interpessoais</p>
	<p>Q57. <u>“Realização de turnos sozinho no primeiro ano de experiência profissional, tornando-me</u></p>	<p>Categoria 8: Autonomia</p>

	<p><u>deste modo mais autónomo.</u></p> <p>Q61. “O <u>momento em que senti autonomia para considerar-me pronto para qualquer situação.</u>”</p>	
Mesosistémico	<p>Q1. “<u>Formação pessoal enquanto docente</u>”;</p> <p>Q9. “<u>Apoio domiciliário (realizado / exercido no centro de saúde, protocolo com o Hospitalx).</u>”</p> <p>Q57. “Experiência de realidade militar a nível da enfermagem.”</p>	Categoria 3: Trabalhar noutra lugar /Contacto com outra realidade
	<p>Q7. “Reconhecimento dos doentes – cerca de dois anos atrás um doente teve alta e pediu o meu número de telemóvel, dois meses depois, no natal, telefonou a desejar boas festas.”</p> <p>Q31. “<u>O reconhecimento dos colegas.</u>”</p> <p>Q39. O reconhecimento do público por parte dos doentes dos cuidados recebidos e por mim prestados.”</p> <p>Q43. “<u>Reconhecimento dos doentes aos cuidados por mim prestados.</u>”</p> <p>Q46. “Sentir o reconhecimento por parte de uma utente de 12 anos.”</p> <p>Q50. A sensação que somos uma pessoa válida no serviço, quer em termos de conhecimentos, bem como nas relações inter-pessoais.”</p> <p>Q53. Reconhecimento do meu trabalho por parte dos doentes.”</p> <p>Q54. “O carinho recebido pelos doentes.”</p> <p>Q60. “Autonomia profissional adquirida.”</p> <p>Q61. “O momento em que senti autonomia para considerar-me pronto para qualquer situação.”</p>	Categoria 4: Reconhecimento do trabalho realizado

Exosistémico	<p>Q11. <u>"A preocupação de um enfermeiro em saber se alguma vez havia manipulado o carro de urgência. O confronto com o erro. Avaliá-lo e colmatá-lo."</u></p> <p>Q12. <u>"O facto das modificações do estilo de vida a que os doentes estão sujeitos; a maneira como eles se adaptam as alterações do seu organismo."</u></p> <p>Q21. "Alta de doentes que entravam muito mal.</p> <p>Q29. "O regresso de algum doente após alta para comunicar o seu bom estado ao pessoal."</p> <p>Q36. "Uma doente com Síndrome de Guillan-Barré, que não deambulava, e agora veio ao serviço visitar-nos pelo próprio pé."</p> <p>Q37. "O evoluir da relação com o doente, superação de deficit.</p> <p>'Confronto' de ideias com os restantes profissionais."</p> <p>Q42. "As situações mais difíceis pelas quais passei foram lidar/apoiar os familiares aquando da morte de alguns doentes e nessas situações considero importante a forma como fui orientada no sentido de proceder bem quer como profissional, quer como pessoa."</p> <p>Q50. "A excelente melhoria na qualidade de vida que proporcionamos a um doente jovem, que esteve internado no serviço."</p>	<p>Categoria 5: Experiência dos outros</p>
	<p>Q21. <u>"Visualização de alguns exames de diagnóstico."</u></p> <p>Q27. <u>"Um dos momentos mais positivos foi o intercâmbio de experiências pessoais e profissionais de pessoas com outras nacionalidades. Outro momento positivo é a oportunidade que outros elementos da equipe multidisciplinar existentes no serviço, 'oferecem' a nível de discussão activa sobre os doentes."</u></p>	<p>Categoria 6: Visualizar outros profissionais</p>

	<p>Q30. "<u>Entrar no quadro da instituição.</u>"</p> <p>Q47. "Vir trabalhar para o serviço que pretendia."</p> <p>Q52. "<u>O momento em que assinei o contracto de trabalho sem termo.</u>"</p>	<p>Categoria 9: Políticas institucionais</p>
Macrosistémico	<p>Não referiram nada</p>	
Cronosistémico	<p>Q1. "<u>Trabalhar num Hospital na Suíça</u>"</p> <p>Q13. A possibilidade de trabalhar em áreas diferentes de enfermagem."</p> <p>Q18. "<u>A minha experiência em diversos serviços de diversos hospitais.</u> O bom acolhimento por parte da equipa multidisciplinar."</p> <p>Q20. "<u>A passagem do hospital O para o Hospital S;</u></p> <p>Q28. "A aprendizagem desenvolvida durante o tempo de serviço."</p> <p>Q29. "<u>A vivência a nível social e profissional da abertura do hospital.</u></p> <p>Q48. "<u>O primeiro emprego. O facto de trabalhar em distintos serviços antes do actual.</u>"</p> <p>Q51. "Transferência para a medicina."</p> <p>Q57. "<u>Experiência de realidade militar a nível da enfermagem.</u>"</p>	<p>Categoria 10: Experiências noutros locais, noutros tempos</p>

Legenda: Qx = Questionário número x (numero do questionário correspondente)

Questão 2: Momentos significativos que tenham sido vivenciados de forma menos positiva

Níveis	Respostas	Análise
Microsistémico	<p>Q7. <u>“Conflitos com os colegas;</u></p> <p>Q11. “Ultrapassar a fase de observação e avaliação pelo supervisor e equipa. Assumir a responsabilidade, colmatando a insegurança por algum esquecimento ou falha. Agressão de um doente.”</p> <p>Q15. <u>“Falta de colaboração / cooperação de alguns elementos da equipa multidisciplinar o que não facilita o processo de aprendizagem ou de integração de novos elementos.”</u></p> <p>Q25. “A saída de elementos da equipa.”</p> <p>Q39. <u>“As relações entre os profissionais seriam muitas vezes estritamente profissionais e não tenham um pouco de pessoal.”</u></p> <p>Q43. “Como pessoas/profissionais de saúde novos na equipa nem sempre são bem recebidos, neste caso a minha própria integração na ‘equipa geral’.</p> <p>Q44. “Por vezes a falta de cooperação e falta de tempo para realização das actividades de modo satisfatório.”</p> <p>Q45. <u>“A relação com alguns elementos de auxiliares de acção médica. Alguns dias sinto cansaço devido ao excesso de trabalho.”</u></p> <p>Q60. “A primeira discussão.”</p>	Categoria: Relações interpessoais
	<p>Q25. “A saída de elementos da equipa. <u>Situações de stress no serviço.</u>”</p> <p>Q45. “A relação com alguns elementos de auxiliares de acção médica. <u>Alguns dias sinto cansaço devido ao excesso de trabalho.</u>”</p> <p>Q47. “Facto dos doentes a meu cargo serem extremamente complexos, necessitando de múltiplos</p>	Categoria: Stress pela Complexidade dos cuidados

	cuidados, <u>o que me obrigou a empenhar muito mais na minha formação profissional e pessoal, mas que numa fase inicial criou stress.</u> ”	
	Q46. “ <u>Exaustão física e psicológica num turno muito desgastante que culminou no pedido de transferência do serviço.</u> ”	Categoria: Exaustão física e psicológica
Mesosistémico		
Exossistémico	<p>Q3. “<u>A morte.</u> // Falta de apoio familiar ao seu doente.”</p> <p>Q4. “<u>Situação de mau prognóstico dos doentes</u>”</p> <p>Q5. “Paragem cardiorespiratória de um doente relativamente jovem e que não sobreviva. Morte de um doente oncológico, cuja esposa o acompanhava 24h por dia.”</p> <p>Q6. “A morte de um doente de 18 anos de idade. Assistir ao abandono de um idoso por parte da sua família.”</p> <p>Q10. “<u>A morte. Diagnósticos menos agradáveis.</u>”</p> <p>Q12. “Situações terminais que envolvem sofrimento até ao falecimento, e sofrimento familiar.”</p> <p>Q13. “<u>Doenças terminais em doentes jovens. Comunicação de diagnósticos de doenças terminais ao doente e familiares.</u>”</p> <p>Q15. “O falecimento de um utente que apesar de todas as intervenções possíveis não teve capacidade cardíaca para responder aos cuidados.</p> <p>Q21. “Paragem cardiorespiratória inesperada. Agressão de um doente.”</p> <p>Q22. “<u>Falecimento dos doentes, sobretudo quando os familiares estão presentes;</u> Quando os familiares/doentes não reconhecem o nosso esforço/trabalho e chegam a agredir os colegas.”</p>	<p>Categoria: A Morte</p> <p>Categoria: (Não) Reconhecimento do trabalho dos enfermeiros por parte das famílias</p> <p>Categoria: Agressividade (das famílias)</p>

	<p>Q23. “O falecimento de alguns doentes. O acompanhamento de doentes em agonia.”</p> <p>Q24. “Falecimento de doentes jovens. Queixas infundadas dos familiares dos doentes.”</p> <p>Q26. “Vivenciar a não possibilidade de tratamento de doentes por falta de recursos. Situações de maus-tratos em doentes por parte de familiares, cuidados...”</p> <p>Q28. “A incerteza de colocação na instituição a longo prazo. A morte...”</p> <p>Q29. “A morte de doentes que levam muito tempo sobretudo um em fase terminal que se encontrou connosco nove meses.”</p> <p>Q30. “1º <u>Agressividade e má educação de alguns familiares</u>. 2º Saída de alguns colegas do serviço.”</p> <p>Q34. “Falecimento de um utente ao meu cuidado por deficientes recursos materiais.”</p> <p>Q35. “Tentativa frustrada sem sucesso. Falecimento inesperado de doente jovem obesa com hemoptises durante o sono.”</p> <p>Q36. “A morte de alguns doentes, os diagnósticos, que são descobertos, com idades jovens como eu.”</p> <p>Q37. “Acompanhamento de doentes em agonia. Familiares problemáticos.”</p> <p>Q43. “Morte de uma doente jovem.”</p> <p>Q49. “O contacto com a morte de um jovem.”</p> <p>Q50. “O preconceito existente nos utentes e seus familiares quanto ao nosso papel no serviço de internamento. A progressiva relação conflituosa com a classe médica.”</p> <p>Q51. “Óbitos. Situações terminais.”</p> <p>Q52. “Quando faleceu o meu primeiro doente, i. e. o primeiro óbito;</p> <p>Q53. “Morte de doentes conhecidos (vizinhos) ou de doentes jovens. A não valorização devida sobretudo por parte da equipa de auxiliares, que por vezes ‘destrói’ a nossa imagem.”</p> <p>Q54. “Lidar com a perda de doentes que começaram a ser ‘da casa’.”</p>	
--	---	--

	<p>Q55. “São exclusivamente as duas mortes que ocorreram a doentes aos meus cuidados.”</p> <p>Q58. “Falecimento de utentes mais próximos. Falecimento de utentes jovens.”</p> <p>Q60. “A primeira morte.</p> <p>Q56. <u>“A carga horária e o numero de doentes.”</u></p> <p>Q1. “Alterações frequentes na equipa de trabalho”</p> <p>Q2. “1. Não me lembro; 2. Altura em que o serviço está excessivamente cheio e temos que nos desdobrar; consequência – andamos mais cansados e ficamos sempre com a sensação que ficou alguma coisa por fazer porque não há tempo para mais...”</p> <p>Q7. “Conflitos com os colegas; Não reconhecimento, por vezes, da parte da enfermeira chefe do meu trabalho e dos meus colegas.”</p> <p>Q18. <u>“O ratio enfermeiro/doente; A pouca formação em serviço existente.”</u></p>	
Macrossistémico	<p>Q28. <u>“A incerteza de colocação na instituição a longo prazo.</u></p> <p>Q40. <u>“Alterações na renovação do contrato profissional.”</u></p>	<p>Categoria: Políticas governamentais</p>
Cronossistémico	<p>Q20. <u>“A desorganização que foi aquando da abertura do serviço ; A indefinição de quem seria a enfermeira chefe, aquando da abertura do serviço.”</u></p> <p>Q27. “O início do exercício profissional no momento de abertura desta instituição, desde a falta de organização à vivência de situações de morte em determinados doentes que permaneceram internados durante um longo período de tempo.”</p> <p>Q42. “Como menos positiva foi o facto de não ter entrado no quadro no concurso interno, pois considero-o um aspecto que marcou a minha auto-estima profissional. Outro aspecto menos positivo foi não ter tido um período de integração no início da minha actividade profissional, de forma a ter mais tempo para a mesma.”</p>	<p>Categoria: Abertura do serviço</p>

	<p>Q52. “Quando me foi comunicado que iria mudar de serviço.”</p> <p>Q61. “A fase inicial em que o serviço estava em processo de se organizar.”</p>	
	<p>Q8. “Períodos em que a equipe se encontrava mais dispersa, ou seja, com menos espírito de trabalho em conjunto criando conseqüentemente um pior ambiente de trabalho.”</p> <p>Q9. “Integração no serviço.”</p> <p>Q14. “<u>Difícil integração no serviço</u>, pouco acompanhamento, obstáculos, resistência no início do percurso profissional.”</p> <p>Q17. “Falta de um supervisor clínico quando da minha entrada para esta instituição.”</p> <p>Q31. “A minha integração no serviço. Descobrir que muitas vezes não podemos ajudar.”</p> <p>Q57. “<u>Curta integração no serviço, em tempo</u>. Falta de elementos com tempo de experiência no serviço.”</p>	<p>Categoria: Integração no serviço</p>
	<p>Q52. “Quando me foi comunicado que iria mudar de serviço.”</p>	

Legenda: Qx = Questionário número x (numero do questionário correspondente)

Questão 3: Momentos do quotidiano que lhe pareceram mais significativos para a sua própria formação.

Níveis	Respostas	Análise
Microsistémico	<p>Q1. <u>"Discussão das situações clínicas com os colegas e com outros profissionais."</u></p> <p>Q2. "Relações interpessoais (com a família, amigos, etc.); Doença de pessoas próximas."</p> <p>Q5. "A prestação dos cuidados de higiene e conforto uma vez que temos a possibilidade de observar o doente no seu todo. Alguns momentos, como por exemplo, a avaliação dos sinais vitais onde é possível estabelecer uma relação de ajuda mais próxima com os doentes conscientes e onde temos a possibilidade de fazer ensinamentos aos doentes e família."</p> <p>Q20. <u>"A passagem de turno ; a leitura dos processos; a interacção com a restante equipa."</u></p> <p>Q21. "Passagem de turno ; Higiene posicionamentos e medicação; Formação em serviço; Supervisão de alunos."</p> <p>Q23. <u>"A passagem de turno. O intercâmbio de informações com o médico responsável pelo doente."</u></p> <p>Q24. <u>"Comunicação com os doentes."</u></p> <p>Q25. <u>"O dia-a-dia."</u></p> <p>Q28. "Relação com os doentes; Envolvimento nos problemas dos mesmos; Aprendizagem com diferentes experiências;</p> <p>Q31. <u>"A aprendizagem com o próprio desenvolvimento do nosso trabalho diário."</u></p> <p>Q34. <u>"Momentos de pesquisa."</u></p> <p>Q36. <u>"As situações novas que não aparecem, que nos fazem crescer, a formação em serviço, pois existe troca de ideias e experiências, neste momentos, entre colegas."</u></p> <p>Q37. "Passagem de turno."</p> <p>Q39. "Os doentes que necessitam dos meus cuidados são exactamente iguais a mim, se eu sei como</p>	<p>Categoria: Relações interpessoais</p> <p>Categoria: Formações formais, informais e não formais</p> <p>Categoria: Intercambio de experiências</p>

	<p>gosto de ser cuidada é assim que eu devo cuidar dos outros.”</p> <p>Q40. “A passagem de turno quando é séria e detalhada.</p> <p>Q43. “Formações dentro e fora do hospital. Passagens de turno.”</p> <p>Q44. “Realização pessoal e profissional; prestação de cuidados com qualidade para o total bem-estar dos doentes.”</p> <p>Q45. “Passagens de turno. Cursos que esporadicamente frequente fora do hospital.”</p> <p>Q46. “Ouvir as ‘histórias’ das pessoas fora do contexto profissional.”</p> <p>Q47. “As passagens de turno, nas quais são discutidas situações de enfermagem e as melhores opções para os doentes.”</p> <p>Q48. “As formações em serviço. O intercambio de informação e experiências dos colegas e outros trabalhadores do hospital.”</p> <p>Q49. “A relação com os outros. Contacto com culturas diferentes.”</p> <p>Q50. “Embora não sendo o ideal, o enriquecimento cognitivo, passa muito pelo interesse pessoal na busca de mais informação.”</p> <p>Q52. “As passagens de turno; As formações que tenho frequentado fora da instituição.”</p> <p>Q53. “As formações informais que fazemos nas passagens de turno, contribuiu muito para a minha formação, assim como a observação e comentários dos colegas em determinadas actividades.”</p> <p>Q54. “Toda a nossa vida nos dá maturidade para a nossa actuação como enfermeiros principalmente no cuidar, por isso todos os momentos são importantes e não consigo isolar um ou mais.”</p> <p>Q55. “As dificuldades sobre certas patologias menos frequentes assim como os seus cuidados. É de salientar que o gosto próprio também me influencia bastante nas formações. Quanto à formação profissional/pessoal a relação existente entre todos os profissionais deste serviço é de veras</p>	
--	--	--

	<p>importante.”</p> <p>Q56. “O cuidar do doente e a relação de ajuda.”</p> <p>Q60. “Todos fora do local de trabalho.”</p> <p>Q7. “Quando existem trocas de ideias e formação diária nas passagens de turno (... que embora nunca cumpram essa formação).”</p> <p>Q8. “Formação em serviço, formações no exterior, supervisão de alunos em estágio, discussões / troca de impressões em momentos que surgem durante as passagens de turno.”</p> <p>Q9. “Diversidade dos diagnósticos; Formação de serviço; Possibilidade de participar em congressos.”</p> <p>Q10. “Formação em serviço.</p> <p>Q11. “Trabalhar com doentes do foro cardíaco, já que a abordagem enquanto doente não é facilitadora da apropriação de alguns conhecimentos, talvez por a cardiologia ser um serviço pelo qual não é facilitado o ensino clínico no tempo suficiente para a integração e apropriação de conteúdos.”</p> <p>Q12. “Formações em serviço para reavivar conhecimentos.”</p> <p>Q14. “De uma forma geral todos, quer positivos quer negativos. Saliento o contacto com os doentes e família e profissionais de saúde (experiência) e a aposta na formação contínua como formanda e formadora.”</p> <p>Q25. Acções de formação.”</p> <p>Q26. “A possibilidade que colegas e alguns médicos dão para resolver dúvidas e explicar o porquê de muitas situações.”</p> <p>Q27. “Por existem momentos esporádicos em relação a determinadas situações relacionadas com os doentes / familiares e alguns elementos da equipa multidisciplinar, que me fazem pensar sobre as necessidades mais urgentes.”</p>	
--	--	--

	<p>Q29. “A inter-relação a nível pessoal com os médicos dos doentes para esclarecimento de pontos específicos referentes à doença. Esta inter-relação não é possível com todos os facultativos.”</p> <p>Q30. “Relações interpessoais com doente, família e equipa multidisciplinar.”</p> <p>Q32. “Relação com os doentes e as técnicas de enfermagem que este tipo de serviço possibilita.”</p> <p>Q33. “Falta de humanidade”</p> <p>Q38. “A multiplicidade de patologias e cuidados inerentes, bem como a individualidade de cada doente.”</p> <p>Q40. “A passagem de turno quando é séria e detalhada. Formação em serviço e fora dele. Trato com alguns doentes.”</p> <p>Q43. “Formações dentro e fora do hospital.</p> <p>Q51. “Casos clínicos novos. Assistência a formações.”</p> <p>Q62. “Para mim, o méis importante na minha formação é o convívio com o doente, o prestar-lhe cuidados, ouvir/sentir as suas dificuldades e poder satisfazê-lo em tudo o que for possível. Só com este convívio com o doente poderei sentir dúvidas relativamente às minhas próprias dificuldades e investir na aprendizagem, para não voltar a ter dúvidas.”</p> <p>Q9. “Diversidade dos diagnósticos;</p> <p>Q10. “Formação em serviço. Novas patologias.”</p> <p>Q13. “A capacidade de alguns doentes para lidar com a sua doença.”</p> <p>Q17. “Ver que pude proporcionar ao doente conforto e bem-estar.”</p> <p>Q42. “O mais positivo, em todos os momentos, foi sempre o apoio da equipa de enfermagem. Além disso, de ser uma equipa jovem e com pessoas muito acessíveis, facilitou-me a integração, por me sentir à vontade para expor todas as minhas dúvidas e pedir ajuda sempre que precisei.”</p>	
--	--	--

	<u>Q57. “Troca de experiências com elementos multidisciplinares de saúde, a nível público, privado e militar. Ter sido trabalhador-estudante já enquanto enfermeiro.”</u>	
Mesosistémico	Sem respostas nesta questão	
Exossistémico	Sem respostas nesta questão	
Macrossistémico	Sem respostas nesta questão	
Cronossistémico	Q15. “A minha integração profissional foi feita num serviço de medicina, mas numa diferente instituição. Neste serviço o acompanhamento por parte de outro profissional resumiu-se a três dias de integração o que não permite responder a esta questão.” Q58. “A educação transmitida pelos meus pais e o cuidado/ preocupação com os outros.”	Categoria: Integração no serviço

Legenda: Qx = Questionário número x (numero do questionário correspondente)

Questão 4: Situação significativa (positiva ou negativa), na qual o supervisor clínico tenha tido uma intervenção activa

Categoria	Indicador	Unidade de Contexto
Actividades de Enfermagem	Ajuda nos cuidados directos Responsabilização por erros terapêuticos Na relação de ajuda com familiares	<p>Q3. “Na minha integração.”</p> <p>Q10. “Na realização de pensos de úlceras de pressão, todos os cuidados a ter.”</p> <p>Q11. “Durante os cuidados de higiene a um doente a fazer heparina em perfusão, suspendi durante algum tempo a terapêutica EV para o doente, que era dependente, poder ir ao duche na cadeira banho, por indicação clínica. Quando terminei, chamou-me à parte e explicou-me que o meu procedimento poderia ter sido gravíssimo e qual deveria ser o meu modo de actuação nestas situações. Nesse dia não tive o acompanhamento do supervisor porque estava ausente. Foi outro enfermeiro que me esclareceu.”</p> <p>Q13. “Tive um erro na administração de um tratamento, tendo sido responsabilizada pelo supervisor.”</p> <p>Q43. “O constante acompanhamento nos cuidados prestados foi sempre positivo uma vez que me mostrou o lado humano dos mesmos. Ou seja, a forma humana como ‘faz’ o seu dia-a-dia enquanto profissional.”</p> <p>Q51. “Relação de ajuda a famílias de óbitos.”</p> <p>Q52. “O meu supervisor clínico valoriza a relação enfermeiro-utente, como sendo um aspecto essencial na prática de enfermagem. Nesse aspecto, concordo plenamente com ele. Foi benéfico para mim ter-me sido inculcido esse valor.”</p>
Organização	Organização/gestão de situações Auxilio na Preparação de formações Reuniões de serviço Gestão do serviço	<p>Q12. “Melhor organização das situações, estabelecendo prioridades.”</p> <p>Q25. “Nalgumas reuniões de serviço.”</p> <p>Q42. “É significativo o impulso dado pela chefe do serviço para a realização de formação em serviço. De outra forma, acho que estaríamos um bocado ‘parados’ neste aspecto...”</p> <p>Q61. “Nos momentos em que preparei alguma acção de formação e precisei de mais ajuda para pesquisa de informação.”</p>

		<p>Q27. "Gestão do serviço (pessoal e equipamento)."</p> <p>Q28. "Na gestão do serviço e na gestão dos recursos humanos. Incentiva a equipa à formação em serviço e outras."</p> <p>Q30. "Na gestão do serviço."</p>
Tomada de decisão	<p>Nas decisões a respeito de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actuação perante familiares - Nas relações interpessoais e conflitos 	<p>Q21. "Decisão de actuação perante familiares de um doente."</p> <p>Q6. "Quando existe conflito de interesses entre a família de um doente e o hospital."</p> <p>Q24. "O doente solicitou extrema-unção. O doente quis fazer poder notorial a um advogado, e a enfermeira chefe entrevistou na situação."</p> <p>Q39. "Sentido de justiça nas decisões das relações interpessoais."</p>
Definição de papéis	<p>Definição do lugar que o enfermeiro ocupa na equipa</p>	<p>Q7. "Situação positiva – Já por diversas vezes o nosso "supervisor" teve que intervir em defesa da equipa de enfermagem ou de um dos enfermeiros e cumpriu bem esse papel.</p> <p>Situação negativa – Não existe uma distinção clara sobre o papel/trabalho de enfermagem por parte do nosso "supervisor"."</p> <p>Q60. "Inicialmente havia alguma dificuldade em saber qual a função do enfermeiro e a função do auxiliar de acção médica."</p>
Avaliação	<p>Avaliação de desempenho</p> <p>Decisão de transferência de alas</p>	<p>Q14. "Situação significativa negativa: a primeira avaliação de desempenho, baseada na opinião de outros, apenas, e não no concreto, pelo que fez apenas referência aos aspectos negativos. Situação geradora de mudança para positivo."</p> <p>Q31. "Transferência para outra ala do serviço sem consulta previa."</p> <p>Q18. "No fim do contrato de trabalho, a chefe não ajudou à continuidade (renovação) desse mesmo contrato."</p> <p>Q20. "Uma das situações positivas que me lembro foi aquando da tomada de posse da nossa actual chefe, que fez questão de reunir com todos os elementos de modo a fazer um ponto da situação real do que se estava a passar, tendo nessa reunião aceite várias sugestões da equipa."</p>

		<p>Q26. “A possibilidade que me foi dada de me integrar em diferentes serviços (pneumologia – exames especiais, gastroenterologia – exames especiais; medicina interna).”</p> <p>Q36. “Na colaboração da colocação de um dreno torácico, quando estava em integração no serviço.”</p> <p>Q45. “O supervisor ajudou-me a perceber quais as rotinas diárias que se realizam no turno da manhã, tarde e noite no serviço de medicina; entendo como atitude positiva.”</p> <p>Q46. “Quando decidi pedir transferência de serviço chorei quando o comuniquei à minha chefe. Ela foi muito compreensiva e quando ouviu os meus argumentos não me tentou mudar de ideias.”</p> <p>Q50. “Um óbito ocorrido no serviço, durante um fim-de-semana, que foi marcante para todos os profissionais serviço, e vivenciado directamente por mim, e muitas dúvidas restaram acerca da nossa intervenção e no que podia, ou não, ter sido feito. O supervisor, foi a primeira pessoa a elogiar o meu trabalho, com a clara interacção de descartar alguma falha que pudesse ter ocorrido.”</p>
--	--	---

Legenda: Qx = Questionário número x (numero do questionário correspondente)

**ANEXO 6: GUIÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS REALIZADAS AOS
ENFERMEIROS DO SERVIÇO**

GUIÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS REALIZADAS AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO

Bloco A – Legitimação da entrevista

Bloco B – Caracterização da entrevista

Bloco C – Blocos temáticos

C.1. – Caracterização das Práticas Supervisivas

C.2. – Caracterização das Estratégias de Melhoria da Qualidade

C.3. – Caracterização da Formação em Contexto de Trabalho

C.4. – Aspectos interactivos da Socialização Profissional

Bloco D – Finalização da entrevista

Aveiro, Setembro de 2006

BLOCO A: Legitimação da entrevista

Objectivos do bloco	Acção a desenvolver
- Legitimar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none">• Informar o entrevistado sobre o que se pretende com esta entrevista, inserida no trabalho de campo;• Ajudar o entrevistado a perceber a importância da entrevista como complemento da observação participante e da aplicação do questionário;• Assegurar o carácter confidencial da informação prestada.

BLOCO B: Caracterização da entrevista

Objectivos do bloco	Acção a desenvolver
- Conseguir a adesão do participante ao estudo.	• Informar o entrevistado sobre os diferentes blocos temáticos em que se divide a entrevista;

BLOCO C: Blocos Temáticos

C.1. – Caracterização das Práticas Supervisivas

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<ul style="list-style-type: none">- Caracterizar as práticas supervisivas desenvolvidas no âmbito do sistema de gestão da qualidade;- Descrever diferentes experiências no âmbito do processo supervisivo;- Identificar a responsabilidade dos	<ul style="list-style-type: none">• Que significado possui para si a expressão Supervisão Clínica em Enfermagem?• Até que ponto a supervisão clínica interfere com as práticas profissionais?• Como decorreu o processo da sua integração no serviço?• Que tipo de intervenção desenvolve o colega com funções de SC?

diferentes actores;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descreva um episódio significativo no âmbito da supervisão que lhe é disponibilizada.
---------------------	---

C.2. – Caracterização das Estratégias de Melhoria de Qualidade

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o sistema de gestão de qualidade existente no serviço; - Identificar as responsabilidades dos enfermeiros no sistema de gestão da qualidade; - Caracterizar o processo de implementação da qualidade, da concepção à concretização; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que significado tem, para si, o termo “qualidade”? ▪ Como avalia a definição e avaliação das guidelines (protocolos)? ▪ Até que ponto os profissionais participam na definição e operacionalização das estratégias de qualidade? ▪ Sente que as pessoas estão envolvidas no processo? ▪ Como e qual a formação que é dada aos profissionais em matéria de qualidade? ▪ Que importância tem o sistema de Supervisão Clínica para o processo de acreditação? ▪ Como valia o sistema de acompanhamento dos alunos? (colocar sub-questões) ▪ Quais as maiores dificuldades que sente na implementação do sistema de qualidade?

C.3. – Caracterização da Formação em Contexto de Trabalho

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o sistema de formação existente no serviço, no que se refere à gestão da informação produzida no grupo, aos níveis de formalização da formação, à orientação do dispositivo e à mobilização de recursos; - Identificar o papel dos enfermeiros, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que significado tem, para si, o termo “formação”? ▪ Dê exemplos de momento formativos e identifique os que tiveram maior impacto para si. ▪ Como se procede, no grupo, à identificação de necessidades de formação? ▪ Quais os principais conteúdos abordados nestes

<p>enquanto actores intervenientes no sistema de formação;</p> <p>- Dimensionar o elo existente entre a acção e a formação;</p>	<p>momentos de formação?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual a importância que os colegas têm na formação dos seus pares? ▪ De que modo se reconhecem na prática, os conhecimentos adquiridos através da formação em serviço / exercício? × Como se avalia a formação realizada?
---	---

C.4. – Aspectos interactivos da Socialização Profissional

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<p>- Identificar os efeitos sociais que a supervisão pode produzir no grupo, a fim de dar resposta ao processo de acreditação da qualidade;</p> <p>- Caracterizar de que forma decorre a socialização dos elementos do grupo;</p> <p>- Determinar até que ponto o acto de trabalho é relevante para o desenvolvimento de saberes;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais são, para si, os benefícios mais evidentes da supervisão clínica realizada no serviço? E da formação? ▪ Como se sente como elemento deste grupo de trabalho? ▪ Até que ponto tem sido formadora para si a experiência de trabalho? ▪ Quais são, para si, os projectos de trabalho mais relevantes neste serviço? Até que ponto é envolvido (a) nestes projectos?

BLOCO D: Finalização da entrevista

Objectivos do bloco	Acção a desenvolver
<p>- Finalizar a entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar por terminada a entrevista; ▪ Agradecer a ajuda prestada e o tempo disponibilizado;

**ANEXO 7: GUIÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS REALIZADAS AOS
ENFERMEIROS DIRIGENTES**

GUIÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS REALIZADAS AOS ENFERMEIROS DIRIGENTES

OBJECTIVOS GERAIS DA ENTREVISTA

1. Levantamento das representações do conceito de Qualidade Institucional com base na opinião dos dirigentes;
2. Conhecer as mudanças implicadas num processo de implementação de uma política de gestão pela qualidade;
3. Avaliar a responsabilidade das chefias na dinamização da equipa para a implicação no processo de acreditação.

GUIÃO DA ENTREVISTA

Bloco A – Legitimação da entrevista

Bloco B – Caracterização da entrevista

Bloco C – Blocos temáticos

C.1. – Caracterização das Estratégias de Melhoria da Qualidade

C.2. – Caracterização das Práticas Supervisivas

C.3. – Caracterização da Formação em Contexto de Trabalho

C.4. – Aspectos interactivos da Socialização Profissional

Bloco D – Finalização da entrevista

Aveiro, Julho de 2006

BLOCO A: Legitimação da entrevista

Objectivos do bloco	Acção a desenvolver
- Legitimar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none">• Informar o entrevistado sobre o que se pretende com esta entrevista, inserida no trabalho de campo, e como complemento do trabalho já efectuado;• Assegurar o carácter confidencial da informação prestada.

BLOCO B: Caracterização da entrevista

Objectivos do bloco	Acção a desenvolver
- Conseguir a adesão do participante ao estudo.	<ul style="list-style-type: none">• Informar o entrevistado sobre os diferentes blocos temáticos em que se divide a entrevista;

BLOCO C: Blocos Temáticos

C.1. – Caracterização das Estratégias de Melhoria de Qualidade

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<ul style="list-style-type: none">- Caracterizar o sistema de gestão de qualidade existente na Instituição e no serviço, e a razão da sua escolha;- Identificar as responsabilidades dos enfermeiros no sistema de gestão da qualidade;- Caracterizar o processo de implementação da qualidade, da concepção à concretização;	<ul style="list-style-type: none">▪ Como avalia a política nacional para este tipo de processo face à experiência que está a ter no momento?▪ Por que é que a administração do hospital escolheu este modelo?▪ Quais as principais estratégias de melhoria da qualidade que se encontram em implementação?▪ Como foram ou são identificados os indicadores da qualidade? Como estão monitorizados? (Exemplo: controlo de infecção)▪ Como são elaboradas as <i>guidelines</i> de gestão de qualidade no hospital?

	<ul style="list-style-type: none">▪ Como se procede à avaliação (pilotagem) da implementação das <i>guidelines</i>?▪ Como são feitas as auditorias aos serviços, por exemplo, ao serviço de medicina interna? Quem as faz e com que periodicidade?▪ Como lidam com as não conformidades? (Possuem redes de apoio?)▪ Pela observação que efectuei, verifiquei que, apesar dos profissionais trabalharem no sentido de promover a qualidade institucional, não têm consciência do contributo que dão para este processo de acreditação. Qual é a sua opinião? (Como participam os profissionais na definição das estratégias de qualidade?)▪ Como é divulgada a política de qualidade defendida no hospital aos profissionais de enfermagem? Como é que eles a mostram aos clientes?▪ Que tipo de parcerias tem o hospital com outras instituições (se tem, que tipo e exemplo de instituições)? Com base em quê que fazem?▪ A certificação dos recursos humanos especializados, nomeadamente enfermeiros, é uma exigência do modelo da JCI. Como asseguram a certificação dos enfermeiros de nacionalidade Não Portuguesa existente?▪ Que ferramentas de melhoria de qualidade são utilizadas na instituição?▪ Como está integrada norma ISO 9001:2000 com o modelo da JCI? E as questões do ambiente são tratadas à luz da ISO 14000?
--	---

C.2. – Caracterização das Práticas Supervisivas

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<p>- Caracterizar as práticas supervisivas desenvolvidas no âmbito do sistema de gestão da qualidade;</p> <p>-Caracterizar as fronteiras de relação entre o processo de implementação de um sistema de gestão de qualidade e os sistemas de supervisão clínica e <i>mentorship</i> existentes na instituição;</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Caracterize-me os sistemas de supervisão clínica em enfermagem existentes na instituição?▪ Como se relaciona com o processo de qualidade?▪ Que preocupação têm com a selecção dos supervisores nos serviços?▪ Os enfermeiros espanhóis quando vieram para a instituição foram um grupo alvo de maior atenção no processo de integração pela questão da comunicação com o doente, entre outras coisas. Hoje, verifico que alguns já são responsáveis pelos serviços, e alguns apresentam formas de exercer a prática de enfermagem diferente dos enfermeiros portugueses. Como posiciona a questão da “multiculturalidade de cuidados” existente no serviço, no processo de acreditação?▪ Caracterize-me os sistemas de <i>mentorship</i> existentes na instituição?▪ Que exigências fazem às escolas?▪ Têm preocupação pela formação ou selecção das pessoas que orientam os alunos? Que tipo de preocupação?▪ Existem <i>guidelines</i> específicas para estas duas práticas? São exigências do modelo?

C.3. – Caracterização da Formação em Contexto de Trabalho

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<p>- Caracterizar o sistema de formação existente na instituição;</p> <p>-Identificar a política de formação no âmbito da qualidade existente;</p> <p>-Dimensionar o elo existente entre a acção/formação/mudança, durante a implementação de um sistema de gestão pela qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Qual a política de formação continua dada aos profissionais de enfermagem?▪ Que formação é exigida (ou dada) aos profissionais em termos de qualidade quando entram para o hospital?▪ Em que medida as práticas foram alteradas aquando a implementação do modelo de gestão pela qualidade? (Exemplos práticos dessas mudanças)

C.4. – Aspectos interactivos da Socialização Profissional

Objectivos do bloco	Exemplo de questões a colocar
<p>- Identificar os efeitos sociais que a supervisão pode produzir no grupo, a fim de dar resposta ao processo de acreditação da qualidade;</p> <p>- Caracterizar de que forma decorre a socialização e comunicação entre direcção e chefias, e enfermeiros;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante a observação verifiquei que os enfermeiros valorizam as relações de empatia que estabelecem com os restantes membros da equipa, quer enfermeiros ou outros. Como utiliza este facto no sentido de melhor fazer chegar as políticas de qualidade da instituição? ▪ Como comunica com os enfermeiros dos serviços? Com que frequência? ▪ Qual o papel dos supervisores (enfermeiros de horário fixo) para a promoção das políticas organizacionais da qualidade? ▪ Os enfermeiros do meu estudo verbalizaram não saber porque têm que proceder de determinadas maneiras, referem que é obrigatório porque o modelo assim o exige (é o que a chefe lhes transmite), quando quase nem lhes falaram que o hospital iria entrar num processo de acreditação (decisões exclusivas das direcções). Sou da opinião que os enfermeiros quando envolvidos melhoram as suas práticas, identificam mais facilmente necessidades de formação. Por outro lado, torna-se fundamental ter um líder com formação e capaz de envolve-los com a comunidade. <u>Que estratégias usam para promover o envolvimento dos enfermeiros no processo?</u> ▪ Onde passa a maior parte do seu tempo? ▪ Quais são os projectos de trabalho mais relevantes neste serviço? Até que ponto se encontra envolvida nestes?

	<ul style="list-style-type: none"> · Considera-se supervisor(a)? Que tipo de supervisão realiza?
--	--

(A negrito estão as questões que apenas serão feitas à enfermeira chefe)

BLOCO D: Finalização da entrevista

Objectivos do bloco	Ação a desenvolver
- Finalizar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> · Dar por terminada a entrevista; · Agradecer a ajuda prestada e o tempo disponibilizado, assegurando a posterior validação da entrevista.

**ANEXO 8: ALGUNS APONTAMENTOS REGULAMENTARES DA TRANSCRIÇÃO DAS
ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS**

Abordando mais profundamente o assunto da transcrição da entrevista, esta atendeu a determinados princípios: numa primeira fase procedeu-se a uma transcrição literal, com a preparação de uma versão textual completa do material levantado, que serviu de base para uma avaliação interpretativa extensa.

A transcrição foi ortográfica, seguindo as regras da língua em uso, para facilitar a leitura, nossa e de outros possíveis utilizadores, e para uma maior rapidez de execução. Transcrevemos algumas expressões típicas da oralidade tal como pronunciadas, algumas interjeições muito utilizadas, também formas vocais típicas da oralidade foram transcritas como por exemplo: *uhm*: regulador, indicando que o interlocutor segue com atenção o discurso do outro, pontuando-o; *ahm*: Quando o locutor gagueja, hesita; *hum*: quando questiona; *hm*: quando concorda.

Nesta transcrição não se utilizou a transcrição fonética porque a sua utilização se encontra claramente condicionada pelos poucos conhecimentos do alfabeto fonético internacional, e que poderia influenciar negativamente a interpretação do texto.

A transcrição é sempre verbal, respeitando também alguns comportamentos não-verbais, registados após a entrevista, e todos os elementos da situação extra-verbal que foram considerados significativos, isto é todos os elementos não-verbais pertencentes por definição à situação de comunicação, que a esclarecem ou complementam.

A pontuação foi evitada, como na maioria das transcrições de corpus orais, pelo seu carácter interpretativo e para evitarmos novos sistemas de codificação real, excepto na frase interrogativa, utilizando o ponto de interrogação (?); e quando há suspensão intencional da frase, utilizando as reticências (...).

Para além dos sinais anteriores relativos à entoação, recorreremos aos seguintes sinais na transcrição de alguns fenómenos prosódicos:

- Pausa curta (inferior ou igual a 2 s) – ()
- Pausa média (3/4s) – (..)
- Pausa longa (superior a 5s) – (...)

- A entrevista é interrompida, (por exemplo, alguém bate à porta ou o entrevistador muda a cassete) - [indicação do tempo aproximado da interrupção];
- Questão retórica - ?!;
- Inaudível (1 palavra) - (*);
- Inaudível (mais de 2 palavras) - (**);
- Risos e outros sinais identificados - (identificação pelo termo);
- Entrevistador executa uma acção, (por exemplo, mostra documentação) - (descrição da acção).

Estes sinais pretendem apenas marcar entoações não esclarecidas pelo sistema ortográfico, dado o valor supra-segmental da entoação (Sinclair & Brazil, 1982; *In*: Andrade e Sá, 1996).

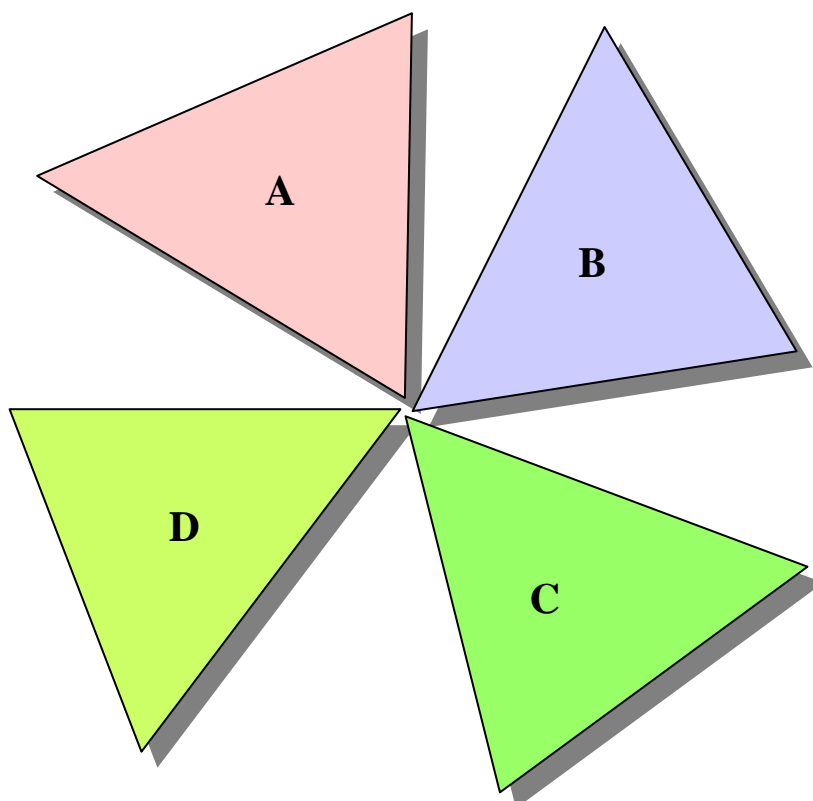
A identificação global dos enfermeiros é feita de forma a que sejam individualizados sempre por uma inicial e um número, a fim de preservar o anonimato: Enfermeiro x. De seguida, identifica-se a actividade que executa, e pela qual foi seleccionado; a entrevista realizada no dia x, pelas x horas, local.

Usamos ainda o código: Entrevistador a falar - C1 (nº da questão); Entrevistado a falar - Enf. (.)_x 1 (Código atribuído e 1 é o nº da questão) - a cada questão corresponde um número, sendo feita uma numeração própria para cada enfermeiro, seguindo a cronologia da gravação da entrevista.

ANEXO 9: ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DADOS RECOLHIDOS PELAS ENTREVISTAS

Da análise de conteúdo das entrevistas chegamos a quatro grandes taxonomias tratadas diferenciadamente, pelo que a apresentação dos resultados é feita separadamente por matrizes distintas.

Da análise resultaram, então, quatro grandes grupos:



A – Práticas Supervisivas

B- Sistema de Implementação da Qualidade

C – Formação em contexto de Trabalho

D – Relações Interpessoais

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DAS ENTREVISTAS - COM SINOPSES DAS ENTREVISTAS

<p>A1</p>	<p>O Enfermeiro A01 é o responsável pela Ala A, e quem substituiu a chefe na sua ausência. Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tem a seu cargo a gestão da Ala A e a supervisão dos colegas. Por vezes fica também responsável pelo acompanhamento de alunos.</p> <p>Faz parte de um grupo de trabalho da implementação do sistema de qualidade, responsáveis pela adaptação de um software de registos informáticos para as práticas de saúde dos profissionais do hospital que contactam directamente com o cliente.</p> <p>Entrevista realizada no dia 03 Outubro de 2006, pelas 11h00, na Ala A do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Sebastião, EPE – Santa Maria da Feira.</p> <p>C10: És um elemento de horário fixo?</p> <p>Enf. A01 10: Sou.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Especialista, Mestre - Supervisor e Mentor - Responsável de serviço (Elemento de horário fixo). - Substitui a chefe na sua ausência - Líder - Participa nas actividades do processo de acreditação
<p>A2</p>	<p>A Enfermeira A10 é enfermeira com contrato tempo indeterminado, responsável pela integração de colegas e orientação de alunos. Entrevista realizada no dia 03 Outubro de 2006, pelas 12h00, na Ala A do Serviço de medicina Interna do Hospital São Sebastião, EPE – Santa Maria da Feira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integra colegas; - Mentora (contrato com a Universidade de Aveiro); - Substitui o elemento de horário fixo na sua ausência.
<p>B1</p>	<p>A Enfermeira B21 é enfermeira no serviço de medicina desde que este abriu, tendo vindo do Hospital de Oleiros, com contrato tempo indeterminado. É responsável pela integração de colegas no serviço, assim como pelo acompanhamento de alunos. Na ausência da colega de horário fixo fica responsável pela gestão da Ala.</p> <p>Entrevista realizada no dia 02 Outubro de 2006, pelas 16.00, na Ala B do Serviço de medicina Interna do Hospital São Sebastião, EPE – Santa Maria da Feira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participou na abertura do serviço; - Integra colegas; - Mentora (contrato com a Universidade de Aveiro); - Substitui o elemento de horário fixo na sua ausência.

<p>B2</p>	<p>A Enfermeiro B24 é a colega de nacionalidade espanhola, que se encontra no serviço desde a abertura do hospital. É usual ficar responsável pela Ala, na ausência da colega de horário fixo. Para além do seu trabalho no internamento, fica muitas vezes responsável por assegurar o serviço de exames pneumológicos. Quando se encontra no internamento tem algumas vezes a responsabilidade de integrar colegas e acompanhar alunos.</p> <p>C29: Porque é que saíste da ala A?</p> <p>Enf. B24 29: Isto é assim, quando abriu forma abrindo as alas progressivamente, e abriu a A e eu fiquei com cardiologia. Entretanto, fiquei grávida e fiquei imenso tempo de baixa e depois quando me reencontrei ao trabalho comecei com pneumologia e depois para me manter o horário me mandaram para aqui, para substituir a colega.</p> <p>C30: E o horário fixo tens porque?</p> <p>Enf. B24 30: Por opção pessoal.</p> <p>C31: Não tem a ver com o aleitamento?</p> <p>Enf. B24 31: Não isso já passou, eu só vou estar aqui até Janeiro depois não sei!</p> <p>C32: Então vieste substituir a Susana. E estás como responsável?</p> <p>Enf. B24 32: Mais ou menos.</p> <p>C33: Podes descrever-me um dia de trabalho teu?</p> <p>Enf. B24 33: Sem alunos?! Tenho a passagem de turno, depois a medicação, vou ajudar os colegas que precisam de mais ajuda, vou avaliar os sinais vitais, peço o material, a farmácia, depois (**) a equipa médica do pessoal, o transporte... vou fazendo assim essas coisas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nacionalidade Espanhola; - Contrato tempo indeterminado; <p>Encontra-se no hospital desde a sua abertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Também pode ficar responsável pela ala na ausência da colega de horário fixo; - Exames pneumologicos; - Elemento de horário fixo (mas diferente dos outros responsáveis); - Por vezes: mentora, integra colegas.
<p>B3</p>	<p>A Enfermeira B25 é uma colega de nacionalidade espanhola, com um contrato de tempo indeterminado no hospital, fazendo parte deste desde a sua abertura. É responsável pela integração de colegas no serviço, assim como tem à sua responsabilidade o acompanhamento de alguns alunos de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nacionalidade Espanhola; - Encontra-se no hospital desde a abertura; - Contrato tempo indeterminado;

<p>Enf. B25 6: Ehum, sim... já tinha trabalhado em Espanha, e, por isso, era das poucas que tinha experiência. Já tinha três anos que tinha terminado o curso, mas nem sempre havia trabalhado. Tinha trabalhado por períodos lá.</p> <p>Reconheço que foi uma etapa bonita, já que aprendi um idioma novo, e conheci pessoas novas, aprendi coisas novas e, nem todos podem dizer: “eu pus um hospital a funcionar, ou ajudei”.</p> <p>Contudo, também foi complicado, pois quando eu às vezes olho para trás, não me reconheço naquela etapa... estava sempre <i>stressada</i>, e as pessoas diziam alguma coisa e eu pensava: “tenho que fazer isto e tem que ser feito já”.</p> <p>E agora levo as coisas com mais calma, sei priorizar o tempo, as situações, o que é mais importante e o que é menos importante, e já sei dizer: “Não sei fazer.”</p> <p>Acho que as pessoas que chegam agora têm um caminho mais fácil!</p> <p>C7: É muito diferente a forma como trabalhavam ou trabalham em Espanha para a realidade de Portugal?</p> <p>Enf. B25 7: Ah, sim, porque em Espanha uma enfermeira é mais (..) técnica, uma enfermeira tem um trabalho mais técnico. Tem mais, é como sempre digo, um trabalho mais de secretária.</p> <p>Há certas funções que aqui pertence a uma enfermeira que lá não fazem. Por exemplo, dar um banho, uma enfermeira lá, muito raramente dá um banho na cama. No curso e nos papéis o banho da cama é aprendido, mas raramente é uma função das enfermeiras, normalmente está delegado nas auxiliares de acção médica.</p> <p>E, então, tu chegas cá e deste conta que... eu muitas vezes penso, eu um dia que vá para Espanha não sei trabalhar lá, porque eu agora só de olhar para o doente consigo diferenciar muitas coisas, que se calhar, é do dia-a-dia. Damos banho ao doente e por isso vejo onde tem um penso, como tem a pele, como não tem, e por isso que se calhar é uma forma de trabalhar diferente, acho que o sentido da palavra “enfermagem” para mim tem mais a ver com o trabalho realizado em Portugal, que o que se realiza em Espanha.</p> <p>Lá chegava, dava medicação e o contacto com o doente não é assim... bom, é próximo, mas se calhar vai custar-me muito mais do que me custa aqui identificar os problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mentora; - Integra colegas; - Veio de Espanha com alguma experiência de trabalho;
--	---

C1	<p>A Enfermeiro C40 é uma colega de nacionalidade espanhola, que se encontra ligada ao hospital desde a sua abertura. É a responsável pela gestão da ALA C, e pela supervisão dos colegas desta mesma Ala. Por vezes é a responsável pela integração de novos colegas no serviço, assim como pelo acompanhamento de alunos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nacionalidade Espanhola; - Contrato tempo indeterminado; - Supervisora; - Responsável pela ala (horário fixo); - Por vezes Mentora; - Encontra-se ligada ao hospital desde a sua abertura.
C2	<p>A Enfermeiro C47 é enfermeira com contrato tempo indeterminado, responsável pela integração de colegas e orientação de alunos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrato tempo indeterminado; - Mentora; - Integra colegas – trabalha há cerca de 3 anos (enfermeira nível 1)
C3	<p>Enfermeiro C50 graduado, da Ala C e consulta externa de reumatologia, responsável pelo acompanhamento de alunos e integração de novos elementos da equipa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro graduado; - Contrato de tempo indeterminado; - Mentor; - Integra colegas.
C4	<p>Enfermeiro C54 nível II, da Ala C e consulta externa de pneumatologia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira nível II; - Contrato tempo indeterminado; - Assegura a consulta externa de pneumologia.
C5	<p>O Enfermeiro C57 é graduado, com um contrato de prestação de serviços.</p> <p>C4: Disseste que eras tarefeiro, o que significa essa nomenclatura?</p> <p>Enf. C57 4: Bem, tarefeiro é o nome que se dá neste hospital, e se calhar noutros por aí... acho que não vamos estar a falar de tarefa, e acho que nem estou aqui para trabalhar na tarefa!</p> <p>É um nome que se dá... acho que é um nome que se dá a nível da instituição a uma categoria, tarefeiro, recibo verde,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro graduado; - Contrato de prestação de serviços (tarefeiro);

	<p>prestador de serviços...</p> <p>C5: O vínculo que tu tens é com outro hospital?</p> <p>Enf. C57 5: O vínculo que eu tenho é com outro hospital da função pública.</p> <p>C7: Também trabalhas num serviço de medicina no outro hospital?</p> <p>Enf. C57 7: Não.</p>	
D1	<p>A Enfermeiro D39 é a colega responsável pelo Hospital de Dia do serviço de medicina Interna, e pela dinamização das consultas externas de enfermagem deste mesmo serviço (diabetologia e reumatologia). No seu serviço não é usual receberem alunos, pelo que não tem qualquer contacto com os alunos. Esporadicamente integra colegas no Hospital de Dia ou nas consultas externas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira graduada (largos anos de experiência); - Contrato tempo indeterminado; - Integra colegas na hospital de Dia; - Supervisora das consultas externas.
E1	<p>Enfermeiro E60 graduado, do serviço de gastroenterologia.</p> <p>C4: Descreve-me, por favor, um dia ou semana de trabalho aqui.</p> <p>Enf. E60 4: A rotina?</p> <p>C5: Sim, pode ser!</p> <p>Enf. E60 5: Portanto, o serviço funciona 5 dias por semana, todos os dias das 8 às 7 da tarde (.) não faço esse horário todo, vamos intercalando.</p> <p>Há dias que funcionam 2 salas em simultâneo, como é o caso de hoje. Há dias que só funciona uma sala.</p> <p>Ehum, a rotina é compreendida por exames marcados, com um limite, mais ou menos razoável por dia. Em que depois para além dessa rotina dos exames marcados podem surgir as urgências, tanto do exterior como do internamento, situações assim de exames!</p> <p>É mais ou menos isso em termos de marcações, em termos de situações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro graduado; - Contrato tempo indeterminado; - Serviço de gastroenterologia.

Ehum, temos uma hora de almoço e nós consideramos hora de almoço quando acabam os exames da manhã, seja 1, sejam 2 ou 3 horas, a essa hora paramos para almoçar e depois avançamos para a tarde.

Normalmente saímos às 7 horas. Normalmente, porque podemos sair mais tarde, 8/9 horas, às vezes 10 horas da noite, dependendo se há urgências que podem complicar o trabalho ou não... e é basicamente isso!

C6: Estás apenas nos exames ou fazes internamento?

Enf. E60 6: Sim, faço exames especiais de gastro.

C7: Estás com um colega, vocês são dois cá em baixo?

Enf. E60 7: Sim, somos dois. Nós temos, neste momento, na gastro, ehum, três pessoas integradas. Para além de nós os dois que cá estamos são mais três. Três acho que estou a falhar... para aí quatro pessoas integradas.

C8: Que estão no internamento?

Enf. E60 8: sim.

C9: E qualquer troca que precisem é possível?

Enf. E60 9: Sim. Normalmente conseguimos entender, entre mim e o meu colega. Só quando um vai de férias por um período mais longo, há necessidade de trazer alguém para cá e então aí vem uma ou outra pessoa.

C11: Vocês fazem parte do serviço de medicina interna?

Enf. E60 11: Sim, estamos associados a isso, sim.

C12: Porquê?

Enf. E60 12: Ehum, bem, eu considero que é provavelmente o serviço que terá que a ver mais directamente com a gastro, em particular porque primeiro a gastro lida com doentes hepáticos, grandes cirroses e essas histórias todas, e lida com essas situação de hemorragias e estenoses, e coisas.

Muitas vezes poderia-se enquadrar num outro serviço tendo em conta que o hospital não tem internamento de gastro

mesmo, só gastro. Está associado à medicina, o próprio internamento de gastro, sempre que há um internamento, faz uma técnica qualquer, um doente que faz uma técnica, assim, mais arrojada e que necessite de internamento ou permanece mais tempo, sei lá, malta que tem doenças inflamatórias, do intestino e que necessitam de ficar internados, ficam sempre na medicina, e daí que está relacionado bem.

Eu acho que tem mais a ver com a medicina do que com a cirurgia que seria o outro serviço paralelo que se poderia enquadrar, mas nem todos os doentes de gastro vão parar lá, aliás poucos, uma hemorragia ou outra que são situações esporádicas, que são para operar ou isso, normalmente são casos de urgência. Não fazia sentido, normalmente os doentes que são internados ou são coisas residuais, que precisam de vigilância, ou então são internamentos mais longos para recuperar e não para operar, e daí acho que tem a ver com isso.

C13: Então, sempre estiveram associados ao serviço de medicina?

Enf. E60 13: Não. Ehum, quer dizer, a esse nível de internamento sim, mas em termos de chefe, nem sempre. Neste momento a enfermeira chefe é a mesma do serviço de medicina. Inicialmente era a enfermeira da esterilização, depois passou a ser a enfermeira do núcleo de partos e por fim, quando se enquadraram as coisas, passou a ser a enfermeira de medicina.

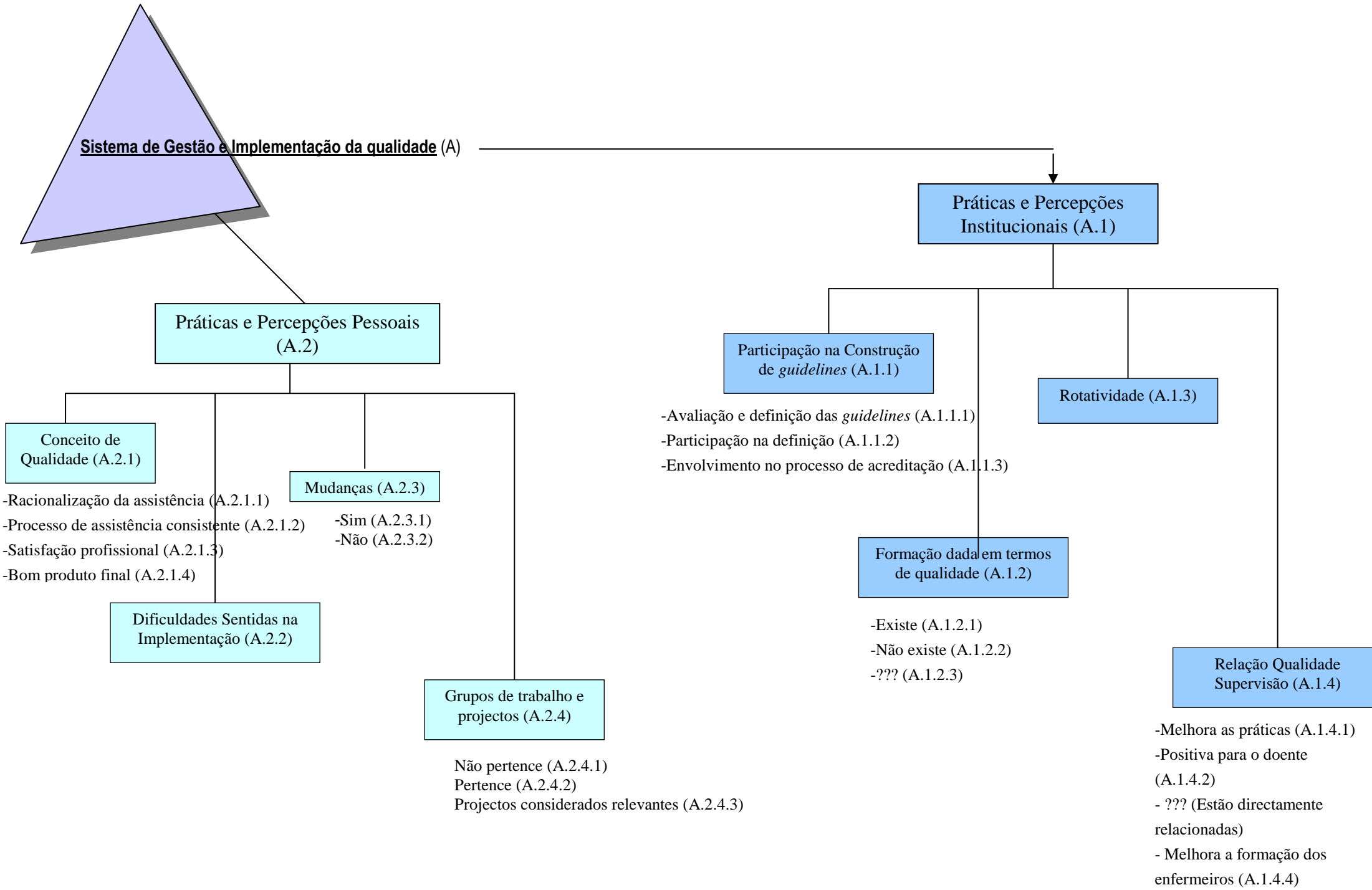
C14: E isso já foi há muito tempo?

Enf. E60 14: Diria eu, não querendo errar, para aí há dois no máximo três anos.

A Enfermeira B25 é uma colega de nacionalidade espanhola, com um contrato de tempo indeterminado no hospital, fazendo parte deste desde a sua abertura. É responsável pela integração de colegas no serviço, assim como tem à sua responsabilidade o acompanhamento de alguns alunos de enfermagem.

.Entrevista realizada no dia 02 Outubro de 2006, pelas 16.00, na Ala B do Serviço de medicina Interna do Hospital São Sebastião, EPE – Santa

Maria da Feira.



TAXONOMIA A: SISTEMA DE GESTÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE

Dimensão A.1.: PRÁTICAS E Percepções Institucionais

Domínio A.1.1: Participação na construção das *guidlines*

Questão: Como avalia a definição e avaliação das guidelines (protocolos)?

Até que ponto os profissionais participam na definição, alteração e operacionalização das estratégias de qualidade? Que opinião tens acerca disso?

<p>Avaliação e definição dos protocolos (Categoria A.1.1.1)</p>	<p>Enf. C57 10: Cá no serviço tem protocolos... costumamos ter sempre muitos protocolos, alguns que são criados pela necessidade dos próprios enfermeiros do serviço.</p> <p>Acho que quando são criados são postos primeiro a uma pré-avaliação, uma experiência nossa, quando não são criados pelos próprios enfermeiros. E estão de acordo, minimamente, com o serviço. São avaliados por vezes teoricamente – pedem-nos opiniões e fazem pequenas alterações.</p> <p>Os protocolos são sempre bons para a enfermagem, pois permite-nos defender às vezes das outras intervenções interdependentes, e como estamos num serviço de medicina estamos mais presente, 24 horas, e o médico pode não estar sempre disponível, e sempre nos dá um bocado mais de segurança.</p> <p>Enf. C50 18: De que forma foram construídos?! Olha, acho que a maior parte dele, alguns deles já são muitos antigos. Muitos antigos, quer dizer, o hospital não é assim tão antigo, mas penso que foram feitos (.) uns por todos os enfermeiros do serviço, outros em colaboração dos enfermeiros com alunos que iam passando por aqui e detectavam a falta deste ou daquele protocolo, mas penso que é uma coisa sempre bastante interna. Não vem... quer dizer, há</p>	<p>Segundo alguns actores a avaliação e definição dos protocolos e feita pelos os profissionais, uns do serviço, outros superiores, com a testagem destes ao serviço. Por vezes propõem a criação de alguns, que acabam eles mesmo por redigir, para posteriormente ser sujeito a aprovação.</p> <p><i>“Alguns que são criados pela necessidade dos próprios enfermeiros do serviço”</i> (Enf C57 10).</p> <p><i>“Acho que quando são criados são postos primeiro a uma pré-avaliação, uma experiência nossa, quando não são criados pelos próprios enfermeiros(...)”</i> (Enf C57 10).</p> <p>Outros já vêm de trás, de experiências</p>
---	---	---

	<p>sempre aqueles conhecimentos gerais que todos nós temos, mas é tudo um bocado adaptado, se calhar, aqui ao hospital, ao equipamento, ao material que nós temos.</p> <p>Mas acho que de certa forma são... não concordando com uma ou outra, mas são coisas pessoais, acho que é isto.</p> <p>Enf. A10 12: Ui! Isto é assim, olha, eu acho que ainda há muitas arestas a limar. Mas, nós temos que começar por algum lado, não é?! E... ehum... pronto, também não estou muito bem dentro desse assunto, mas acho que vamos chegar a bom porto.</p> <p>Enf C47 11: Eu acho que os protocolos e as normas são muito benéficos. Acho que orientam bastante o trabalho e no fundo dá para uniformizar um bocadinho mais o trabalho de cada colega.</p> <p>C 12: E como é que são construídos? Achas que a equipa participa na construção?</p> <p>Enf C47 12: Acho que sim, muitos dos protocolos e normas que são feitas resultam por vezes de acções de formação que os colegas fazem, e no final fazem uma norma. Eu acho que sim!</p> <p>Enf. C40 24: Como são criados? Já vêm todos criados.</p> <p>C25: Então não fizeste parte da sua construção?</p> <p>Enf. C40 25: Fiz parte nalguma discussão de normas, depois outros... como vocês dizem cá participei nalguma discussão de ideias entre todos, e depois alguém as compilou. Mas eu não fiz parte de nenhuma organização, assim sentados todos, isso não!</p> <p>Enf. D39 14: Ora, nós vamos criando protocolos para... todos os procedimentos que vão surgindo que nos lembramos, poderão questionar-nos sobre algum... “sobre este existe? Ah, realmente ainda não, talvez se pudesse, por lapso de memória, realmente não nos lembramos!” Temos a preocupação de protocolar, todos os procedimentos, e... a organização.</p>	<p>anteriores. “<i>Alguns deles já são muitos antigos</i>” (Enf. C50 18)</p> <p>Os alunos também colaboram na definição destes, porque quando passam pelo serviço detectam a falta de alguns ou discutem sobre alguns que não vão tão ao encontro da directrizes que lhes foram dadas, proporcionando momentos de discussão que poderão colmatar num pedido de reformulação de protocolo. “<i>Outros em colaboração dos enfermeiros com alunos que iam passando por aqui e detectavam a falta deste ou daquele protocolo (...)</i>” (Enf. C50 18).</p> <p>Podem resultar também de uma formação em serviço que foi preparada e apresentou como resultado final uma proposta para uma norma. “<i>(...) muitos dos protocolos e normas que são feitas resultam por vezes de acções de formação que os colegas fazem, e no final fazem uma norma.</i>” (Enf. C47 12)</p>
<p>Participação na definição (Categoria A.1.1.2)</p>	<p>Enf. C57 11: Pronto, uma pergunta que não tenho assim uma opinião muito definida, porque não vou muito a reuniões de serviço, e não me inteirei directamente dessa... qualidade.</p> <p>Mas acho que na qualidade, pelo que se vê as pessoas colaboram e pedem, com excepção de</p>	<p>O que referem em relação ao facto de participarem ou não na definição e construção dos protocolos é controverso. Isto é, alguns</p>

alguns colegas, mas não posso dizer assim com precisão.

Acho que as pessoas estão envolvidas no processo, mas eu não tenho ideia exacta.

Enf. C50 19: Olha, penso que só numa até agora, que eu me lembre de participar assim activamente penso ter participado só numa.

Enf. C50 20: É assim, os protocolos vão sendo reajustados, são dinâmicos. (...) Aqui no hospital passará tudo pelas nossas chefias, não é? Nós é que colocamos os nossos problemas, **ou o hospital cria protocolos e depois nós operacionalizamos muito do que é feito por eles. A maior parte da operacionalização é feita por eles, nós depois aplicamos e praticamos.**

Enf. C50 21: Não, acho que não! (sorriso)

Enf. C50 22: Olha acho que não, porque o que acontece é que as pessoas só desde que souberam que há este processo de acreditação, que vai exigir bastantes coisas deste hospital, não só de nós, mas de toda a gente. Umhas coisas vão ser novidade para nós, porque nós não fazemos ainda ideia do que eles vão exigir. Mas há outras coisas nos, sem vir para cá o processo de acreditação, sabemos que há coisas que aqui estão mal e já deviam ter sido resolvidas há mais tempo. E quer dizer vão-nos ser quase impostas, porque por nossa iniciativa poucas delas são feitas.

A maior parte dos funcionários vêem o processo de acreditação como algo mais institucional, a decorrer a nível das chefias e não como um processo que necessitaria do envolvimento de todos.

(...) Não estou a dizer todos, estou a falar no geral, 50% das pessoas, mas é muita gente 50%, não é? Mas acho eu é isso que acontece!

Enf. C5417: Os protocolos somos nós aqui no serviço, mas já estavam a ser feitos. Quando são protocolos fixos de determinados serviços específicos, como a gastro e assim, são eles que os fazem, e mandam-nos para cima. Outros protocolos somos nós que fazemos, em trabalhos de grupo ou assim, mas somos nós que fazemos.

Enf. C5418: Eu acho que todos nós gostamos de trabalhar bem em tudo, e isso influencia na qualidade (.). Não sei, não é uma opção de cada um, acho que cada um tenta fazer o melhor que

participam na discussão, dão sugestões e apresentam propostas, outros apenas os aceitam depois de formulados.

Não justificam porquê, referem apenas que estão desligados, assumindo algum desinteresse.

“(...) não tenho assim uma opinião muito definida, porque não vou muito a reuniões de serviço(...)” (Enf C57 11)

“Os protocolos somos nós aqui no serviço, mas já estavam a ser feitos. Quando são protocolos fixos de determinados serviços específicos, como a gastro e assim, são eles que os fazem, e mandam-nos para cima. Outros protocolos somos nós que fazemos, em trabalhos de grupo ou assim, mas somos nós que fazemos.” (Enf. C5417)

Há ainda os protocolos que são criados e definidos pelas chefias e direcção e que só lhes é dado conhecimento de que a partir daquele dia vai ser assim.

“(...) o hospital cria protocolos e depois nós operacionalizamos muito do que é feito por eles. A maior parte da operacionalização é

	<p>pode (**). Mas não sei se te respondi?!</p> <p>Enf. E60 28: (...) ehhh. Em alguns sim. Porque normalmente há um protocolo inicial em que é testado, chega-se a um produto pela experiência e pelos manuais que lê e com as pessoas com quem se fala, estabelece-se um protocolo para uma determinada situação. Muitas das vezes um protocolo é registado pela 1ª vez que é aplicado, é reajustado. Pode não ser reajustado se estiver bem.</p> <p>E muitos desses reajustamentos que aconteceram são sugeridos por nós: “Oh Dra. não era melhor reduzir ou aumentar a dose disto, não está bem assim, não se devia fazer ao contrário ou qualquer coisa...” Vá, ou então um protocolo que é para o doente ler ou leva, provavelmente, muitas vezes há pormenores que não estão bem explícitos e nós dizemos que é melhor trocar isto porque a pessoa não vai perceber, ou então isto não está bem, é melhor pôr assim. “Não somos nós que normalmente criamos os protocolos, porque é isso como te estava a dizer são muitos médicos, ok! E há uma responsabilidade maior deles, nós não temos sequer, que estar a mexer naquilo porque não somos nós que temos esse poder, digamos! Há pequenos pormenores que podemos e devemos falar se tiverem, se não concordarmos mas são pequenas alterações.</p> <p>Enf. C40 26: Eu acho que não deveriam de existir, nos outros são criados para nos facilitar “a vida”.</p> <p>C27: E como é que são postos em prática? Como é que vocês os conhecem?</p> <p>Enf. C40 27: É assim, eu estava numa ala e agora passei para outra, na que eu estava muitos deles já sei de cor, o que não é preciso passar a escrito temos apenas que alertar as pessoas que vêm de novas para dizer o que se fazia.</p> <p>Agora, passando para outra ala a que eu estou, algum protocolo do que já fazia esse aí já sabia, mas se não temos que aprender as normas.</p> <p>C28: E existem protocolos novos que vão surgindo, ou no geral não?</p> <p>Enf. C40 28: No geral não, acho que aquela ala está adequada e leva os doentes mais ou menos direitinhos, todos nos outros já sabemos o que temos que fazer.</p>	<p><i>feita por eles, nós depois aplicamos e praticamos.” (Enf C50 20)</i></p>
--	--	--

C29: Como profissional de saúde, até que ponto achas que os enfermeiros participam nessa definição dos protocolos aqui no hospital?

Enf. C40 29: Eu te digo, eu acho que forma criados por esta chuva de ideias, mais com a gente. Porque agora quando estamos fazendo, estamos implementando aí... também há por computador, e também se tem em conta o que a gente diz, sei lá coisas para mudar aqui, para mudar ali... sempre se vai modificando segundo isso.

C30: Então sentes que as pessoas estão envolvidas no processo?

Enf. C40 30: Sim.

Enf. D39 15: Essa foi sempre uma questão que me surgiu... é assim eu tenho consciência que nós participamos na definição de muitas estratégias, portanto que nos dizem respeito, da forma de funcionar e da organização dos serviços, mas acho que me faltou sempre, e ainda hoje continuo a sentir isso, é: "o que é que efectivamente os superiores têm como política, como... o que é que têm definido para nós fazermos, quais são os objectivos que eles têm?" A nós passa-nos mais, pela execução, hum, não tanto talvez de conhecer as necessidades, o levantamento das necessidades e depois chegar à execução. Se calhar um bocado isso, que sinto que falta um bocado a articulação entre os superiores que não será neste caso a chefe, mas ainda mais superiores. Acho que há ali qualquer coisa que nos falta.

Enf. B24 13: Os protocolos?! Os protocolos são sempre a mesma coisa, as pessoas fazem protocolos, normas e definições e acaba por passar o tempo... primeiro não tens tempo, tens muito trabalho com o doente, e depois não tens tempo nem vontade para estar com isso.

Porquê não fazer em casa?! Não, eu não tenho vida em casa para estar com essas coisas. E depois não estamos muito motivadas, não existe muito interesse para nos motivar.

C14: E achas que os teus colegas participam?

Enf. B24 14: Sim, participar sim, mas é o que disse a falta de tempo elimina o resto, e a motivação.

<p>Envolvimento no processo da acreditação (Categoria A.1.1.3)</p>	<p>Enf. E60 29: (Ehhh) (...) Eu acho que há uma responsabilidade, percebes?! Em cada um mais ou menos, mas envolvimento directo em termos do hospital, não te sei dizer. No serviço sinto que há, tenta-se fazer as coisas e perceber como se deve perceber as coisas correctamente, nesse sentido, não é?! De se exigir agora o que se tem a exigir, e pedir o que se tem a pedir para que as coisas funcionem, mas não te sei dizer se a equipa... se me perguntares, se a equipa que está responsável por organizar as coisas em termos de acreditação, eu não te sei dizer se está a funcionar ou não! Portanto, sinto-me deslocado dessa equipa, entre vários serviços, vá lá não sei se está a funcionar ou não, sinto-me deslocado disso, ok! Mas também seria complicado envolver, sei lá 1000 funcionários, por exemplo, nisso tudo, claro que não! Há um responsável que sempre que há alguma necessidade, comunica ao serviço e diz: “Olha, temos que ver isto ou aquilo”, então o serviço desenvolve, analisa e estuda e prevê e propõe depois. Pronto, há isso e isso acontece! Mas, mais do que isso, quer dizer, acho que é assim que as coisas têm que funcionar. O responsável da equipa chega cá e transmite, avaliam-se e tornam-se medidas e depois as coisas desenvolvem-se.</p> <p>Enf. A10 18: Eu acho que devem haver enfermeiros pontuais, porque eu penso que na medicina estará o enfermeiro Enf. A01, e pouco mais ligado a esse processo. É lógico que eu acho que vai englobar todos nós em termos desses pormenores, mas acho que para já, não. Mas de facto existem muito poucos enfermeiros metidos nesse processo.</p> <p>C19: Achas que contribuis para o processo, mesmo não fazendo parte de um grupo de trabalho?</p> <p>Enf. A10 19: Eu acho que sim, porque... eu acho que sim, caramba, possa quer dizer, estou cá a trabalhar, tento dar o meu melhor, tento seguir as linhas que nos são fornecidas por todos, e pelo enfermeiro director, as coisinhas que ele gosta que... tento prestar bons cuidados e qualidade... já não se preocupam com a quantidade mas sim com a qualidade. Eu acho que faço parte disso. (entrevista interrompida por 1 minuto devido a um telefonema)</p> <p>Enf C47 15: (Risos) Mais ou menos.</p> <p>Enf. C40 31: (.....) Eu acho que para já a gente pensa na acreditação, vê como uma</p>	<p>As opiniões acerca do envolvimento que os enfermeiros têm no processo de acreditação são claramente diferentes, notando-se essa mesma diferença dependendo da ala em que se encontrem, o que nos leva a pensar que soa influenciados pelo trabalho de supervisão a que estão sujeitos.</p> <p>Todos concordam que devem estar envolvidos, pois são os responsáveis directos pelos cuidados, no entanto nem todos conseguem visualizar o seu contributo directo para todo o processo.</p> <p>A acreditação é vista como uma responsabilidade, clara para todos, mas sem conhecimento se têm um envolvimento directo – <i>“Eu acho que há uma responsabilidade, (...) mas envolvimento directo em termos do hospital, não te sei dizer.”</i> (Enf E60 29)</p> <p>Referem que as actividades que desenvolvem deixaram de ser vistas em termos de quantidade e começaram a ser vistas pela qualidade – <i>“(...) Estou cá a trabalhar, tento dar o meu melhor, tento seguir as linhas que nos são fornecidas por todos, e pelo</i></p>
--	--	---

	<p>inimigo... eu acho que é vista como um inimigo, é algo que temos que fazer e que a maioria da gente já faz, mas que agora como está é como se fossemos obrigados a fazer uma coisa que já estávamos a fazer.</p> <p>C32: Vocês foram avisados que o hospital ia ser acreditado? E foram só avisados ou convidados a participar em todo o processo?</p> <p>Enf. C40 32: Eu acho que existe falta de informação.</p> <p>C33: E essa falta de informação proveniente de onde?</p> <p>Enf. C40 33: Deve ser assim decima para baixo. Ficou algures... eu soube que vinha deviam ser 2 dias antes ou assim. Mas também não mudei nada do que já estava a fazer.</p> <p>Enf. C40 18: Eh! Eu penso que não, que é levado com muito pouca seriedade, porque eu penso que uma das questões é essa, é que aquilo que nos é passado, a formação que nos fazem não é nenhuma, e então acho que a equipa não percebe a importância da acreditação (riso)</p>	<p><i>enfermeiro director, as coisinhas que ele gosta que... tento prestar bons cuidados e qualidade... já não se preocupam com a quantidade mas sim com a qualidade.” (Enf A10 19)</i></p> <p>Mesmo assim, a falta de informação, de esclarecimento sobre a importância do processo, o não convite a participarem nos trabalhos leva-os a posicionarem-se com algum distanciamento no processo – <i>“Eu acho que existe falta de informação (...)Deve ser assim decima para baixo (...)Eu penso que não, que é levado com muito pouca seriedade, porque eu penso que uma das questões é essa, é que aquilo que nos é passado, a formação que nos fazem não é nenhuma, e então acho que a equipa não percebe a importância da acreditação.” (Enf C40 33)</i></p>
--	--	--

Domínio A.1.2: Formação dada em termos de qualidade

Questão: Qual é a formação dada aos profissionais em termos de qualidade?

Os alunos que vais recebendo encontram neste campo de estágio um hospital em processo de acreditação. Eles têm formação e conhecimentos sobre essa dinâmica instituintes?

<p>Aos profissionais (Existe) (Categoria A.1.2.1)</p>	<p>Enf. C57 12: É assim, formação em matéria de qualidade, qualidade, pode ser uma opinião falsa, mas acho que não é muita. Cria-se formação em serviço, e se calhar para criar protocolos, mas com o tema qualidade, não existe. Pode estar um bocadinho subjacente penso que as pessoas não têm consciência disso. No fundo a formação é para trabalhar para a qualidade, mas assim com o termo qualidade...</p> <p>C13: O que pretendia saber com a questão era se, por exemplo, te foi dada formação específica sobre este processo de acreditação?</p> <p>Enf. C57 13: Informalmente?</p> <p>C14: Sim, informalmente! Pelos supervisores, pela chefe, pelos directores...</p> <p>Enf. C57 14: Pela chefe, e pelos colegas que depois estão mais em contacto com a chefe, acho que foram sempre dadas essas indicações. Estamos a falar, por exemplo de triagem dos lixos, que é um indicador da qualidade, registo de quedas, análise de úlceras de pressão... mas pronto, isso também são coisas que já vão descendo e depois é passado, o que nos faz pensar que é um indicador para a qualidade.</p> <p>C48: Há pouco referiste que não te encontras muito por dentro do que se passa neste processo de acreditação. Gostarias de estar mais?</p> <p>Enf. C54 48: Sim, de qualquer forma quando recebemos o recibo de vencimento vem junto uma folhinha acerca da acreditação e nós vamos sabendo. Só que as coisas ainda estão muito em construção. Acho que eles também não querem dar muito a conhecer por isso mesmo, porque ainda está tudo a formar-se muito. Eles escrevem mesmo para dar informação, parece haver uma preocupação em informar todas as pessoas do hospital e eles escrevem a explicar que</p>	<p>Quando questionados acerca da formação que é dada aos profissionais em termos de qualidade, as opiniões dividem-se.</p> <p>No início de todo o processo, alguns referem que tiveram uma reunião com a enfermeira chefe onde se abordou a questão da acreditação e se traçaram os caminhos a percorrer.</p> <p>Ao mesmo tempo, alguns referem que desde há algum tempo é dada formação em termos de indicadores de qualidade, como é o caso das triagem do lixo, a importância dos registos (por exemplo o de quedas)...</p> <p>Uma forma que encontraram de dar a (in)formação é através de um documento mensal que vem anexado ao recibo de vencimento, com informação exclusiva do desenvolvimento do processo de acreditação. Apesar de não se ruma prática com início no</p>
---	--	---

	<p>tipo de trabalho estão a ser feitos, mas como as coisas ainda não têm um produto final, se calhar por isso também não nos mostram isso. Mas, senti preocupação nos recibos de vencimento, nos textos que são de pessoas que trabalham na acreditação.</p> <p>C49: E esses recibos têm vos sido dados desde sempre, ou seja, desde que começou, ou...</p> <p>Enf. C5449: Não, não. Não foi desde que começou. Quando começou a acreditação não houve a informação inicial, mas depois sim, eles começaram, já não me recordo à quanto tempo, a fazer isso.</p> <p>C15: E tiveste alguma formação nesse sentido? Alguma informação formal que se iniciar um processo de acreditação?</p> <p>Enf. A10 15: Eu acho que isso foi mesmo dado por escrito e eu deixei um bocadinho de lado (riso). Se calhar acomodei-me um bocado à espera que surgisse, ou que... e não procurei informação.</p> <p>C17: E tens conhecimento do que estão a fazer?</p> <p>Enf. A10 17: Não, estou muito verde nesse parâmetro.</p> <p>C 14: Tiveste alguma formação formal em relação ao processo de acreditação?</p> <p>Enf C47 14: Tivemos uma espécie de reunião, com a chefe, onde ela explicou o que é que ia acontecer, como iria ser, o que se pretendia.</p> <p>C 21: Como e qual a formação que têm no âmbito da qualidade?</p> <p>Enf C47 21: (silêncio) Os protocolos?! Temos (..) Sei lá! (..) Temos (.) qualidade(..) Eu não sei dizer, muito bem, mas a minha opinião, além de termos as normas instituídas, que no fundo foram classificadas pela administração, como as ideais para nós, temos a chefe que as vai controlando e ver se as percebemos ou não.</p> <p>E temos em suporte de papel que na minha opinião é muito importante. Também é importante, nós (.) fazermos uma avaliação inicial do doente, fazermos registos disto e daquilo, das situações que acontecem.</p> <p>Nós cá temos folhas próprias para tudo isso o que obriga a compreender todos esses parâmetros.</p>	<p>começo do processo, é algo que marca o desenvolvimento desta fase de implementação.</p> <p>Mesmo nomeando estas fontes atrás referidas como formas de (in)formação a pouca certeza na resposta mostra que apesar de terem existido algumas formas de divulgação, estas mesmo não trazem a solidez que procuravam para o envolvimento no processo.</p>
--	---	--

	<p>C35: Vocês têm tido formação em matéria de qualidade?</p> <p>Enf. C40 35: Estamos agora outra vez com formações, é verdade, há formações para evitar riscos, para evitar essas coisas que sempre há.</p> <p>C36: A nível hospitalar ou do serviço?</p> <p>Enf. C40 36: Temos formações do serviço que normalmente não costumam vir com coisas da qualidade, mas do hospital sim.</p> <p>C11: Sabes que o hospital está a ser acreditado, vocês tiveram formação específica?</p> <p>Enf. B24 11: Nós falamos de qualidade, mas foi muito curta e já foi há muito tempo, e há muito a recordar. Eu lembro que explicou os critérios para a acreditação gerais e concretos, porque o hospital tem que cumprir uma série de critérios de qualidade, e isso nós traçamos os objectivos para cada área, e a minha participação passa por esse tipo.</p>	
<p>Aos profissionais (Não existe) (Categoria A.1.2.2)</p>	<p>Enf. C50 14: Ehum (..) Ora bem, foi pela palavra corrente aqui no hospital. E depois claro mais (..) propriamente pela nossa chefe. Não sei se houve alguma formação. Quer dizer, houve distribuição de documentação explorativa acerca da “acreditação”, com mais ou menos as etapas, os objectivos... que estavam a ser feitos, andou aqui a comissão e vimos o que é que se passava. É mais ou menos por aí!</p> <p>C23: Tu há pouco disseste que tiveram de certa forma uma formação em matéria de qualidade, onde informaram que o hospital ia ser acreditado. (interrompeu)</p> <p>Enf. C50 23: Ehum, ehum!</p> <p>C24: E agora é-vos dada alguma formação?</p> <p>Enf. C5024: Não, neste momento tenho ideia de que isto passa um bocado por fora.</p> <p>Mas eu do que sei, está assim numa situação... eu vou-te explicar a ideia que eu tenho desta situação: Foi feita a avaliação inicial, vieram cá e viram tudo e mais alguma coisa (..) entretanto, não sei se estão em estudo, se estão em formação ou não. E depois a minha ideia é que virão cá com uma resposta final e que nos será exigido... ou se calhar não, ser-nos-à exigido isto, isto ou aquilo e só aí é que haverá a resposta final.</p>	

Mas neste momento é a ideia que está assim um bocadinho...

C20: Achas que, independentemente de desenvolverem um trabalho de qualidade, os elementos da equipa se sentem envolvidos no processo de acreditação? Vocês tiveram formação específica nesse sentido?

Enf. C5420: Para qualidade a nível do serviço não. Falamos em qualidade ligada ao nosso trabalho, directamente para os cuidados, aí sim. Não qualidade... esse tipo de coisas não sei.

C16: Tiveste formação nesse sentido?

Enf. E60 16: Não.

C30: Então vocês acabam por ter formação ao âmbito do processo da qualidade dada por alguém que está directamente ligada a vocês, é isso?

Enf. E60 30: Eu não te posso dizer formação de análise de qualidade, não consideraria isso! Há alguém que está a ver isso e diz, olha nós precisamos disto assim e disto. Depois essa pessoa vem cá ao serviço, sendo essa pessoa parte do serviço, chega cá e diz, faz uma análise e depois diz assim: "Olha, era melhor ver isto, porque vamos ter que responder a isto, e aquilo e acolá outro. Estes objectivos!

C16: Foi vos dada alguma formação nesta área? Ou está a ser-vos dada alguma formação na área da qualidade, do processo de acreditação?

Enf. D39 16: Não, eu pessoalmente, não... acho que até hoje não tive nenhuma formação sobre isso no hospital.

C17: Como soubeste que o hospital estava a ser acreditado?

Enf. D39 17: Hummm, de uma forma caricata. (Risos) A primeira situação foi limpar serviço e arranjar aí umas coisitas que estavam menos correctas porque vinham fazer uma visita (riso). Isso foi assim, exactamente a noticia. Depois a parte digamos que a seriedade deste acto, hum, foi-me depois dado a conhecer e tive a oportunidade de o estudar, porque entretanto fiz o complemento, logo a seguir, e então aí sim, falei seriamente do assunto e percebi o que é que isto significava para todos.

	<p>Enf. C5427: Não sei se têm, porque nunca os ouvi a falar sobre isso, mas acho que sim acho que deveriam ter.</p> <p>Enf. C50 31: Não. Eu estou a falar muito hoje em dia, porque vou terminar um estágio amanhã, e estou a falar-te destes alunos com quem estou – posso estar a esquecer-me de outros, mas, eu penso que não tem. Eles não têm noção que o hospital está em processo de acreditação.</p> <p>Enf. B24 21: Primeiro acho que os professores das universidades deveriam conhecer a realidade dos hospitais, virem cá e verem como realmente se fazem as coisas, e só depois a acreditação. Saber a acreditação da qualidade sem saber o outro para mim não tem interesse!</p>	
--	--	--

<p>Formação aos alunos (Categoria A.1.2.13)</p>	<p>Enf. B21 15: Acho que no fundo eles não sabem o que é. Ou se alguns, assim já numa fase mais avançada de ensino, já têm noção de qualidade, dos processos que há, a ISO e daquelas tretas todas que eles vão dando (...) mas, eu acho, também, que eles estão demasiado preocupados às vezes com o estágio deles. Mas não acho que seja impossível eles entrarem no processo, e sabes porquê?! Porque eles nunca estão sozinhos, agora, o enfermeiro que está com eles tem que já tem que estar dentro o processo para os integrar a eles, e isso é que vai ser difícil, estás a perceber?</p> <p>Mas é como tudo, tu chegas ao serviço e adaptas-te à forma de funcionamento do serviço. Eu fiz estágios em que havia unidoses, e estágios em que não havia, eram cartõezinhos e uma pessoa tinha que se adaptar ao serviço. Se aqui há um processo de acreditação, se há X protocolos a cumprir eles têm que se integrar aqui, e isso no fundo não é impossível, eles estão num nível superior de ensino e isso acho que conseguem fazê-lo, apesar de ser difícil porque estão centrados nos objectivos deles, nos estágios e não sei o quê...</p> <p>Enf. A01 37: Eu acho que é o melhor local para fazer um estágio.</p> <p>Enf. A01 38: Depende... não. Depende das universidades o nível de preparação dos alunos, no mesmo ano, no mesmo nível de ensino é completamente diferente de umas universidades para</p>	<p>Quando se questionou os enfermeiros em relação às suas percepções sobre ao tipo de formação que é dada aos alunos em termos de qualidade, a maioria refere que os alunos vêm para o hospital sem noção do que é a acreditação, ou as implicações do processo.</p> <p>Alguns acrescentam que deverá partir da escola determinadas noções importantes no desenvolvimento deste processo, como é o caso, por exemplo da triagem dos lixos.</p> <p>De qualquer forma reconhecem que a função deles é integrá-los e orientá-los no serviço. E se as políticas de qualidade fazem parte da dinâmica deste, com, por exemplo, os protocolos e afins, então a orientação e</p>
---	---	---

	<p>as outras.</p> <p>Enf. A01 40: Era, era. Compete às universidades implementar, lançar as “sementes” da qualidade. Com alguma frequência, e agora posso-te dar um exemplo, mas que não podes dizer de onde é (risos). Por vezes, há alunos que nem sequer têm a noção por exemplo da triagem do lixo, nem qual é a importância da triagem do lixo. E são coisas básicas que deviam ser dadas logo do início, porque eles já produzem lixo desde o primeiro dia que estão em estágio ou até na própria universidade no laboratório. Devia ser uma coisa obrigatória. Mas depende um bocado do sítio de onde vêm.</p> <p>Enf. A10 26: Eu acho que eles não devem saber, ehum, e também acho que não iriam dar muita importância porque normalmente nós recebemos... pronto à excepção daqueles que fazem o estágio intensivo cá, os que vêm agora, que estão no 2º ano, eles querem é fazer o estágio deles, não... estão um bocado esquecidos da instituição, do hospital em si... eles querem é fazer a prática clínica deles, é o mais importante para eles, acho que eles não conseguem interiorizar mais nada. Portanto, eu acho que é um pormenor que lhes escapa.</p> <p>Enf. D39 24: Olha, isso se calhar até é uma questão interessante, porque é assim, eu poderia pensar que o ensino de enfermagem, agora de repente fez-me lembrar que o ensino de enfermagem fazia muito sentido se fosse feito (...) assim quase como a semelhança dos médicos, que têm uma ligação muito específica a um hospital, onde, que as referências são sempre aquele hospital, podem precisar de fazer um ou outro estágio, mas a ideia que eu tenho, também não sou grande conhecedora da carreira médica e pronto do curso, mas tenho essa sensação. Porque em relação a muitas técnicas, a muito, a muitas formas de tratar existe um bocado a escola de Coimbra, a escola do Porto, a escola de Lisboa, portanto ouvi sempre essas referências.</p> <p>Mas eu penso que se calhar a enfermagem poderia passar um bocadinho por isso, porque efectivamente nós sabemos que há muitas formas de executar, umas melhores e outras piores, se calharem nem melhor nem piores, formas diferentes e se calhar para um aluno deve ser muito complicado, como nós sabemos, aprender umas técnicas e depois virem na prática e verem outra,</p>	<p>acompanhamento que dão aos alunos tem que contemplar isso.</p>
--	---	---

	<p>que não deixam de, não sendo errada, é diferente, mas para ele quem está em formação é um bocado complicado e se calhar uma questão de dizer é que realmente isto no poderia fazer pensar: então como poderíamos resolver esta questão?! Eu sei que eles vão passar por muitos hospitais, vão fazer estágios em muitos hospitais, hum, de que forma é que eles, será difícil, se calhar, eles tomarem conhecimento de tudo deste hospital e depois a seguir e para outro e voltar a tomar conta de tudo, serem capazes de assimilar aquilo tudo, não sei como é que isso, é capaz de ser importante, não é?! Mas eu penso que será uma tarefa difícil para eles... agora articular isto tudo, não sei! (Risos)</p>	
--	---	--

<p>Formação previa? (categoria A.2.3.1)</p>	<p>Enf. C50 31: Não. Eu estou a falar muito hoje em dia, porque vou terminar um estágio amanhã, e estou a falar-te destes alunos com quem estou – posso estar a esquecer-me de outros, mas, eu penso que não tem. Eles não têm noção que o hospital está em processo de acreditação.</p> <p>Enf. C5427: Não sei se têm, porque nunca os ouvi a falar sobre isso, mas acho que sim acho que deveriam ter.</p> <p>Enf. B21 15: Acho que no fundo eles não sabem o que é. Ou se alguns, assim já numa fase mais avançada de ensino, já têm noção de qualidade, dos processos que há, a ISO e daquelas tretas todas que eles vão dando (...) mas, eu acho, também, que eles estão demasiado preocupados às vezes com o estágio deles. Mas não acho que seja impossível eles entrarem no processo, e sabes porquê?! Porque eles nunca estão sozinhos, agora, o enfermeiro que está com eles tem que já tem que estar dentro o processo para os integrar a eles, e isso é que vai ser difícil, estás a perceber?</p> <p>Mas é como tudo, tu chegas ao serviço e adaptas-te à forma de funcionamento do serviço. Eu fiz estágios em que havia unidoses, e estágios em que não havia, eram cartõezinhos e uma pessoa tinha que se adaptar ao serviço. Se aqui há um processo de acreditação, se há X protocolos a</p>	<p>A maioria dos actores entrevistados são da opinião de que os alunos não têm formação no âmbito do processo de acreditação (normas, protocolos...), alguns nem sabem que o hospital está a ser acreditado (ou o que é isso).</p> <p>No entanto, um enfermeiro é da opinião que os alunos têm os conhecimentos mínimos. É de referir que esse enfermeiro se encontra ligado a uma universidade e participa directamente na definição dos planos curriculares.</p>
---	---	--

cumprir eles têm que se integrar aqui, e isso no fundo não é impossível, eles estão num nível superior de ensino e isso acho que conseguem fazê-lo, apesar de ser difícil porque estão centrados nos objectivos deles, nos estágios e não sei o quê...

Enf. A01 37: Eu acho que é o melhor local para fazer um estágio.

C38: Mas achas que eles vêm conscientes que o hospital está em processo de acreditação, já conhecem os protocolos...?

Enf. A01 38: Depende... não. Depende das universidades o nível de preparação dos alunos, no mesmo ano, no mesmo nível de ensino é completamente diferente de umas universidades para as outras.

Enf. A10 26: Eu acho que eles não devem saber, ehum, e também acho que não iriam dar muita importância porque normalmente nós recebemos... pronto à excepção daqueles que fazem o estágio intensivo cá, os que vêm agora, que estão no 2º ano, eles querem é fazer o estágio deles, não... estão um bocado esquecidos da instituição, do hospital em i... eles querem é fazer a prática clínica deles, é o mais importante para eles, acho que eles não conseguem interiorizar mais nada. Portanto, eu acho que é um pormenor que lhes escapa.

Enf. D39 24: Olha, isso se calhar até é uma questão interessante, porque é assim, eu poderia pensar que o ensino de enfermagem, agora de repente fez-me lembrar que o ensino de enfermagem fazia muito sentido se fosse feito (...) assim quase como a semelhança dos médicos, que têm uma ligação muito específica a um hospital, onde, que as referências são sempre aquele hospital, podem precisar de fazer um ou outro estágio, mas a ideia que eu tenho, também não sou grande conhecedora da carreira médica e pronto do curso, mas tenho essa sensação. Porque em relação a muitas técnicas, a muito, a muitas formas de tratar existe um bocado a escola de Coimbra, a escola do Porto, a escola de Lisboa, portanto ouvi sempre essas referências.

Mas eu penso que se calhar a enfermagem poderia passar um bocadinho por isso, porque

	<p>efectivamente nós sabemos que há muitas formas de executar, umas melhores e outras piores, se calhares nem melhor nem piores, formas diferentes e se calhar para um aluno deve ser muito complicado, como nós sabemos, aprender umas técnicas e depois virem na prática e verem outra, que não deixam de, não sendo errada, é diferente, mas para ele quem está em formação é um bocado complicado e se calhar uma questão de dizer é que realmente isto no poderia fazer pensar: então como poderíamos resolver esta questão?! Eu sei que eles vão passar por muitos hospitais, vão fazer estágios em muitos hospitais, hum, de que forma é que eles, será difícil, se calhar, eles tomarem conhecimento de tudo deste hospital e depois a seguir e para outro e voltar a tomar conta de tudo, serem capazes de assimilar aquilo tudo, não sei como é que isso, é capaz de ser importante, não é?! Mas eu penso que será uma tarefa difícil para eles... agora articular isto tudo, não sei! (Risos)</p> <p>Enf. B24 21: Primeiro acho que os professores das universidades deveriam conhecer a realidade dos hospitais, virem cá e verem como realmente se fazem as coisas, e só depois a acreditação. Saber a acreditação da qualidade sem saber o outro para mim não tem interesse!</p>	
<p>Formação a dar? (categoria A.2.3.2)</p>	<p>Enf. C5032: A esse nível sim. Agora não sei que interesse prático teriam eles ao terem conhecimento dessa situação, a não ser a esse nível, de virem com as normas e protocolos mais interiorizados para não chegarem aqui e não haver muitas vezes um desfazamento entre o que eles sabem e o que nós exigimos, o que eles supostamente aprenderam e o que nós estamos a ensinar, e para não haver muita diferença.</p> <p>Enf. C5427: Não sei se têm, porque nunca os ouvi a falar sobre isso, mas acho que sim acho que deveriam ter.</p> <p>C39: Mas achas que era importante eles terem formação...</p> <p>Enf. A01 39: Relativamente à qualidade?</p>	<p>Quanto à formação são ainda da opinião que apesar de não terem pelo menos com os conhecimentos mínimos deveriam vir para o estágio. Isto de conhecimentos mínimos significa virem com ideia das principais normas e protocolos instituídos, para não se sentir tanto o “<i>desfazamento entre o que eles sabem e o que nós exigimos</i>” (Enf C50 32)</p>

	<p>C40: Sim, pelos menos terem os conhecimentos mínimos?</p> <p>Enf. A01 40: Era, era. Compete às universidades implementar, lançar as “sementes” da qualidade. Com alguma frequência, e agora posso-te dar um exemplo, mas que não podes dizer de onde é (risos). Por vezes, há alunos que nem sequer têm a noção por exemplo da triagem do lixo, nem qual é a importância da triagem do lixo. E são coisas básicas que deviam ser dadas logo do início, porque eles já produzem lixo desde o primeiro dia que estão em estágio ou até na própria universidade no laboratório. Devia ser uma coisa obrigatória. Mas depende um bocado do sítio de onde vêm.</p>	
--	--	--

Domínio A.1.3: Rotatividade?

Questão: Consideras que essa rotatividade para os cuidados que prestas ao doente tem alguma influência no trabalho?

<p>Importância de conhecer várias realidades (Categoria A.1.3.1)</p>	<p>Enf. C57 37: Não. Primeiro porque aqui as alas estão definidas por espaço, mas, na realidade, não estão diferenciadas por especialidades... (fomos interrompidos por uma colega, para informar da situação de um doente) Como estava a dizer as patologias diferem entre alas, têm alguma especificidade, mas depois também tem haver com a necessidade do serviço vai sempre tendo vários doentes. É por isso que eu acho que este serviço é bom em relação a outros hospitais, que têm a medicina interna num serviço, gastro noutra, pneumologia noutro, oncologia, na maioria nem é no hospital, é no IPO... a nível dos grandes centro.</p> <p>Aqui temos tudo que é especialidades médicas juntas, e por isso eu gosto de estar aqui, e venho para mesmo com o cansaço físico que sinto, principalmente porque trabalho num serviço específico noutro lado, e aqui tenho mais esta coisas de rotatividade de pensar em tudo o que é doente. E aqui, pronto, esforço-me para ter conhecimentos de todas as áreas...</p> <p>Rodo, é ótimo! Pronto, acho que as pessoas deviam rodar, tendo sempre consciência do que estão a fazer, e quando tiverem dúvidas não arriscarem... mas acho que é muito bom tanto para o serviço, como a nível pessoal.</p> <p>C69: Portanto estás a dizer que foi importante a experiência que tivestes nos diferentes contextos, para a tua formação, no fundo? Aconselhas as pessoas manterem-se no serviço bastante tempo ou a rotatividade?</p> <p>Enf. A01 69: Sim, a experiência sim. Não, é aconselhável a rotatividade se for demasiado rápida, as pessoas têm que assimilar e adquirir conhecimentos e sedimentá-los. E quando eles estiverem bem sedimentados, então mudar e começar a ver outra coisa, outros horizontes, evoluir.</p> <p>C70: Dentro do mesmo hospital ou...</p> <p>Enf. A01 70: Dentro do mesmo hospital ou noutros hospitais, se possível. Portanto essa</p>	<p>Um enfermeiro referiu numa resposta que deu que não gosta de mudar de ala porque são patologias diferentes, e a própria estrutura física dos serviços o baralha, tornando o seu trabalho mais susceptível a erros.</p> <p>Uma outra opinião colhida refere-nos que apesar de existir alguma especificidade na divisão das alas por patologias, na maior parte do tempo depende das necessidades do serviço nomeadamente da taxa de ocupação. O que na sua opinião não interfere com o seu trabalho negativamente, pelo contrário, o facto terem todas as especialidades médicas é <i>“muito bom tanto para o serviço, como a nível pessoal”</i> (Enf C57 37).</p> <p>Mas a experiência que têm de rotatividade não se passou apenas dentro do serviço, um dos enfermeiros já teve a experiência de ter estado noutro hospital fora do país e refere que a visão com que veio de lá fez perceber que a prestação de cuidados de qualidade não é uma utopia, mas pode ser uma</p>
--	--	--

	<p>rotatividade entre hospitais é cada vez mais difícil, de um hospital para outro. Mas eu acho que seria sempre uma mais valia. Até troca de profissionais - trocaram: olha agora emprestem-nos aí 4 enfermeiros. O hospital de Santo António emprestar ao da Feira e o da Feira emprestar ao Santo António, durante um ano, dois anos, para trocaram experiências e verem coisas novas.</p> <p>C71: Tu já trabalhaste noutros hospitais, inclusive fora do país. Achas que foi uma experiência gratificante aconselhável a outras pessoas... como sentes a experiências?</p> <p>Enf. A01 71: (riso) É assim foi uma experiência excelente, quando eu fui para lá, a saúde em Portugal não era o que é hoje. Eu fui para lá há 16 anos, e na Suíça trabalhávamos como vem nos livros... e depois está tudo muito bem organizado... é diferente. E dentro da Suíça trabalhei em duas instituições, mas principalmente numa que foi um hospital cantonal e trabalhei em vários serviços... em 3 serviços mais concretamente.</p> <p>Trabalhei numa ortopedia, medicina e cirurgia infectada. Portanto, deu-me uma visão mais ou menos como funcionava cada uma das áreas médica e cirúrgicas. Depois trabalhei na saúde pública, trabalhei aqui, trabalhei na hemodiálise, ligado ao ensino... pronto... acho que se as pessoas pudessem ir fazer um estágio a um outro país seria o ideal, excelente.</p> <p>E se puderem associar isto a um bom salário, melhor ainda! (risos)</p> <p>C29: O que achas do trabalho que desenvolves? É cansativo estar entre duas alas? Tens apoio necessário?</p> <p>Enf. C5429: Eu gosto muito de estar nesta ala. Na pneumologia há poucas pessoas integradas nesse serviço, e vou porque tenho mesmo que ir, mas não é o que eu gosto. Mas gosto imenso de estar na Medicina, é muito gratificante, e apesar do cansaço gosto do que faço. Mas é dentro do meu horário daqui de cima.</p> <p>C30: Mas, vais para um serviço completamente diferente?</p> <p>Enf. C5430: Sim, completamente.</p> <p>C31: Porque é que os colegas da gastro apenas estão lá em baixo e também fazem parte deste</p>	<p>realidade “na Suíça trabalhávamos como vem nos livros... e depois está tudo muito bem organizado” (Enf A01 71)</p> <p>Daí que sugere como mais valia para melhorar a <i>performance</i> dos cuidados prestados pelos enfermeiros o “empréstimo” destes por curtos períodos a outros hospitais e vice-versa, num género de intercâmbio.</p>
--	---	---

	<p>serviço?</p> <p>Enf. C5431: Porque durante o internamento quando os doentes precisam do exame eles sobem cá para cima e como há uma interligação entre os dois serviços a chefe é a mesma. Como é um serviço muito específico, e mesmo os médicos desse serviço, não querem muita gente. E é por isso que temos que vir nós.</p> <p>C32: E vocês já conhecem os médicos?! Já trabalham em equipa cá em cima, continuando o trabalho de equipa lá em baixo.</p> <p>Enf. C5432: Sim, sim.</p> <p>C 17: Para além do internamento, fazes parte do grupo responsável pelas consultas externas, como e por que é que se formou a partir deste serviço as consultas externas de medicina? Tem alguma coisa haver com o processo de acreditação? Foi um projecto vosso?</p> <p>Enf C47 17: Não, não tem nada a ver com a acreditação. As consultas de diabetes sempre foram abordadas pelo serviço de medicina e por questões organizacionais a chefe decidiu que iriam ser dinamizadas apenas por uma ala, e... deu-nos a escolher. E, foi por isso.</p> <p>C 18: Então as consultas existem desde que o hospital abriu?</p> <p>Enf C47 18: Mais ou menos. Penso que sim!</p> <p>C 19: E foste integrada nessas consultas?</p> <p>Enf C47 19: Sim, o suficiente também!</p>	
<p>Importância do enfermeiro de horário fixo (Categoria A.1.3.2)</p>	<p>C 46: Achas que é importante existir um enfermeiro de horário fixo?</p> <p>Enf C47 46: Acho.</p> <p>C 47: Por que é que tens essa opinião?</p> <p>Enf C47 47: Porque é uma pessoa que está todos os dias no serviço e que vai saber de algumas coisas que as pessoas que estão por turnos lhes escapa. Porque é que aquele exame não foi marcado? Porque é que faltaram aqueles antibióticos naquele sítio?</p> <p>Alguém que controla a medicação do stock, alguém que tem uma visão geral de todos os</p>	<p>Se por um lado a rotatividade é positiva, por outro a existência de um enfermeiro de horário fixo, que conheça o serviço melhor do eu ninguém, de forma a gerir a informação de todos os dias que poderá não ser passada em tempo útil, é considerada uma mais valia –</p>

	<p>doentes, porque, não tendo doente nenhum, no fundo é responsável por eles todos, e acaba por ter outras responsabilidades. Eu acho que é muito importante!</p>	<p><i>“Alguém que controla a medicação do stock, alguém que tem uma visão geral de todos os doentes, porque, não tendo doente nenhum, no fundo é responsável por eles todos, e acaba por ter outras responsabilidades. Eu acho que é muito importante!” (Enf C47 47)</i></p>
--	---	--

Domínio A.1.4: Relações Qualidade-Supervisão

Questão: Que importância tem o processo da supervisão clínica para o processo de acreditação?

<p>Estão directamente relacionadas) (Categoria A.1.4.1)</p>	<p>Enf. A01 26: Acho fundamental, se não houver supervisão, a todos os níveis, penso que não há nenhum processo de acreditação que possa resistir.</p> <p>Enf. B24 15: Eu acho que a supervisão é importante para tudo, para uma boa qualidade. Eu acho que é importante uma pessoa que coordene, porque tu com o dia-a-dia, com as rotinas, com as pressas, passa-te certas coisas, ou não podes prestar atenção a tudo.</p> <p>Enf. A01 26: Acho fundamental, se não houver supervisão, a todos os níveis, penso que não há nenhum processo de acreditação que possa resistir.</p>	<p>A supervisão e a qualidade são conceitos que viajam sempre acompanhado um pelo outro. Na opinião dos actores que entrevistei, não se consegue iniciar uma viagem de implementação de um sistema de gestão pela qualidade, sem já ter um sistema de supervisão implementado.</p> <p>Apesar não serem eles que decidirem a directrizes quando questionados sobre a importância que um processo tem sobre o outro, as categorias que fizeram imergir qualificaram bem essa importância – “<i>Acho fundamental, se não houver supervisão, a todos os níveis, penso que não há nenhum processo de acreditação que possa resistir</i>” (Enf. A01 26).</p>
<p>Melhora Práticas devido aos protocolos (Categoria A.1.4.2)</p>	<p>Enf. C57 15: Bem, a supervisão clínica, como já foi dito, com toda a sua componente, vai haver uma universalização dos cuidados, e vão ser mais universais devido à existência dos protocolos. Ao aplicar os protocolos, e se os protocolos estão de acordo com a qualidade da instituição, vai haver uma maior qualidade a nível desta.</p>	<p>Por um lado, a supervisão melhora as práticas, potenciada pelo facto de terem que seguir os protocolos criados devidos ao processo de acreditação. E num ciclo sem</p>

Enf. B21 11: Acho que tem tudo a ver. Se tu estás a estabelecer processos ou protocolos... e se não tens alguém que esteja dentro desse assunto e que está perfeitamente... tem a visão exactamente do que querem que seja o procedimento daquele protocolo, se tu tens aquilo e dizes: “olha agora vais fazer, porque foi assim, é preciso para a acreditação, é preciso assim”, e não tens ninguém para te ajudar, porque no fundo, é a tal visão que tenho da supervisão. Está lá para te corrigir, mas de uma forma construtiva, não é?! Como é que tu melhora um processo se não tens ninguém para te ajudar durante esse processo?! Eu acho que é um bocado isso!

Como agora a história dos computadores, do processo de enfermagem. Sim senhora, acho óptimo, começamos com a parte da folha de avaliação inicial.

Tudo bem está a começar! Eu venho fazer manhã e até tive a sorte da chefe estar cá e veio explicar. Às vezes tens a sorte de uma colega que já fez e vai-te explicar. Eu acho que não custava nada, já que muitas vezes marcamos formações para isto e para aquilo, marcar-se dois grupos, porque nem sempre é possível ter cá toda a gente, dois grupos e fazíamos um resumozinho e vamos fazer isto primeiro porquê? Porquê, porque não é só porque fica bonito no computador, é preciso explicar às pessoas porquê.

Ou então depois fazem-se dois a três grupinhos e vamos para a frente do computador e analisar a folha e vamos ver, olha: inclui isto, não inclui, a forma de preencher é assim... porque de boca em boca falha muita informação.

Acho que mais uma vez falharam, porque implementaram, sim senhora, é obrigatório, e disseram-nos: “a partir de agora é obrigatório fazer-se no computador”. E é obrigatório e explicaram às pessoas todas como é que é?

Estás a entender? É por aí!

Enf. D39 19: (...) Eu acho que é super importante. Porque nós... eh, pressupõe que do que eu entendo da acreditação é que todos os procedimentos são feitos da forma mais correcta possível, isso é protocolado, é executado, é feita por toda a gente, é aceite por toda a gente, e foi, digamos, a melhor forma que se encontrou para fazer qualquer coisa funcionar em qualquer serviço. Hum,

inicio nem fim, as exigências da qualidade *obrigam* à criação de protocolos, que por sua vez uniformizam as práticas em procedimentos gerais, ajudando na tomada de decisão melhor fundamentada, que melhora ainda mais quando existe por trás a figura do supervisor; todo este caminho leva à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Uma estratégia para melhoria de qualidade não acompanhada devidamente na altura da sua implementação pode tomar o caminho contrário ao pretendido. Como exemplo que deram foi o da questão da informatização dos registos. O software foi criado e testado, e na altura da sua implementação, os enfermeiros que mais uso lhes ia dar precisaram (ou precisam) da ajuda de alguém que mais experiente e com mais conhecimento os acompanhe nesta etapa de formação.

Considerando esta medida como uma medida de melhoria da qualidade dos registos e simultaneamente da promoção da continuidade de cuidados, conseguimos um bom exemplo que retrata o ciclo anteriormente descrito.

	<p>se a supervisão não estiver atenta, em cima, oportuna, claro que vai falhar muita coisa. Portanto, essa acreditação no fundo não passa de um título, de um rótulo pessoal, que também no fundo, que depois na execução, no funcionamento não funcionará assim.</p> <p>Enf. D39 19: (...) Eu acho que é super importante. Porque nós... ehum, pressupõe que do que eu entendo da acreditação é que todos os procedimentos são feitos da forma mais correcta possível, isso é protocolado, é executado, é feita por toda a gente, é aceite por toda a gente, e foi, digamos, a melhor forma que se encontrou para fazer qualquer coisa funcionar em qualquer serviço. Hum, se a supervisão não estiver atenta, em cima, oportuna, claro que vai falhar muita coisa. Portanto, essa acreditação no fundo não passa de um título, de um rótulo pessoal, que também no fundo, que depois na execução, no funcionamento não funcionará assim.</p>	
<p>Positivo para o Doente (Categoria A.1.4.3)</p>	<p>Enf. A10 27: É assim, repara uma coisa, eu acho que... (...) a importância é transmitir cada vez mais aqueles valores da qualidade do cuidar do doente, que o doente esteja feliz connosco. Porque já está numa situação diminuída, não é?! Está numa cama do hospital... ehum, sei lá... fazes perguntas difíceis! (risos)</p> <p>Sei lá! Eu acho que é importante, porque... na medida em que... como é que eu vou explicar-te, repete lá a pergunta, espera lá!</p>	<p>Se melhora a prática, melhora os cuidados prestados e automaticamente é positivo para o doente. Trabalha-se para que o doente, mesmo numa “situação diminuída, esteja feliz connosco” (Enf A10 27).</p>
<p>Melhora a Formação dos Enfermeiros (Categoria A.1.4.4)</p>	<p>Enf. A10 28: Eu no fundo estou a ajudar a formar futuros colegas, (...) que alguns deles têm como objectivos virem trabalhar para este hospital. Se eu trabalho neste hospital, e quero que ele seja um dos melhores, eu só tenho mais é que transmitir as melhores ideias para com os colegas!</p> <p>Enf. A10 29: Muitíssimo, acho que sim. São valores que se transmitem, não é?! Não só para este hospital, mas para...</p> <p>Enf C47 20: Eu acho que (..) é sempre benéfico as pessoas sentirem-se avaliadas. As pessoas terem aquela noção de que se fizerem melhor vão ser avaliadas, ou se “se baldarem” ou assim vão ser penalizadas por isso. Acho isso muito benéfico. Acho que havendo alguém a supervisionar é que pode avaliar e eu penso que de certa forma, as pessoas sabendo que estão a ser avaliadas, têm mais qualidade na prestação de cuidados.</p>	<p>A formação dos próprios enfermeiros é algo que vai evoluindo positivamente com este casamento entre a supervisão e a promoção da qualidade no processo de acreditação. A formação melhora porque vendo a supervisão também como uma avaliação constante, “obriga” a prestarem cuidados com mais qualidade fazendo-os procurar melhor formação. Por outro lado, essa formação que</p>

	<p>Enf. C40 37: Muito, porque (..) se a supervisora é a que vai modelando e modificando actividades que a gente faz e que havia a melhorar, se não faz isso... se os decima não melhoram os debaixo, não vamos melhorar nenhuns! (risos)</p> <p>Enf. B24 15: Eu acho que a supervisão é importante para tudo, para uma boa qualidade. Eu acho que é importante uma pessoa que coordene, porque tu com o dia-a-dia, com as rotinas, com as pressas, passa-te certas coisas, ou não podes prestar atenção a tudo.</p>	<p>procuram vai conduzir a um melhor acompanhamento aos alunos que têm ao seu cuidado, que serão futuros colegas de trabalho naquela instituição.</p> <p>Outra razão que deram neste sentido foi a questão de ao existir <i>“uma pessoa que coordene, porque com o dia-a-dia, com as rotinas, com as pressas, passa certas coisas, ou não podes prestar atenção a tudo”</i>(Enf B24 15), vai <i>“modelando e modificando actividades”</i> (Enf C40 37).</p> <p>Acrescentam que <i>“se os decima não melhoram os debaixo, não vamos melhorar nenhuns! (risos)”</i> (Enf C40 37).</p>
--	---	---

DIMENSÃO A.2: Práticas e Percepções Pessoais

Domínio A.2.1: Conceito de qualidade

Questão: Que significado tem para ti o termo Qualidade?

<p>Racionalização da assistência (Categoria A.2.1.1)</p>	<p>Enf. C57 9: Bem, qualidade, um termo que está muito em voga! Agora qualidade: temos que ver a melhor maneira de fazer as coisas, poupar ao máximo, especialmente os custos financeiros que não estão à vista e obtendo sempre o melhor bem para o doente, porque estão-nos a testar... passa muito para o doente, mas depois tem por trás nós alguma contenção de custos, pela instituição!</p> <p>Enf C47 10: Ora bem, qualidade é aquilo que é positivo, benéfico. Tudo o que é feito da melhor forma, tendo em conta, a rentabilização dos recursos, como o maior benefício para o doente.</p>	<p>Qualidade para alguns enfermeiros é: Redução de custos (perspectiva do melhor para o doente) – “Tudo o que é feito da melhor forma, tendo em conta, a rentabilização dos recursos, como o maior benefício para o doente” (Enf C47 10)</p>
<p>Bom produto final (Categoria A.2.1.4)</p>	<p>Enf. C50 12: (suspiro) Qualidade?! (..) Quer dizer não tem muita lógica a gente falar nele e ainda o ter que explicar, não é? (sorri) Qualidade, quer dizer, está implícita qualquer coisa que a gente faça, desde que seja bem feita, não é?!</p> <p>Enf. E60 26: (silêncio/5s)-(riso) Qualidade?! (silêncio/5s) terá que ver com (...) será o justo e o necessário para uma situação, se fizermos com qualidade, é sinal que fazemos as coisas de uma forma correcta, justa e necessária para a situação. Não acho, não sei estar a dizer mais sinónimos, e não te sei dizer muito mais do que isso também.</p> <p>Enf. B25 15: Que significado tem para mim?! (suspiro) Qualidade... qualidade à partida é uma coisa bem feita.</p> <p>Enf. B21 6: Qualidade, é complicado! Uma pessoa está sempre a falar nisso, mas nunca pensa na definição! Portanto, qualidade... É assim, no nosso caso, a nível hospitalar, e não só, digamos que existe um padrão que detém, no nosso caso, detém determinadas competências, em que tu</p>	<p>Fazer bem (perfeito)</p> <p><i>“Atingir esse padrão que é o considerado correcto”</i> (Enf B21 6)</p> <p><i>“Está implícita qualquer coisa que a gente faça, desde que seja bem feita”</i> (Enf C50 12)</p> <p><i>“Será o justo e o necessário para uma situação”</i> (Enf E60 26)</p> <p><i>“É o melhor possível de qualquer coisa”</i> (Enf. D39 13)</p>

	<p>efectuas procedimentos e realmente consegues atingir esse padrão que é o considerado correcto, portanto o que tem qualidade, digamos assim.</p> <p>Não é bem isso, mas eu não consigo definir muito bem, mas no fundo é conhecer esse padrão que é o correcto, e é fazer com qualidade as coisas. (Não é bem assim!) É fazer as coisas de acordo com aquele padrão que é o correcto.</p> <p>Numa fábrica é mais simples, tens terminado objecto que tem que ter determinadas características, há um determinado processo para a fabricação que tem que seguir x-y modelo. Esse modelo tem vários processos, tens que seguir esses processos correctamente e atingir o teu objectivo final, que é aquele objecto com aquelas características, e devidamente efectuado e com aquela funcionalidade correcta.</p> <p>Aqui funciona um bocadinho diferente, não é?! Pois não é com um objecto que tratamos, os processos não têm que ser exactamente e objectivamente iguais, cada qual faz de uma forma ou de outra, tem é que seguir determinados padrões para chegar ao objectivo final que queremos.</p> <p>Enf. C40 21: Para mim? (.....) Que as coisas têm que ser (*) (Enf. C40 22) 10 sobre 10. Eu sempre digo assim a brincar que quando nos sobra nós sempre temos tempo. 7 sobre 10 está aceitável, mas 10 sobre 10, há que sempre tentar 10 sobre 10. Como nunca vamos conseguir podemos sempre tentar. Agora não se pode fazer para 5.</p> <p>Enf. D39 13: Qualidade?! Ehum, qualidade é (...) é o melhor possível de qualquer coisa.</p>	
<p>Processo de assistência consistente (Categoria A.2.1.2)</p>	<p>Enf. A01 14: Ehum... qualidade é eu, ou alguém fazer aquilo que realmente diz que faz. Portanto, é quando diz que determinada situação é resolvida de determinada forma deve ser feita e resolvida dessa forma.</p> <p>A qualidade pode ser boa ou má (risos)! Mas normalmente nós associamos a qualidade também à boa prestação de cuidados, portanto tem que haver muitos factores associados.</p>	<p>Qualidade para outros é <i>fazer aquilo que realmente diz que faz</i> (Enf A01 14), isto é ser consistente nas suas atitudes face ao que diz, no processo de assistência.</p>
<p>Satisfação profissional (Categoria A.2.1.3)</p>	<p>Enf. C54 11: Muito, muito, porque nós gostamos que os doentes sejam bem tratados, que gostem de cá estar. Para nós é gratificante, porque não é só a nível (*) que conta, é também em todo o hospital.</p>	<p>Outros ainda, consideram que qualidade tem haver com a satisfação profissional, "é nós</p>

	<p>Enf. A10 11: Qualidade? Ehum... Eu acho que qualidade é nós nos sentirmos bem com tudo aquilo ao nosso redor, não é?! É eu estar bem, e o outro ou os outros que estejam à minha volta também estejam bem.</p> <p>Enf. B24 9: Qualidade... Qualidade da prática ou... (Enf. B24 10) Sei lá uma relação entre como se faz e... o que eu faço e os benefícios e o que há a fazer em determinada maneira.</p>	<p><i>nos sentirmos bem com tudo aquilo ao nosso redor” (Enf A10 11)</i></p>
--	--	--

Domínio A.2.2.: Mudanças

Questão: O que achas que mudou desde que o hospital começou com este processo?

<p>Não percebida (Categoria A.2.2.1)</p>	<p>C13: Achas que a supervisão mudou? Enf. C5413: Não, não mudou nada. C21: E em termos das vossas práticas? Enf. E60 21: Nossas práticas como? C22: Práticas de cuidado de enfermagem. Enf. E60 22: Se houve alguma alteração?! Não, não considero que tenha havido. C23: Quando vocês têm alguma dúvida, recorrem a quem para a esclarecer?</p>	<p>Sendo este um processo a ser implementado a questão da mudança de comportamentos aparece associado. No entanto, apesar da maioria considerar que estas estão presentes, dois referem que não percebeu nenhuma mudança desde que todo o processo tomou início.</p>
<p>Existência de mudanças (categoria A.2.2.2)</p>	<p>Enf. C5412: Normas. Eles agora querem segurança no trabalho, que eu acho muito importante, e começaram a fazer protocolos que não haviam, protocolos de incêndio e a sinalização está agora a ser colocada. A esse nível mudou muita coisa! De outro género, de modo de trabalho assim diferente a nível de... (.) no hospital continuamos a trabalhar da mesma forma, mas começaram a colocar postos interessantes. Enf. E60 17: Sim. C18: Podes dar-me exemplos? Enf. E60 18: (...) Posso. Não se calhar apenas estar a numerar muitas coisas, mas por exemplo, o grau de exigências para com o utente passou a ser diferente. Inicialmente, quer dizer, isso também foi um processo de adaptação do próprio serviço às necessidades dos exames que se iam implementando, num serviço é normal que comece com exames mais simples, e a dada altura começam-se a fazer exames mais complicados, porque quer dizer a malta tem mais prática, o serviço já está a funcionar com algum tempo, então foram-se complicando os exames a esse nível e foram sendo necessárias, a dada altura ter mais condições, que inicialmente não tinham, porque não eram necessárias, e então coincidiu mais ou menos com a altura em que o hospital</p>	<p>Os que consideraram a existência de mudanças apontaram como principais exemplos as <i>normas</i> (Enf C54 12), o <i>grau de exigência para com o utente</i> (Enf E60 18); a própria estrutura física e (distribuição) material utilizado.</p> <p>Alguns admitem que a forma de trabalhar é a mesma, mas criaram <i>postos de trabalho interessantes</i> (Enf C54 12).</p>

começou a tratar do processo de acreditação. E o que é que acontece?! Houve uma necessidade imediata de resolver estas questões que não estavam, por essa questão do hospital ir ser acreditado, não é?!

E o que é que acontece em particular, por exemplo nós fazemos exames com anestesia aqui na gastro, com uma equipa de anestesia e tudo mais, mas não tínhamos uma sala de recobro (que ainda não temos!), temos apenas uma sala de endoscopia, como uma outra sala de endoscopia que tem tudo o que é necessário, digo eu, pelo menos em termos de anestesia. Os anestesistas pelo menos dizem que para o tipo de sedacção que é feita aquela sala com o que tem chega para fazer um recobro de um doente, basta uma aspiração, ter 2 ou 3 saídas de aspiração, ter oxigénio, 1 monitor (pelo menos 1 para cada doente) e pronto, ter 1 enfermeiro a fazer recobro. Será necessário dizem eles!

Inicialmente esta sala não estava a ser utilizada para isso, estávamos a pôr os doentes lá fora, que não tinha aspiração, mas tinha oxigénio, e na altura nós não tínhamos um monitor usado pela equipa de anestesia, desta forma o recobro não tinha monitor.

Entretanto, **mudou-se a sala, arranjou-se mais um monitor e pronto, criaram-se essas condições e passou a ter em vez de só um enfermeiro nessa manhã que seria na parte da endoscopia, passarmos a ter 2 enfermeiros de gastro, um assegura os exames, o outro faz o recobro, e vem 1 com o anestesista e fez a parte da anestesia.**

Pronto, nesse sentido acho que houve uma pressão aí.

Houve outras situações, por exemplo, eu acho que isso ainda não está a funcionar, mas está pensado, por isso acho que ainda não está a funcionar porque não sei, se está a funcionar ou não, por exemplo recebemos uma urgência qualquer de um doente, que é Ucraniano ou Chinês, seja lá o que for, há necessidade de explicar todos os procedimentos a essa pessoa de igual forma, e quer dizer nós não temos essa formação, não somos políglotas nem nada disso, não é?!, e então, o que é que na altura se passou, provavelmente entrar em contacto com as embaixadas, e elas sugerirem (riso) uma série de embaixadas para isso, e elas sugerirem tradutores capazes

de explicar, **ficar com os contactos desses tradutores**, isto de uma forma inicial. E depois entretanto (uuhmm), sendo necessário, logo mal entre na urgência, esse tradutor ser chamado e para acompanhar o doente. Ou então tipo, mesmo a nível de gastro só, **ter um “manual” das principais questões a colocar e essas questões serem traduzidas, questões e explicações serem traduzidas em várias línguas para que o próprio...**

C19: Chinês é um bocado difícil de perceber para vocês?

Enf. E60 19: Nós perceber não percebemos, conseguimos identificar a nossa língua na questão e depois tentar mostrar à pessoa para ela seguir por aí.

C20: E se o doente tiver consciente e capaz de ler já é uma ajuda.

Enf. E60 20: Isso só nalgumas situações mais próprias.

Enf. E60 23: Dúvidas em termos de gastro ou práticas?

C24: De práticas.

Enf. E60 24: Normalmente falamos com o médico. Quer dizer, normalmente há esse cuidado! Se há um exame de rotina em que, quer dizer (...) não é assim nada de extraordinário e a gente consegue na hora ver. Agora se há um exame, até mesmo eles percebem isso, se há um exame mais complicado onde vai ser necessário utilizar uma coisa diferente, muitas vezes eles próprios discutem o caso entre eles, antes do exame e discutimos. Entre eles e entre nós equipa, o que vai ser preciso, o que é que não vai ser preciso.

Se já, por exemplo, nós começamos a há coisa de 1 ano, ano e meio a colocar balões, por causa da terapêutica para as pessoas emagrecerem e começamos aqui a colocar balões. Quer dizer em nunca tinha colocado 1 balão, nem ninguém tinha colocado balões. Houve primeiro um treino fora.

C25: Pensei que tivessem que ir ao Bloco Operatório?

Enf. E60 25: Não, colocam aqui, aliás é uma técnica endoscopia! Houve um treino inicial da parte dos médicos, depois vimos o vídeo, e vimos que era uma coisa relativamente simples, onde parte de enfermagem não tem nada que saber!

	<p>Mas vimos um vídeo precisamente para conhecer o procedimento completo e tudo mais e depois quer dizer, fizemos.</p> <p>Houve... o que eu quero dizer é que sempre que há uma técnica ou se vai praticar fora com pessoas que já estão experientes e tudo mais, e depois há, ou então se não é necessário isso, porque é uma coisa vá, que não exige isso, há uma discussão e fala-se antes dos exames com os médicos, quer dizer, porque são as pessoas que normalmente são as responsáveis por...</p> <p>Lá está, isto tem algumas questões de enfermagem, mas grande parte dos procedimentos, grande parte deles, quer dizer em termos mais invasivos ou não, são médicos. A parte de enfermagem é mais de esclarecer o doente, acompanhar o doente na hora, e depois no final quer dizer, estar com o doente, uma série de cuidados ligeiramente leves/razoáveis, que não são necessários assim uma coisa muito complicada.</p>	
--	---	--

Domínio A.2.3.: Dificuldades sentidas na implementação

Questão: Quais pensas ser a principais dificuldades na implementação do sistema de qualidade?

<p>(Não) Formação (Categoria A.2.3.1)</p>	<p>Enf. C57 22: Para mim o que tem sido difícil é não receber formação directa das pessoas que estão responsáveis pelos projectos. Muitas vezes são outras pessoas, outros enfermeiros, que me dão essa informação, e podem não ter tanta certeza, ou tanto a noção como deva ser explicada, e falha sempre informação.</p> <p>A minha dificuldade é sentida aí, tenho que às vezes ir procurar e reunir informação de outras pessoas. Outras vezes temos que recorrer a superiores para obter essa informação, o que às vezes é difícil, e para mim em particular é mais difícil pela situação contractual em que me encontro.</p>	<p><i>“Não receber formação directa das pessoas que estão responsáveis pelos projectos. Muitas vezes são outras pessoas, outros enfermeiros, que me dão essa informação, e podem não ter tanta certeza, ou tanto a noção como deva ser explicada, e falha sempre informação.</i></p> <p><i>A minha dificuldade é sentida aí, tenho que às vezes ir procurar e reunir informação de outras pessoas.” (Enf C57 22)</i></p>
<p>Falta de informação – Falta de opinião (Categoria A.2.3.2)</p>	<p>Enf. C50 47: Maiores dificuldades?! (...) Nem sei, como te poderei dizer... Como eu te disse há um bocado neste momento ainda não tenho a visão do impacto, desta situação toda da acreditação, em que é que poderá mudar o nosso trabalho, a nossa vida aqui dentro. Como ainda não causou muito impacto, as dificuldades não me parecem muitas, não é?! Eu penso que há-de chegar a uma altura que vai melhorar a situação (*****).</p> <p>Poderá dizer-se que (*), já estamos habituados a muita coisa, não sei o que poderá mudar. Mas como já sabemos deste processo agora estamos preparados para o que possa vir a acontecer, não é?! Aquela surpresa do que possa vir a acontecer não me parece que ainda exista, digo eu!</p> <p>Enf. D39 25: É a falta de motivação das pessoas. Por as pessoas não estarem sensibilizadas para a importância disto. Como em tudo na vida, passa por uma sensibilização, as pessoas têm que perceber que é necessário para depois empenharem-se. Porque senão eu acho que, em nada... em tudo na vida é assim, se nós não tivermos... sentimos aquela necessidade, nós quase</p>	<p><i>“Nem sei, como te poderei dizer... Como eu te disse há um bocado neste momento ainda não tenho a visão do impacto, desta situação toda da acreditação (...) Como ainda não causou muito impacto, as dificuldades não me parecem muitas” (Enf C50 47)</i></p> <p><i>“As pessoas não estarem sensibilizadas para a importância disto.” (Enf D39 25)</i></p>

	de certeza vamos prevaricar alguma vez.	
Tempo para adaptação (Categoria A.2.3.3)	Enf. C5428: Não sei, não tenho assim nada... As mudanças são sempre difíceis de aceitar e o processos de acreditação foi introduzido muito rápido e ao início foi difícil, queriam mudar tudo de uma só vez sem nos darem tempo para aceitarmos as mudanças.	<i>“Queriam mudar tudo de uma só vez sem nos darem tempo para aceitarmos as mudanças.”</i> (Enf C54 28)
Não Sabe (Categoria A.2.3.4)	Enf. A10 30: Não, não. (C30: Tens consciência de quais são as maiores dificuldades que estão inerentes a este processo de acreditação?) Enf. C40 46: Isso é que não sei. (C46: Na tua opinião, quais têm sido as maiores dificuldades na implementação no processo de acreditação da qualidade?)	

Domínio A.2.4: Grupos de trabalho

Questão: Fazes parte de algum grupo de trabalho aqui do serviço? Quais são os projectos mais relevantes do serviço?

À semelhança do que se tinha observado durante o tempo que permanecemos no serviço, existem alguns enfermeiros que fazem parte de grupos de trabalho de projectos em desenvolvimento na instituição e outros não.

<p>Não pertence (Categoria A.2.4.1)</p>	<p>Enf. A10 16: Não. Enf C47 16: Não, não! Tenho colegas, que fazem, mas eu não. Penso que todos nós temos mais ou menos noção daquilo que temos que fazer e daquilo que é necessário melhorar para a acreditação ser concretizada. Todos damos o nosso contributo. Enf. B24 12: Não. Enf. B24 41: A partida não, mas (**) ... Eu não! Porque não pertenço ao grupo da (*). Sei lá, há colegas que estão responsáveis pelas formações, Enf B21... isso sim estão integrados num grupo de formações, eu não estou em nenhum desses grupos. Enf21 31: Neste momento, o projecto da acreditação para mim é que é um desafio! Agora, um desafio se fores englobada nele, mas neste momento não há ninguém do serviço englobado nele.</p>	<p>Alguns posicionam-se como não pertencentes a qualquer grupo, referindo no entanto que todos dão contributos directos ou indirectos para qualquer trabalho desenvolvido na instituição.</p>
<p>Pertence (Categoria A.2.4.2)</p>	<p>Enf. C54 14: Não. Grupo de trabalho como?! Normalmente temos, a chefe propõe-nos que todos os anos apresentamos um trabalho, e o grupo não é fixo, é consoante os temas. Há grupos que podem ser fixos, mas consoante o tema nós agrupamo-nos. Não há grupos específicos para fazer este tipo de coisas. C15: E esses trabalhos têm a ver com a acreditação da qualidade? Enf. C5415: Não. Tem a ver com a formação pessoal (..) Isso também vai ao encontro da qualidade, ao fim e ao cabo, mas já tínhamos antes da acreditação. Enf. C50 44: Não, o único projecto, se assim se pode chamar é o englobado na consulta de reumatologia, e temos que fazer alguns trabalhos relacionados com essa área e é só.</p>	<p>Outros referem que fazem parte de grupos de trabalho, que vão da responsabilidade pela dinamização da formação, a dinamização de consultas externas directamente relacionadas com a medicina interna, participação na definição de protocolos.</p>

	<p>(*****)</p> <p>Enf. C50 45: Sim, estamos na fase de formação dentro dessa área, na definição de protocolos, mas agora ainda é preciso trabalhar muito.</p> <p>C46: Mas, não têm ainda nenhum protocolo?</p> <p>Enf. C50 46: Tem, tem alguns, mas não são muito, tanto quanto eu saiba (risos)!</p> <p>Enf. B21 31: Eu no fundo tento-me sempre envolver um bocadinho em tudo o que se passa no serviço, não gosto de passar à margem, gosto de saber, sou curiosa e gosto de participar nas coisas. Por isso, é que me meti nesta história da formação...</p>	
<p>Projectos considerados relevantes</p> <p>(Categoria A.2.4.2)</p>	<p>Enf. E60 49: Os projectos mais relevantes em termos de trabalho, dizes tu?! Tem a ver com uma vontade crescente em participação em trabalhos científico, em congressos e estudos que se fazem, porque há uma importante base de dados em que temos essa preocupação de tudo o que são dados importantes desde hepatites C, hepatites B, doenças inflamatórias, desde diagnóstico X, é pá não interessa, há um registo muito completo em termos informáticos disso. Em qualquer altura nos é permitido fazer uma relação de dados, idades, sexos, tudo isso, desde valores analíticos e tudo mais, e conseguiu trabalho sobre isso. Qualquer dia temos que fazer um estudo sobre prevalência e não sei o quê... é muito fácil, pegamos na nossa base de dados e faz-se. Pronto, há essa preocupação do trabalho científico, e depois há a vontade do próprio serviço evoluir em termos de técnicas.</p> <p>Começamos pela introdução de... e tínhamos colonoscopias, endoscopias, fazemos as biopsias hepáticas, prontos, na altura inicialmente era isso, fazemos lés a lés um teste respiratório, e qualquer coisa, que era para diagnosticar, agora até há um prémio Nobel atribuído ao tipo que encontrou essa bactéria “<i>Helicobacter Pylori</i>”, que está provado que aumenta o risco de cancro. Então antes disso, á tínhamos a preocupação de estudar os doentes nessa abordagem.</p> <p>Começamos a evoluir muito puramente e agora já começamos a colocar balões. Estamos a fazer o acompanhamento dos doentes que fazem cirurgia bariátrias, portanto com o balão by-passe por colocação de banda gástrica, há um acompanhamento razoável, porque é necessário</p>	<p>Quando se pede para identificarem projectos em desenvolvimento no serviço, independentemente se fazem parte ou não de grupos de trabalho, os principais projectos identificados relacionam-se com a formação.</p> <p>A valorização da formação em contexto de trabalho, e formação contínua, é uma evidência no discurso destes actores. A importância de participarem em eventos científicos com o intuito de melhorarem os seus conhecimentos e dos colegas a quem transmitem a informação recebida; por outro lado os trabalhos práticos e experimentais desenvolvidos no serviço, devido a cursos que tiram fora ou dentro do hospital;</p> <p>Um projecto identificado, considerado importante, o qual tive a oportunidade de</p>

	<p>endoscopias de revisão, a ver se a banda está bem apertada, a ver se a anastemose do by-passe está bem...</p> <p>Começamos por fazer CPRE, e exige muito do serviço. É muito dispendiosa, e exige uma sala de Raio-x, uma manhã toda, formação por parte de toda a equipa, fora do hospital.</p> <p>Quer dizer, vamos evoluindo lentamente. Há também essa vontade de querer e dar mais ao “hospital”.</p> <p>C50: Sentes-te um participante activo nesses projectos?</p> <p>Enf. E60 50: Sim, quer dizer, apesar de novas técnicas, há já uma ou outra que me lembro que não fazemos cá, mas parte também deles, não é, porque eles conseguem perceber melhor se há ou não necessidade em termos populacionais. Quer dizer, estudaram os casos, falaram com outros médicos, com os colegas. Mas sinto que há uma relação, quer dizer, não se faz nada sem nós sabermos. Quer dizer, temos conhecimento das coisas. Provavelmente não somos parte directamente evoluída na questão, mas fomos tido em consideração para a situação.</p> <p>C51: Disseste que faziam trabalhos científicos, como têm os dados aqui?</p> <p>Enf. E60 51: Inicialmente foi a Dra. Rute que criou lá uma base de dados, não é o <i>matrix</i>, mas dava para acumular dados. Agora já foi feito mesmo uma base de dados, com datas e tudo. É um registo informático que está guardado “virtualmente”.</p> <p>Enf. E60 27: Eh (...) tenho a sensação de que a Dr^a. Rute que é a chefe do serviço, chefe médica do serviço, faz parte de qualquer coisa, agora não te sei dizer se é...</p> <p>Enf. A10 51: O projecto é dar qualidade de vida ao nosso doente, é torná-lo mais independente possível, é inserir a família na prestação de cuidados, é educar a família também.</p> <p>Não sei se era esta a resposta... mas são os projectos, é a qualidade que o doente possa ter, e nisto está a família, está tudo englobado</p> <p>Enf. C40 65: (...) Os projectos de trabalho?! Não sei!</p> <p>Enf. C40 66: Ah, agora já percebi. Por exemplo, temos agora umas colegas num curso de feridas, e elas pedem se poderiam trocar algum tipo de penso. Se elas querem fazer este</p>	<p>observar algumas discussões que se foram travando na sua operacionalização é o da Unidade de AVC's, que até à data da entrevista ainda não funcionava a 100%, mas já se encontrava em curso.</p> <p>É de referir que apesar de não ser um projecto em curso, um projecto referenciado por uma das enfermeiras, à espera de aprovação, mas que já tinha merecido algum investimento da sua parte, é uma consulta aberta no Hospital de dia.</p>
--	--	---

projecto, eu ofereço-me a tratar uma forma de podermos comparar depois e a fazer a propaganda junto dos colegas. Estamos implementando as avaliações iniciais pelo computador e, a chefe também vai, temos que ensinar aos outros a mexer no computador, como se faz. Eu procuro envolver-me no que posso, no que não sei olha...

Enf. D39 38: (...) (suspiro) (..) Neste serviço?! Era aumentar... **era rentabilizar a minha presença aqui porque eu acho que ainda estou sub aproveitada.** E há muitas áreas que poderíamos explorar e que não estão a ser exploradas. Portanto, uma das minhas ambições era criar aqui o hospital de dia diabético (sorriso) que era assim uma aposta minha, porque é uma necessidade que eu sinto, que existe, uma carência que existe. E o pouco que se vai fazendo mostra-nos, prova-nos que realmente, ehum, **uma consulta aberta, uma espaço em que as pessoas tenham, portanto para recorrer, e que nós temos a oportunidade de orientar os resultados são favoráveis,** portanto será mais ou menos isso.

Deste serviço não identifico os projectos que tem (*), os meus.

Enf. D39 39: Sim e não. Sim, não de uma forma muito formal, ehum, se calhar por conhecer abertamente a resistência a isso tenho feito, tenho tentado fazer um trabalho, que agora colocava muito a questão, muito concretamente sobre: “como é que eu vou mostrar os resultados desse trabalho que vai sendo feito assim um bocadinho assim pela porta do cavalo, como que os vou mostrar e provar que isso seria uma mais valia?

Por acaso surgia-me isso ontem em conversa, como é que eu vou mostrar isso, porque tenho estado preocupada em, primeiro em responder às necessidades... é fazer o acompanhamento desses doentes e poder ajudá-los. Mas depois para eu poder ajudar outros preciso de provar que esse teve bons resultados e que seria uma mais valia para aqui para o serviço.

Mas assim de uma forma formal com resultados se calhar ainda não tenho, mas começo a pensar que tenho que começar de alguma forma e se calhar tenho que partir daí.

Enf. A01 72: **O mais relevante actualmente é o projecto: Unidade AVC's.** Que estou envolvido a 100% e pretendia que ele arrancasse até ao fim deste ano, ou seja os doentes com

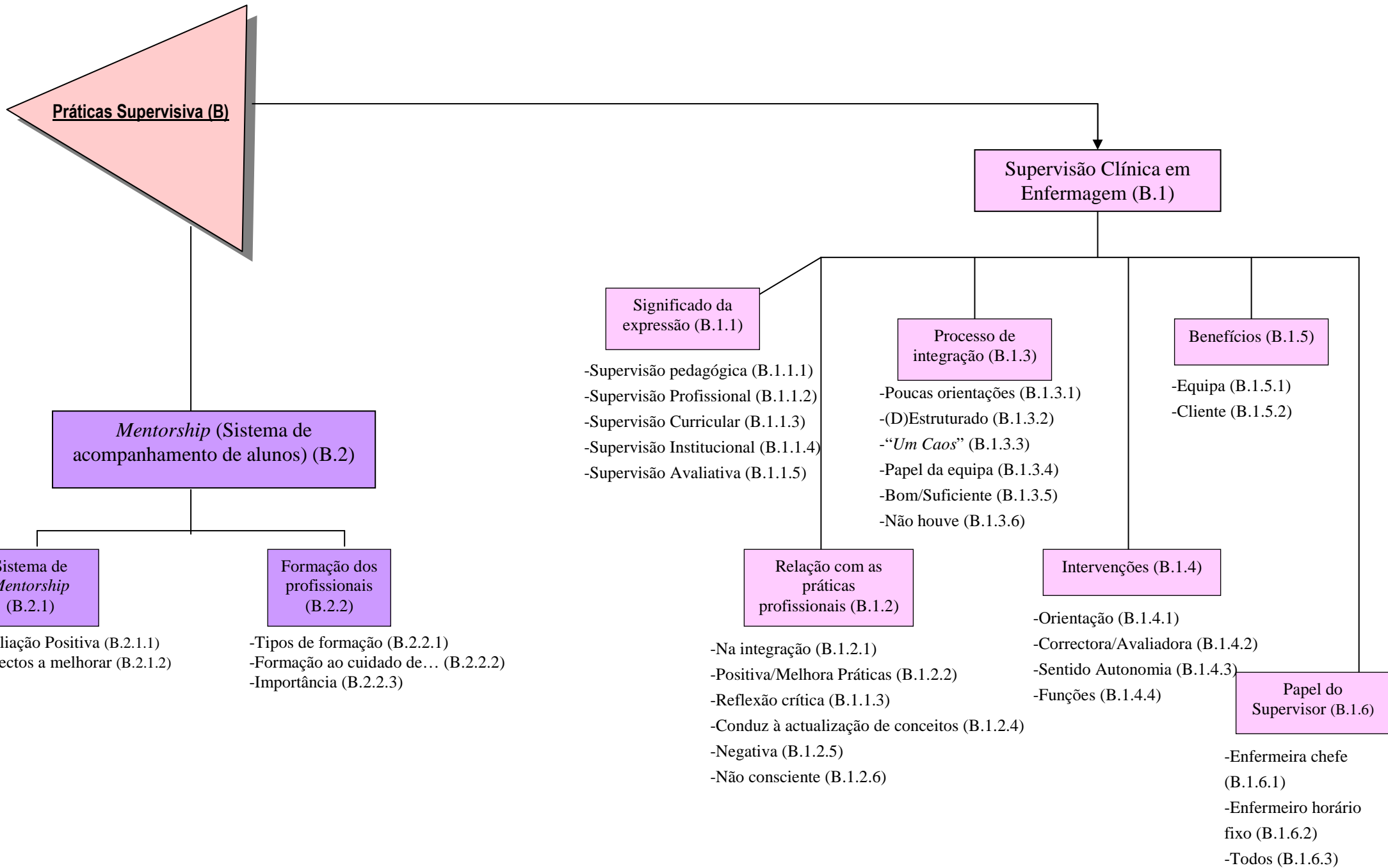
AVC agora estão, dentro do possível, centrados aqui. Temos cardiologia e neurologia, dentro da neurologia temos especificamente os AVC's. Portanto estamos a tentar fazer um projecto de tratamento dos doentes submetidos a trombólise e temos a parte seguinte que é isto que vamos fazer agora, que são as disfasias, as mobilizações, vertebro basilares e supra tentoriais, os levantados, os ensinamentos à família... portanto é um projecto que está a ser elaborado e penso que vamos conseguir pelo menos acabar até ao fim do ano, não digo implementar.

E dá-me assim um certo gozo fazer, porque para já está dentro da especialidade que eu fiz e consigo ter alguma visibilidade daquilo que fiz, depois a forma como nós estamos a pensar implementá-lo é se calhar uma forma ligeiramente diferentes daquilo que estávamos habituados e isso aí é aliciante e motivador.

Enf. A01 73: Não, não. É de enfermeiros, de médicos da neurologia e da medicina geral, e auxiliares.

Enf. B24 41: A partida não, mas (**)... Eu não! Porque não pertença ao grupo da (*).

Sei lá, há colegas que estão responsáveis pelas formações, a Enf. B21... isso sim estão **integrados num grupo de formações**, eu não estou em nenhum desses grupos.



TAXONOMIA B: PRÁTICAS SUPERVISIVAS

Dimensão B.1.: Supervisão Clínica em Enfermagem

Domínio B.1.1: Significado da expressão

Questão 1: Que significado tem para ti a expressão “supervisão clínica em enfermagem”?

<p>Supervisão Pedagógica (categoria B.1.1.1)</p>	<p>Enf. A01 1: A supervisão clínica em enfermagem significa acima de tudo tentar transmitir (interrompido para arranjar uma melhor posição do gravador), tentar dotar os alunos de alguns métodos para adquirir conhecimentos.</p> <p>[não é só em relação aos alunos] Aos alunos ou a qualquer profissional que esteja a iniciar carreira ou até a outra situação qualquer, não limita! Pode ser uma mudança de serviço, ou outra situação qualquer que seja nova... em todas as situações novas!</p> <p>Enf. A10 1: Em termos de alunos?</p>	<p>A supervisão é vista como uma forma de transmissão de conhecimentos, e confunde-se ainda com a orientação de alunos, está mais associada a esta prática.</p>
<p>Supervisão Profissional (categoria B.1.1.2)</p>	<p>Enf. C54: Que significado?! Bem, é um enfermeiro, como é de enfermagem supostamente tem que ser um enfermeiro, que supervisiona todos os profissionais de enfermagem que trabalham num serviço, para captarem coisas que podem ou <u>não estar a funcionar bem, para melhorar a prestação do serviço em si.</u></p> <p>Enf. B25: E a supervisão vem-nos dizer isso, porque é como uma coisa que está por cima de nós a dizer-nos que estamos a fazê-lo bem, se estamos a fazer mal, se devemos mudar alguma coisa.</p> <p>Enf. B21: Acredito que se houvesse <u>nos ajudasse a evoluir em determinados áreas,</u> e em determinadas confusões que por vezes existe a não deixar que acontecesse.</p> <p>Enf. C40: Para mim um supervisor clínico é o que está com uma outra pessoa supervisionando se faz as coisas... auxiliando, modelando, transformando o que ele sabe para fazer as coisas o melhor possível,</p>	<p>A supervisão é vista como um profissional mais experiente que observa (supervisiona) os restantes com o objectivo de ver o que não funciona bem para melhorar. Pode também reforçar positivamente o trabalho do outro, se o estiver a fazer bem.</p> <p>Responsável pela evolução profissional.</p>

	<p>modificando qualquer coisa.</p> <p>Enf. D39: (...) Supervisão clínica em enfermagem é observar e orientar todos os procedimentos e a actuação dos enfermeiros. É mais ou menos isto (riso).</p>	Observador e orientador.
Supervisão Curricular (categoria B.1.1.3)	<p>Enf. B25: O que significa para mim Supervisão Clínica?! (espaço de silêncio) ... A supervisão clínica deve ser aquilo que nos leve aos membros de uma equipa a tentar atingir os mesmos objectivos. Trabalhar em equipa na mesma direcção... a supervisão, seria como um processo, durante o qual eu estou a formar-me, porque acho que nós enfermeiros estamos em constante formação. Não é só no momento em que estamos a estudar, no momento em que entramos a trabalhar, continuamos sempre a aprender.</p> <p>Enf. B24 2: Ehum, não sei, se calhar a pessoa aprender a coordenar algo pessoal, o equipamento, o material... a coordenar tudo.</p> <p>Enf. E60 1: Supervisão clínica?! Ehum... provavelmente terá que ver com... a minha ideia será uma supervisão a nível de conteúdos, a nível de tratamentos, a nível de cuidados, nessa perspectiva – uma supervisão teórica e prática, nesse sentido!</p>	<p>A supervisão ajuda a acrescentar algo ao currículo. A constante formação de que o enfermeiro precisa, encontra na supervisão um porto de abrigo.</p> <p>Ajuda e ensina a trabalhar de outra maneira, a coordenar o que é novo.</p> <p>Supervisão a nível de conteúdos, teórica e prática.</p>
Supervisão Institucional (categoria B.1.1.4)	<p>Enf. C57 1: Bem, a supervisão clínica em enfermagem pode dividir-se em várias partes: a nível superior que vem dos chefes, podendo começar talvez pelos directores (coisa que pelo menos não tem acontecido, pelo menos comigo!); Depois desce para os chefes e responsáveis do serviço, das diferentes alas; E, por fim, os colegas.</p> <p>Enf C47 2: Sei lá! O supervisor clínico será alguém ligeiramente superior, alguém que anda no serviço, e que anda no fundo a tentar gerir o serviço dos outros de maneira a tentar rentabilizar o melhor possível o serviço...</p>	A supervisão exercida pelos chefes, por alguém superior, que supervisiona as práticas, de forma a rentabilizar o melhor possível o serviço.
Supervisão Avaliativa (categoria B.1.1.5)	<p>Enf. C50: Supervisão clínica?! (..) depreende alguém que está de forma, mais ou menos evidente, a avaliar (.) a julgar e a tentar organizar, da melhor maneira, algum tipo de serviço, neste caso serviço público, não é?!</p>	Pelo ênfase que deram à avaliação como forma de supervisão, fica cada

	<p>Enf. A10 2: Supervisionar é interrelacionar com alguém para... (...) Espera que tenho que organizar as ideias! Supervisão clínica, poderemos falar de várias coisas, mas supervisionar também é dar e verificar se as coisas estão dentro de parâmetros que eu acho que são os mais correctos.</p> <p>Enf. A01 1: Demonstrar, deixá-los fazer, e depois, tentar avaliar aquilo que demonstramos e aquilo que fizeram para ver se está mais ou menos dentro dos parâmetros que nós podemos considerar bons.</p>	<p>vez mais claro salientar esta estratégia do âmbito da supervisão para a desmistificar, principalmente numa altura em que a avaliação de desempenho é um procedimento mensal para os profissionais de um hospital EPE.</p> <p>Também está associado à avaliação pela associação que fazem aos alunos, num processo de formação em contexto clínico que colmata numa avaliação final que determina a sua passagem de ano.</p>
--	---	--

Domínio B.1.2: Relação com as práticas profissionais

Questão 2: Achas que a supervisão interfere nas tuas práticas profissionais?

<p>Na Integração (categoria B.1.2.1)</p>	<p>Enf. C57 2: A supervisão clínica? Primeiro a integração no serviço tem que ter alguém que nos vá orientar a nível dos cuidados, pois o que se aprende na teoria, noutros hospitais, ou serviços, tem que se adaptar, que devem emanar algumas directivas para a prestação de cuidados.</p>	<p>Interfere ao nível da integração, para adequar a prática aos procedimentos instituídos neste hospital. O que se aprende na teoria e noutros hospitais nem sempre corresponde.</p> <p>É ao nível da integração que mais se nota a necessidade de supervisão, mesmo que esta prevaleça, não será tão presencial.</p>
<p>Positiva, Melhora as práticas (categoria B.1.2.2)</p>	<p>Enf. C50: (silêncio) Quer dizer (..) não interfere, é uma constatação. Porque qualquer coisa que seja é feita a nível da saúde, hoje em dia dado que há cada vez mais exigência, há cada vez mais supervisão, portanto, não me interfere. Se interfere, interfere de maneira positiva, porque fazes as coisas o melhor que podes, não é?!</p> <p>Enf. C54 2: Não interfere, ajuda a melhorá-las, na minha opinião.</p> <p>Enf. B25: É assim, à partida sempre que sabemos que temos uma coisa, e que estamos no início, tentamos fazer as coisas melhor, por isso eu acho que isso interfere! Depois, com o passar do tempo acho que interfere de uma forma diferente. Quando começamos a praticar clínica pensamos que nos estão a vigiar, a dizer: “fazes isto assim, fazes aquilo assim”, e eu faço assim porque senão “vão-me puxar as orelhas”. Há medida que vamos levando muito tempo a trabalhar, vemos as coisas de maneira diferente. E acho que ninguém está atrás de mim para puxar as orelhas, e tentamos fazer as coisas da melhor forma possível na mesma, mas não com aquela coisa de dizer: “faço porque me estão a vigiar? Não, eu faço porque eu acho que tem que ser feito assim!” Devemos trabalhar em conjunto para atingir os mesmos objectivos. A supervisão clínica</p>	<p>Por um lado, referem que, pelo facto de saberem que são supervisionados, fazem o seu trabalho o melhor possível - <i>esforçam-se mais, tentam atingir um ideal.</i></p> <p>Por outro, mesmo fazendo-o sabem que se algo não está tão bem, alguém lhes dirá alguma coisa de forma a melhorarem - <i>moderam as práticas e marcarão as directrizes e objectivos a atingir.</i></p>

	<p>funcionará como moderadora e marcará umas directrizes e os objectivos a atingir.</p> <p>Enf. A01 3: Ehum... muito! Acho que o facto de haver uma supervisão clínica vai fazer, para já, que haja uma melhoria, porque as pessoas esforçam-se mais.</p> <p>Enf. A10 6: Ah, eu acho que só tem ... só se pode tirar algo positivo daí, não é?! Se eu me sinto supervisionada e se eu própria me supervisiono a mim, ehum, tento atingir um ideal, não é?! Fazer tudo na perfeição e ser a melhor naquilo que faço, portanto, acho que é benéfico qualquer interligação que possa haver.</p> <p>Enf. C40 5: (...) É assim, se o supervisor for uma pessoa que ajuda e está dentro do seu trabalho, e que faz o melhor possível, é positiva.</p> <p>Enf C47 6: Interfere. Se ela tiver que dizer alguma coisa que ache mesmo correcto na prática ela diz, e mesmo individualmente ou em equipa, ela diz!</p>	
<p>Ajuda a reflectir para melhorar (reflexão-crítica) (categoria B.1.2.3)</p>	<p>Enf. B21: Eu acho que interfere. Por muito que a gente diga que não, ao ter ali alguém a observar-nos, e pode ser o teu melhor amigo, mas ter alguém a observar o que fazes interfere. Se calhar dá para reflectir no que estás a fazer, e se calhar a pessoa que está a ver depois reflecte também contigo naquilo que fizeste, se está correcto, se não está. Acho que interfere e que devia acontecer, não digo continuamente, mas esporadicamente devia ser algo que se praticasse. E se bem praticado, correctamente efectuado, seria algo positivo.</p> <p>Enf. A10 7: Sim, sim, sim, sim... acho que temos que ser também críticos e acho que a supervisão nos ajuda, de facto, o que erramos tentar corrigir, e aquilo que a gente faz bem a fazer cada vez melhor.</p>	<p>O facto de ter alguém a olhar para o que fazem, faz com que reflectam sobre as práticas que têm, e ao mesmo tempo sejam críticos de forma a tentar corrigir os erros quando acontecem - <i>temos que ser críticos, e o que erramos tentar corrigir.</i></p>
<p>Obriga a actualização de conhecimentos</p>	<p>Enf. A01 3: E segundo, obriga a que as pessoas estejam sempre actualizadas, por um lado, para que possam transmitir correctamente conhecimentos, e por outro lado, os que estão a</p>	<p>Um processo supervisivo <i>obriga</i> à actualização permanente dos conhecimentos para se poder transmitir correctamente, assim</p>

(categoria B.1.2.4)	adquirir não darem aquele ar de “ficar mal”. (risos)	como para poder-se ser crítico e, relação às suas práticas.
É negativa (categoria B.1.2.5)	<p>Enf. B21: Agora, infelizmente tenho algum conhecimento, não sei bem qual é o objectivo, mas tenho conhecimento de alguns colegas que têm medo de algum tipo de supervisão, porque no fundo é tipo uma auditoria, e quando vão lá só dizem: “está mal, está mal, está mal!” E no fundo são “fuzilados”, não são ajudados! E isso está errado, mas há!</p> <p>Enf. C40 5: Se for uma pessoa, como tenho visto, que não faz nada e não corrige nada, então interfere pela negativa. Uma pessoa que cometa erros, e não tem ninguém que corrija, é mau!</p> <p>Enf. D39 2: (...) Até que ponto interfere?! (...) De que forma elas interferem?! Ehum, eu acho que a supervisão será alguém ou algumas pessoas que poderão ter essa função, e se isso não for feito por pessoas a quem nós reconhecemos esse valor ou o interesse dessa supervisão, poderemos, em vez de, penso que o objectivo será melhorar, podemos às vezes até piorar. Pelo espírito de contradição que nós muitas vezes temos, a postura que temos perante a vida, em tudo inclusive no trabalho. A supervisão contínua leva a uma uniformização das práticas profissionais.</p>	<p>A supervisão é vista com uma interferência negativa nas práticas profissionais quando é feita inculcando medo, ou quando são vistos os erros e não são corrigidos.</p> <p>Pode, ainda, ter um efeito negativo nas práticas se encarada pelo supervisorado com uma postura de contradição.</p> <p><i>A supervisão contínua leva a uma uniformização das práticas profissionais, deixando a individualidade e autonomia de cada enfermeiro condicionada.</i></p>
Nada consciente (categoria B.1.2.6)	<p>Enf. E60 2: (...) Provavelmente... com as minhas práticas?! Não sinto nada de especial. Ehum, se fosse uma situação em que (.) vá lá, não digo que se me baldasse, e que se houvesse uma supervisão provavelmente eu sentir-me-ia mais obrigado a, porque há uma supervisão, neste caso não me sinto, ehum, até porque estou aqui num serviço um bocado... que não lido directamente com a minha “supervisora”, não sinto assim uma grande supervisão, pronto, até porque há assim uma relação de confiança. Não sinto assim nada de especial!</p> <p>Enf. B24 5: Práticas supervisivas?! Interfere como? Não sei! (6) :???</p>	Alguns identificam a chefe como supervisora, e mesmo identificando a figura do supervisor não acham que a supervisão realizada tenha alguma interferência nas suas práticas. (pelo menos não têm consciência disso!)

	<p>Enf. B24 37: Não sei, normalmente com os colegas costumava explicar-lhe um pouco a dinâmica do trabalho, o que vamos fazer primeiro, como que fazemos, onde está o material, quando têm dúvidas para as colocar...</p> <p>C38: E achas que essa integração é suficiente em termo de tempo?</p> <p>Enf. B24 38: Parece-me bem porque estamos quase sempre a fazer manhã, e depois temos algumas tardes de integração, 2 ou 3, e noites fazemos uma acompanhada...</p> <p>Mas não sei porque a minha já foram anos, e não sei se mudou, mas naquela altura, acho que sim. Agora não sei!</p>	
--	--	--

Domínio B.1.3: Processo de integração

Questão 3: Como decorreu o processo da tua integração no serviço?

<p>Poucas Orientações / pouco tempo/ Pobre (categoria B.1.3.1)</p>	<p>Enf. C57 3: Bem (risos)... Como tarefeiro fui um bocadinho colocado no serviço sem grandes orientações. Não sei se é por eles pensarem que por virmos de outros serviços/hospitais não precisamos... Também venho cá poucas vezes, e vim substituir uma pessoa que estava de atestado, tinha que ser rápida a integração. Foram três turnos, uma manhã, uma tarde e uma noite... acho que foi pouco! Pela experiência que tenho, se calhar de outros colegas que vêm desde novos, fazem uma integração um bocadinho pobre, neste serviço.</p> <p>Enf. A10 9: É assim, se calhar nunca se tem aquele tempo de estar tipo 15 dias em integração, ser 15 dias o segundo elemento. Não, nós aqui estás três dias tipo a ver, a fazer com o colega, e ao 4º dia já tens que ser tu, porque é um serviço muito movimentado e tudo isso (*) mesmo que não queiras. Mas eu acho que para mim o <i>timing</i> foi... sim não me sinto prejudicada nesse aspecto.</p> <p>Enf. E60 10: (suspiro) Bem, eu levava meio ano de trabalho, portanto tinha acabado de sair do curso há meio ano e (..) portanto não fazia a mínima ideia do que era a gastro. Só havia um enfermeiro integrado no serviço, e esse enfermeiro que cá estava a fazer a integração era de outro serviço, veio cá uma semana e fez a integração e depois foi. E eu fiquei cá, portanto fiz um tempo de integração de uma semana, em que na altura se faziam menos exames que agora, ou seja, a probabilidade de eu encontrar as diversas situações que me podem aparecer à frente era menos que agora. E houve uma série de exames que de facto eu não lidei com eles... até depois de eu começar a trabalhar sozinho é que lidei com eles. Mas foi fácil, eu considero que foi relativamente fácil, porque a auxiliar que cá estava via muitas coisas, e pelo menos chegava o material, onde está aquilo, onde está aquele outro, quer dizer dava para ajudar aqui e acolá. Mas não posso considerar que foi perfeita! Prontos, podia ser pior, mas também podia ser melhor! Hoje em dia temos mais exames, e para integrar alguém mesmo bem são precisos pelo menos 15 dias de trabalho</p>	<p>O processo de integração para a maioria dos colegas entrevistados foi pobre, isto é não houve <i>grandes orientações</i> (Enf C57), e houve pouco tempo para a integração. Consideram que o facto de não haver um manual de integração com algumas indicações para o processo faz com que seja diferente para todos, em termos de tempo, e até oportunidades - <i>há ainda a necessidade de haver um manual de integração, para tudo o que é técnicas, rotinas tudo o que seja protocolos</i> (Enf A01).</p> <p>Outro aspecto que referiram é o facto de olharem para alguns profissionais que já possuem algum tempo de serviço, e rotulá-los como experientes, não fazendo uma integração tão estruturada – <i>não sei se é por eles pensarem que por virmos de outros serviços/hospitais não precisamos</i> (Enf C57)</p> <p>Hoje, quando integram outros profissionais sentem que o mesmo acontece, por não existir um plano definido para esta prática.</p>
--	--	---

	necessários, e mesmo assim, vá, vamos ver, prontos!	
(D)estruturado (categoria B.1.3.2)	<p>Enf. A01 7: [em relação aos profissionais que integra actualmente] Acho que era necessário mais tempo. Agora há um critério de selecção dos novos elementos, que é o de terem estagiado no serviço, o que facilita um bocado a integração. Portanto, ao contratarem pessoas novas tentam que estas tenham passado, num dos últimos estágios pelo serviço, isso facilita um bocado em termos de integração. No entanto, eu acho que há ainda a necessidade de haver um manual de integração, para tudo o que é técnicas, rotinas tudo o que seja protocolos... e isso está a ser elaborado mas ainda não existe.</p> <p>Enf. D39 3: O processo de integração no serviço não existe como um plano muito bem estruturado, daí que falha a integração dos elementos novos, como falhou um pouco a minha. [hoje, como se faz?] Continua sem plano definido, é feita por todos. Eu penso que, ehum, a integração se calhar é feita exactamente como sempre foi, portanto, eu agora também estou já numa situação relativamente especial desde à um ano, portanto um bocadinho fora daquele contexto, mas até aí acho que não está a ser feita se calhar da melhor forma. Ehum, eu acho que nós precisávamos mais, e os colegas precisavam mais, porque depois ao longo dos tempos, vamo-nos aperceber que depois houve muita informação que não foi transmitida no momento certo, e que depois há erros porque não se passou isso, portanto, eu acho que está a ser feita de uma forma muito rápida, muito superficial, sem muito formalismo. O que eu acho é que isso é importante que haja uma formalização do período e que isso seja muito bem transmitido aos colegas, porque por vezes nós contamos com um colega que nos vai ajudar, e não com uma pessoa que precisa de uma formação específica, de uma integração. Pronto, eu acho que é errado!</p> <p>C7: (...) Como foi a tua integração aqui no serviço?</p> <p>Enf. B24 7: Uii! Sabes, eu cheguei quando abriu o hospital, e quando abriu o hospital quase ninguém tinha experiência, não houve integração porque estávamos todos iguais, só havia uma pessoa ou</p>	

	<p>duas que tinham trabalhado 2, 3 meses, o que também não queria dizer nada.</p> <p>Foi muito difícil a minha integração porque era a primeira vez, o hospital não tinha material, não tínhamos nada, apenas uma ala estava aberta... sabes, não houve uma integração normal. No meu caso e de outros colegas não se pode dizer que houve integração porque não foi.</p>	
<p>“Um Caos” (categoria B.1.3.3)</p>	<p>Enf. B21: Foi um caos, um caos mesmo! Eu acabei o curso em Julho e comecei a trabalhar nos finais de Agosto, por aí, e já contratada por este hospital, só que fui para o hospital de Oleiros, que foi o que este veio substituir. Mas acho que me ajudou imenso, porque o pouco que lá estive, comecei a perceber o que realmente era integrar-se numa equipa, o que era fazer turnos. Depois, a equipa de lá separou-se um bocadinho, porque também escolheram os locais que queriam e saíram de lá, para fazer tipo mini-estágios aqui que o hospital ofereceu. Em pouco tempo, mesmo lá no hospital tivemos que servir como elementos já assim mesmo efectivos. E passado um mês, mês e pouco, de estar lá a trabalhar já fiz noite sozinha... foi assim um bocado rápida a integração, mas apesar de tudo ia-se fazendo, porque é como te digo, o nível de cuidados era diferente. [...] Depois quando viemos para cá, eu trabalhava nem há meio ano. E era responsável de turno, imagina, eu responsável de turno tão nova e com tão pouco tempo de serviço, tão poucos conhecimentos de gestão de um serviço. Normalmente a chefe punha um português e para aí dois ou três espanhóis, conosco. [...] (a rir) Não havia tempo para integrar ninguém, nós estávamos todos desintegrados.</p> <p>Enf. B25: Mas reconheço que foi um bocado difícil!</p>	<p>Quando entrevistamos os colegas que estão no hospital desde a sua abertura, a maioria referiu que a integração ou foi inexistente ou foi um Caos (Enf B21). Mais uma vez reforçaram o papel da equipa, mas o sentimento de confusão foi descrito como forma de retratar a dificuldade que era integrar alguém, mesmo reconhecendo essa necessidade para com os colegas recém-formados, ou com os colegas que chegavam de Espanha, também eles recém-formados – <i>Não havia tempo para integrar ninguém, nós estávamos todos desintegrados</i> (Enf B21); <i>reconheço que foi um bocado difícil</i> (Enf B25)</p>
<p>Papel da Equipa (fundamental) (categoria B.1.3.4)</p>	<p>Enf. C57 3: Mas depois com a ajuda dos colegas isto tudo foi superando, mas continuo a achar que foi muito pouco!</p> <p>Enf. B25: A partida foi um caos (risos). Foi mesmo quando abriu o hospital, e éramos tão novos, e não se conhecia ninguém de nenhum lado. Não é como num hospital que chega um elemento novo e se integra no meio dos outros. Nós não! Nós chegamos cá com um hospital para abrir e cada um,</p>	<p>Apesar da maioria considerar que não teve uma integração devida, ou foi mesmo inexistente, consideram o papel da equipa fundamental, isto é, é a ajuda que os colegas dão que fazem superar todas as dificuldades que advêm de um momento de integração que</p>

	<p>pronto... cada um vinha da sua casa e quando chegamos cá éramos todos muito novos de idade e com pouca experiência profissional, pelo que a partida custou um bocado! Mas, em simultâneo, foi uma experiência boa, porque todos aprendemos de todos e, todos aprendemos de que todos precisávamos de todos. Ninguém chegou cá e disse: “eu sei e o resto faz como eu digo”, pelo contrário, uma coisa que chegavam a dizer era: “eu nunca fiz isto, quem é que fez?” Pronto, aí íamos todos aprender como é que se tinha feito.</p> <p>C9: E vieste para Portugal à procura de emprego porque lá não conseguias, era?</p> <p>Enf. C40 9: Lá nós trabalhávamos de forma diferente, muitos enfermeiros para um mesmo posto. E uma colega tinha dito que o Hospital procurava gente e havia outras duas pessoas, só que uma das outras duas não queria vir para o estrangeiro, então falou comigo e eu disse ‘pronto por 3 meses, tudo bem’ e já estou aqui à sete anos.</p> <p>C10: E vieste directamente para este hospital?</p> <p>Enf. C40 10: Sim, chegamos aqui à meia-noite.</p> <p>C11: E como foi a adaptação?</p> <p>Enf. C40 11: Bem... é assim nós viemos, disseram-nos que tínhamos que ficar aqui a dormir, e dormimos ali no 4ª piso, a oncologia ainda não funcionava, e ficamos cá. No início era um bocadito complicado, porque embora o nosso galego tenha muitas semelhanças, há coisas que não tem nada a ver. Depois fizemos muitas asneiras falando, o que para nós era normal para os outros era muito diferente. Lembro que no primeiro dia ia com uma colega e pedi uma sande e era uma tosta mista que queria, e o que me deram foi uma coisita pequenita.</p> <p>C12: Vieste trabalhar para um país diferente, apesar de agora com a União Europeia tudo indicar que será mais fácil este intercâmbio, mas na altura como foi para te legalizares em termos de práticas neste país? Inscreveste-te na ordem? Foi fácil?</p>	<p>forçosamente existe – <i>todos aprendemos de todos, e todos aprendemos de que todos precisávamos de todos</i> (Enf B25).</p>
--	--	---

	Enf. C40 12: Sim, o hospital tratou de tudo	
Bom (suficiente) (categoria B.1.3.5)	<p>Enf. C50: Correu bem, relativamente bem. Tive o tempo suficiente, mas, (.) porque eu já tinha alguma experiência profissional. Não sei se (..) também já me foi dada a supervisão adequada aos meus conhecimentos, à minha prática. E, se calhar a outra pessoa tinha sido dado de outra forma. Mas a mim foi suficiente.</p> <p>Enf. C50: [em relação à integração] Acho que se podia melhorar em alguns aspectos. É suficiente, a expressão é essa. É suficiente! Depois tudo o resto é feito quase por tua própria iniciativa, ou por outro tipo de situações. Agora aquela situação de integração de alguém, de acompanhar e andar ali a ver o que a pessoa faz, é o suficiente.</p> <p>Enf. C54: Muito bem! (.) Muito bem! Porque aqui as pessoas são, para já muito jovens e mesmo integram os elementos novos muito bem. Põem-nos sempre muito à vontade, pelo que não tive dificuldades nenhuma na adaptação. [com tempo suficiente]</p> <p>Enf. A10: Olha, eu acho que foi bastante boa, mesmo muito boa, porque eu acabei o curso a 31 de Julho e comecei a trabalhar a dia 03, foi assim uma... não estava a contar e vim para uma equipa muito nova que me acolheu super bem. Entretanto, estive na A durante o mês de Agosto, fui em Setembro para a Ala C. E depois regresssei à A, onde estou a até hoje, e de facto não tive... fui mesmo muito positiva a integração.</p> <p>Enf C47: Eu acho que correu muito bem. Não sei o que dizem os colegas, mas eu acho que correu muito bem. Na altura a chefe indicou-me uma enfermeira que seria a minha (..) quem me iria integrar, não é! Ficaria com os doentes dela, uma situação tipo estágio, e acho que correu muito bem! [em termos de tempo foi suficiente?] Sim, sim, sim.</p> <p>Enf. C40: Muito bem, tenho muito boas lembranças. O que mais (..) me chamou mais à atenção foi como eu sou estrangeira e me encontrei aqui com uma outra espanhola o mais normal para mim era</p>	<p>Cinco dos colegas entrevistados consideram que a integração foi boa ou suficiente, isto porque, foi <i>adequada aos conhecimentos e práticas que possuíam</i> (Enf A10), e as <i>peçoas põem os novos elementos à vontade</i> (Enf C50, e Enf A10).</p> <p>Uma das integrações foi descrita como <i>uma situação de estágio</i> (Enf C47), outra referiu que a <i>trataram com muito carinho,</i> e por isso tem <i>boas recordações</i> (Enf C40).</p>

	<p>estar com ela, no entanto a enfermeira chefe disse-me que tinha que estar sempre com os portugueses e procurar estar sempre com os portugueses. Para que a minha integração fosse total, o idioma... se eu estava com uma espanhola ia estar sempre com ela e mais ninguém. [Consideras que tiveste tempo suficiente?] Eu tive, salvo erro, 2 semanas de integração, ou 3 já não me lembro muito bem. Porque depois na 3ª... foi assim no mês de Julho, começamos já a fazer alguma coisita, já começamos por turnos... mas eu acho que sim. Mas acolheram-nos muito bem, somos estrangeiros e vínhamos assim novatas do curso. [começou a trabalhar em Portugal mal terminou o curso].</p>	
<p>Não houve (categoria B.1.3.6)</p>	<p>Enf. A01: Fui eu que me integrei a mim próprio. Portanto, o hospital não existia e quando eu vim para cá, não tive integração, porque eu fui um dos primeiros elementos a chegar cá. Agora noutros serviços, quando passei por lá, correu bem! Pronto, tive uma experiência diferente de integração, num hospital na Suíça, três meses de integração, em que foram realmente 3 meses de integração. Aqui não tive. [foi a equipa que te integrou?] Não, porque nem existia equipa sequer, portanto eu fui um dos primeiros enfermeiros a vir para cá. O hospital abriu no ano que vim para cá, os serviços não existiam, tivemos a montar os serviços, portanto não havia ninguém mais velho, nem sequer doentes, portanto não havia nada, portanto não houve integração a esse nível. As rotinas do hospital fomos nós que as criamos, nem sequer existiam, o hospital estava a começar.</p> <p>Enf. B24: Uii! Sabes, eu cheguei quando abriu o hospital, e quando abriu o hospital quase ninguém tinha experiência, não houve integração porque estávamos todos iguais, só havia uma pessoa ou duas que tinham trabalhado 2, 3 meses, o que também não queria dizer nada. Foi muito difícil a minha integração porque era a primeira vez, o hospital não tinha material, não tínhamos nada, apenas uma ala estava aberta... sabes, não houve uma integração normal. No meu caso e de outros colegas não se pode dizer que houve integração porque não foi. [Veio para Portugal poucos meses após ter terminado o curso]</p>	<p>Os colegas que se encontram no hospital desde a abertura apresentam duas posições diferentes, uns como já referimos anteriormente considera a equipa a principal responsável pela sua integração, outros tomam outra posição, afirmando mesmo que não existiu qualquer tipo de integração – <i>quando abriu o hospital quase ninguém tinha experiência, não houve integração porque estávamos todos iguais</i> (Enf B24), <i>fui eu que me integrei a mim próprio</i> (Enf A01).</p>

Domínio B.1.4: Papel de Supervisor

Questão: Identificas alguém como supervisor clínico? Quem?

<p>Enfermeira Chefe (Categoria B.1.4.1)</p>	<p>Enf. C50 4: A minha chefe, penso eu, mais directamente.</p> <p>Enf. C545: (...) A chefe acima de tudo, mas depois (...).</p> <p>Enf. E60 3: Neste contexto de que estou a falar, a minha chefe, a enfermeira chefe.</p> <p>Enf. B25 8: Eu acho que todos temos essa função. Eu acho que no dia-a-dia todos fazemos de supervisor... não com o ânimo de como eu dizia de vigiar os colegas e o trabalho que fazem, mas com o objectivo de fazer o nosso trabalho do dia-a-dia melhor. E eu acho que os meus colegas fazem o mesmo comigo, e eu vejo uma coisa aqui que deveria ser feita de outra forma, digo: “Não achas que era melhor fazer assim?”, e eles dizem-me: “Não, não faças assim, eu acho que é melhor fazer assim!” Eu acho que isso do dia-a-dia é supervisionar.</p> <p>Outra forma, é com os estagiários, por exemplo. Aí supervisão é mais directa. Não dizemos: “faz isto porque eu digo que é assim”, mas sempre digo que o que vêm aqui... há cinquenta caminhos e todos têm destinos iguais, e depois são eles que vão decidir por onde querem seguir. Mas, que existem determinações próprias que também são necessárias. Há mil formas de atingir os mesmos objectivos. Durante os estágios marcamos uns objectivos a atingir.</p> <p>Enf C47 3: Não. A chefe observa e avalia o trabalho de cada rentabilizar o trabalho e melhorar a qualidade dos cuidados prestados um, e tem autoridade para implementar mudanças de maneira a ...</p> <p>Enf. D39 8: A chefe.</p> <p>Enf. D39 11: Tive [funções de supervisora], e continuo a ter, ehum, não em termos de colegas porque trabalho sozinha, mas de organização do serviço. Estou atenta à forma como funciona e</p>	<p>Na análise feita às entrevistas, à semelhança da análise feita aos restantes dados colhidos através de outros instrumentos, é a enfermeira chefe que assume o papel de supervisora para o grupo.</p> <p><i>“A chefe observa e avalia o trabalho de cada rentabilizar o trabalho e melhorar a qualidade dos cuidados prestados um, e tem autoridade para implementar mudanças de maneira a ...”</i></p> <p>(Enf C47 3)</p>
---	--	---

	<p>como melhorar ainda mais o serviço.</p> <p>C12: E como responsável pelas consultas externas, sentes que tens essa função?</p> <p>Enf. D39 12: Sim, também. Eu não me estava a lembrar dessa questão, mas na consulta externa sim, também muito. Até se calhar mais, porque, hum, não tanto porque... mais porque parece que as pessoas me identificam como tal e então eu sinto-me com a responsabilidade de orientar e de supervisionar o funcionamento e a melhoria desses cuidados. Se calhar, fico muito aquém do que gostaria ou do que devia ser feito (sorriso e suspiro). Mas, realmente sim, nesse aspecto sim, que me estava a falhar!</p> <p>Enf. B24 4: Bom, da parte da enfermeira chefe? A enfermeira chefe tem já essa função de nos supervisionar.</p>	
<p>Enfermeiro de Horário fixo (Categoria B.1.4.2)</p>	<p>Enf B24 4: (...) Mas se eu tivesse que definir outra pessoa era o Enf A10, porque eu acho que ele também o faz, também coordena, também resolve os problemas, é alguém que nós sabemos que também podemos recorrer.</p> <p>Enf. C546: Desenvolve a de responsável do serviço, para além de ajudar nas rotinas do serviço, trata da parte da farmácia, trata de todas as coisas que são práticas de enfermagem mas é ela que trata de pequenas coisas: aprovisionamento, supervisão do que nós fazemos... é basicamente isso. Além do seu trabalho de enfermagem, porque ela às vezes também fica com doentes, depende de como está o serviço. Mas, quando não está com doentes ajuda-nos em todas as tarefas da manhã e esse tipo de coisas.</p> <p>Enf C47 48: Não. Na relação da equipa não interfere. Nem essa pessoa é discriminada por ser a supervisora, não!</p> <p>Enf. C545: A responsável primeiro. (...) mas depois a responsável porque ela é que está</p>	<p>A seguir à enfermeira chefe, e apenas identificado por alguns, vem o enfermeiro de horário fixo (ou enfermeiro responsável)</p> <p><i>“A responsável primeiro. (...) mas depois a responsável porque ela é que está sempre, principalmente nas manhãs, connosco.”</i> (Enf. C54 5)</p>

	sempre, principalmente nas manhãs, connosco.	
<p>Todos (Categoria B.1.4.3)</p>	<p>C8: Consideras que desenvolves no serviço algum tipo de intervenção como supervisora clínica?</p> <p>Enf. B25 8: Eu acho que todos temos essa função. Eu acho que no dia-a-dia todos fazemos de supervisor... não com o ânimo de como eu dizia de vigiar os colegas e o trabalho que fazem, mas com o objectivo de fazer o nosso trabalho do dia-a-dia melhor.</p> <p>E eu acho que os meus colegas fazem o mesmo comigo, e eu vejo uma coisa aqui que deveria ser feita de outra forma, digo: “Não achas que era melhor fazer assim?”, e eles dizem-me: “Não, não faças assim, eu acho que é melhor fazer assim!” Eu acho que isso do dia-a-dia é supervisionar.</p> <p>Outra forma, é com os estagiários, por exemplo. Aí supervisão é mais directa. Não dizemos: “faz isto porque eu digo que é assim”, mas sempre digo que o que vêm aqui... há cinquenta caminhos e todos têm destinos iguais, e depois são eles que vão decidir por onde querem seguir. Mas, que existem determinações próprias que também são necessárias. Há mil formas de atingir os mesmos objectivos. Durante os estágios marcamos uns objectivos a atingir.</p>	<p>Há ainda quem considere que o papel de supervisor é um papel de todos, desempenhado diariamente: “<i>Eu acho que todos temos essa função. Eu acho que no dia-a-dia todos fazemos de supervisor...</i>” (Enf B25 8)</p>

Domínio B.1.5: Intervenções

Questão 4: Que tipo de intervenção desenvolve o colega com funções de Supervisão Clínica?

<p>Orientação e ou integração (categoria B.1.5.1)</p>	<p>Enf. C57 6: Aqui, às vezes posso servir de colaborador para fazer a integração a alguns colegas. Mas dada esta minha posição cá, não tenho um papel tão activo na supervisão.</p> <p>Mas já fui solicitado e sempre que é possível, e tendo também a prática em mais do que um serviço, dá para orientar os nossos colegas.</p> <p>Enf. C57 8: Não tenho em mente nada. O que me marca muitas vezes é ver que as pessoas não conseguem estar tão rapidamente integradas, exigindo-lhes depois responsabilidades, e atitudes que se calhar naquele momento não conseguem dar resposta.</p> <p>Mas, em relação a isso, também, não estou cá diariamente para ver e avaliar como é a integração das pessoas.</p> <p>Enf. C50 11: Fora daqui, já. (...) Algum momento especial... (...) Não, quer dizer, a pessoa lembra-se mais se calhar de pessoas que sejam referências para nós em termos de integração, aquelas pessoas que sempre nos ajudaram mesmo. Um momento em especial não me lembro. Agora tenho pessoas que me são referência.</p> <p>Enf. A01 9: Ora bem, sim eu acho que... eu tenho responsabilidade neste serviço, eu tenho uma chefe que normalmente não tem disponibilidade, nem está muito, aliás é um dos serviços onde está menos, é este. E essa responsabilidade cabe-me a mim, ou seja sempre que haja elementos novos por norma tenho a responsabilidade de fazer essa integração e se ela for mal feita a responsabilidade é um bocado minha.</p> <p>Ehum, eu tento que as pessoas se sintam apoiadas, sempre que tenham necessidade do que quer que seja de encontrarem em mim uma resposta, ou pelo menos uma tentativa de resposta de alguma das duvidas que possam ter, quando não sei a resposta também procuro para os</p>	<p>Os actores consideram que o momento de integração, é um momento de orientação e portanto, um episódio de supervisão digno de registo.</p> <p>O supervisor é visto como o elemento que integra e orienta no primeiro momento de contacto com o serviço:</p> <p><i>“Às vezes posso servir de colaborador para fazer a integração a alguns colega.”</i> (Enf C57 6)</p> <p><i>“Por norma tenho a responsabilidade de fazer essa integração”</i> (Enf A01 9)</p> <p><i>“Cheguei aqui e depois de levarmos já seis meses tive que fazer supervisão a um colega de turma. É outro espanhol que veio que agora está de atestado, e foi eu que tive que fazer a supervisão, a integração ao serviço, dizer como fazíamos os pensos, e para mim foi não sei, estranho.”</i> (Enf C40 13)</p>
---	--	--

	<p>poder ajudar. Portanto, eu acho que (..), tento dentro do possível que eles tenham uma integração limitada no tempo, em termos de conteúdos se calhar também limitada, mas em termos de supervisão pessoal que eles tenham.</p> <p>Enf. C40 13: Que tenha sido significativo? Cheguei aqui e depois de levarmos já seis meses tive que fazer supervisão a um colega de turma. É outro espanhol que veio que agora está de atestado, e foi eu que tive que fazer a supervisão, a integração ao serviço, dizer como fazíamos os pensos, e para mim foi não sei, estranho. Acho que foi assim, levava mais tempo trabalhando que ele, que ele aqui, mas como estudamos os dois na mesma turma e termos assistir às mesmas aulas, acha que não tinha nada que ensinar a ele. No final vi que ele não tinha prática nem nada.</p>	
<p>Corrigir (construtivamente) e / ou avaliação (categoria B.1.5.2)</p>	<p>Enf. B21 11: Acho que tem tudo a ver. Se tu estás a estabelecer processos ou protocolos... e se não tens alguém que esteja dentro desse assunto e que está perfeitamente... tem a visão exactamente do que querem que seja o procedimento daquele protocolo, se tu tens aquilo e dizes: “olha agora vais fazer, porque foi assim, é preciso para a acreditação, é preciso assim”, e não tens ninguém para te ajudar, porque no fundo, é a tal visão que tenho da supervisão. Está lá para te corrigir, mas de uma forma construtiva, não é?! Como é que tu melhoras um processo se não tens ninguém para te ajudar durante esse processo?! Eu acho que é um bocado isso!</p> <p>Como agora a história dos computadores, do processo de enfermagem. Sim senhora, acho óptimo, começamos com a parte da folha de avaliação inicial.</p> <p>Tudo bem está a começar! Eu venho fazer manhã e até tive a sorte da chefe estar cá e veio explicar. Às vezes tens a sorte de uma colega que já fez e vai-te explicar. Eu acho que não custava nada, já que muitas vezes marcamos formações para isto e para aquilo, marcar-se dois grupos, porque nem sempre é possível ter cá toda a gente, dois grupos e fazíamos um resumozinho e vamos fazer isto primeiro porquê? Porquê, porque não é só porque fica bonito no</p>	<p>Alguns actores consideram que algumas das intervenções da supervisão que se pratica no serviço são construtivas, muitas vezes influenciadas pela sua função avaliativa.</p> <p><i>“Está lá para te corrigir, mas de uma forma construtiva.”</i> (Enf B21 11)</p> <p><i>“Ele também anda sempre em cima de nós e qualquer coisa que nós façamos, que esteja menos correcta, às vezes até por distração, ou porque temos que fazer mais rápido e não fazemos tão bem (...).”</i> (Enf A10 10)</p>

	<p>computador, é preciso explicar às pessoas porquê.</p> <p>Ou então depois fazem-se dois a três grupinhos e vamos para a frente do computador e analisar a folha e vamos ver, olha: inclui isto, não inclui, a forma de preencher é assim... porque de boca em boca falha muita informação.</p> <p>Acho que mais uma vez falharam, porque implementaram, sim senhora, é obrigatório, e disseram-nos: “a partir de agora é obrigatório fazer-se no computador”. E é obrigatório e explicaram às pessoas todas como é que é? Estás a entender? É por aí!</p> <p>Enf. A10 10: Olha, eu acho que nós temos aqui o enfermeiro Enf. A01 que, de facto, para mim é um ponto de referência, é pronto... não é... é (*)... mas ele também anda sempre em cima de nós e qualquer coisa que nós façamos, que esteja menos correcta, às vezes até por distração, ou porque temos que fazer mais rápido e não fazemos tão bem, não é?! Ele chama-nos às vezes à realidade e de uma forma extremamente, sei lá, subtil, ou com uma capacidade como ele tem... nós chegamos à conclusão que de facto erramos, e que há outras maneiras mais correctas de fazer as coisas, e que as coisas corram melhor.</p> <p>Posso dizer que nós às vezes temos por hábito dizer a cama 3 ou a cama 4 e, temos ali sempre o enfermeiro Enf. A01 a dizer: “é o doente que está na cama 533 e o doente da cama 504”. Às vezes chegamos... e eu começo a interiorizar isso e agora com os alunos também já faço isso, mas... se calhar é aquela, pronto aquele <i>click</i>.</p>	
<p>Trabalhar para a autonomia e responsabilização (categoria B.1.5.3)</p>	<p>Enf. A01 13: O que me marca habitualmente é as pessoas que trabalham aqui ao fim de algum tempo poderem ser completamente autónomas e saberem como recorrer, quando têm alguma dúvida. É onde julgo que a minha supervisão ou a minha ajuda na integração, que é aí que normalmente funciona.</p> <p>Penso que é o facto de permitir às pessoas que sejam autónomas, ou seja conseguirem</p>	<p>Segundo um dos actores que desempenha o papel de supervisor, a sua intervenção principal é a de trabalhar no sentido de aumentar a responsabilidade e autonomia de cada elemento da sua equipa.</p>

	<p>trabalhar sem grandes problemas, porque sabem quando surge uma dúvida têm meios onde recorrerem e sabem onde devem procurar essa ajuda. Acho que é no fundo isso, e é isso que me satisfaz as pessoas conseguirem ser autónomas, não dependerem de alguém que esteja ali a dizer o que devem ou não fazer, se está certo ou errado.</p> <p>Portanto são as áreas de responsabilidade e autonomia.</p>	<p><i>“Penso que é o facto de permitir às pessoas que sejam autónomas, ou seja conseguirem trabalhar sem grandes problemas, porque sabem quando surge uma dúvida têm meios onde recorrerem e sabem onde devem procurar essa ajuda (...)” (Enf 01 13)</i></p>
<p>Funções (Horário fixo? – responsável de turno) (categoria B.1.5.4)</p>	<p>A01 11: Quer dizer que devo assegurar a prestação, estamos a falar nesta perspectiva, não é?! Devo assegurar a continuidade dos cuidados e devo assegurar, ehum, que haja uma boa relação entre todos os elementos. Ou seja, que problemas que uma equipe manifeste ou por exemplo num turno anterior, que esse problema possa ser resolvido em turnos seguintes, portanto, eu servirei um bocado de elo de comunicação entre as diferentes equipas.</p> <p>Enf C47 47: Porque é uma pessoa que está todos os dias no serviço e que vai saber de algumas coisas que as pessoas que estão por turnos lhes escapa. Porque é que aquele exame não foi marcado? Porque é que faltaram aqueles antibióticos naquele sítio?</p> <p>Alguém que controla a medicação do stock, alguém que tem uma visão geral de todos os doentes, porque, não tendo doente nenhum, no fundo é responsável por eles todos, e acaba por ter outras responsabilidades.</p> <p>Eu acho que é muito importante!</p> <p>Enf. C40 14: Sim, sim... às vezes acho que deveria fazer mais do que faço, mas também tenho visto pelo tipo de personalidade de cada um que tem gente que não aceita muito bem as criticas ou (..) às vezes não é uma critica pelo mau, é dizer de alguma coisa que não, que não... vão fazendo mas dissimuladamente, mesmo quando estão fazendo e eu estou com eles, também acho que faço supervisão clínica.</p>	<p>O supervisor desempenha um dualismo de papéis, onde descrição de responsável de turno anda de mãos dadas com a de supervisor. Desta forma algumas das suas intervenções passa por assegurar a continuidade de cuidados, a comunicação entre as diferentes equipas, gestão do serviço</p> <p><i>“Devo assegurar a continuidade dos cuidados e devo assegurar, ehum, que haja uma boa relação entre todos os elementos (...) Eu servirei um bocado de elo de comunicação entre as diferentes equipas.” (Enf A01 11)</i></p> <p><i>“Alguém que controla a medicação do stock, alguém que tem uma visão geral de todos os doentes, porque, não tendo doente nenhum, no fundo é responsável por eles todos, e acaba por ter outras responsabilidades.” (Enf</i></p>

	<p>Enf. C40 15: Sim, o que aqui é enfermeira de horário fixo lá seria enfermeira supervisora... Um dia de trabalho, vamos a ver! É chegar de manhã, assistir à passagem de turno, tomando nota de todos os doentes para conhecer a todos, porque normalmente fico sem eles... e depois realizo as pesquisas. E depois, embora às vezes não concorde muito com o que faço começo a ajudar os colegas com os banhos, dando prioridade para mim aos doentes mais dependentes, para aliviar um bocadinho o trabalho para as outras pessoas que têm, ehum, que têm mais doentes.</p> <p>Quando finalizamos os banhos começo com o trabalho de pedir o material. Pedido para a farmácia, pedido para o material de aprovisionamento, não me esquecendo de fazer as pesquisas do meio-dia. Depois de fazer as listas dos materiais, desço eu à proa (aprovisionamento) e quando regresso almoço, depois ajudo a eles com os posicionamentos dos doentes e (.) outra vez a passagem de turno, e... Temos um dia por semana que temos a reunião do serviço, na qual do meio-dia à uma da tarde estou aqui com os médicos da ala, falando dos doentes que temos no nosso serviço... sou o elo de ligação entre o que dizem os médicos e acusaram os enfermeiros.</p> <p>Enf. C40 18: Sim, há essas com a chefe. Depois temos esta e há uma vez por semana que os médicos de pneumologia passam visita todos juntos, e aí o enfermeiro responsável tem que passar juntamente visita. E outras vezes faço também, por exemplo problemas com medicação da farmácia, liga, não liga, esta prescrição está mal feita. Ligar a um colega para vir fazer o turno para acompanhar um doente. Um enfermeiro não pode vir e depois eu tenho que conseguir... se depois eu não conseguir, porque na nossa ala não se consegue, tenho que pedir à chefe, porque ela pode dar coisas que eu não posso, ela pode dar trocas, ela pode dar folgas...</p> <p>Enf. C40 19: Sim, eu sei muitas coisas que muita gente por estar no turno perde a informação. Eu vindo de segunda a sexta, e sei de um doente que chegou ontem, ou se o doente... sabes?! Se estou de fora... agora às vezes quando estou com doentes e com alunos às vezes nem me apercebo de nada, estou com aquela coisa de lhes ensinar. Mas em principio sim.</p>	C47 47)
--	---	---------

	<p>C20: E isto é importante para vocês, para o doente, para quem?</p> <p>Enf. C40 20: Eu acho que é importante para a equipa porque há funções que se deixam de fazer porque já alguém as fez. E é importante para o doente porque há sempre uma pessoa que sabe... por exemplo, tem marcado um TAC e essa informação já foi dada a 3 ou 4 dias e às vezes não fica registado no nosso quadro, pode-nos passar. E aí acho que é importante existir alguém que trate dessas coisas, de pedir o aprovisionamento... essas coisas todas!</p> <p>C6: E que tipo de intervenção desenvolve essa colega?</p> <p>Enf. C54 6: Desenvolve a de responsável do serviço, para além de ajudar nas rotinas do serviço, trata da parte da farmácia, trata de todas as coisas que são práticas de enfermagem mas é ela que trata de pequenas coisas: aprovisionamento, supervisão do que nós fazemos... é basicamente isso.</p> <p>Além do seu trabalho de enfermagem, porque ela às vezes também fica com doentes, depende de como está o serviço. Mas, quando não está com doentes ajuda-nos em todas as tarefas da manhã e esse tipo de coisas.</p>	
--	---	--

Domínio B.1.6: Beneficiados

Questão: Quais são, para si, os benefícios mais evidentes da supervisão clínica realizada no serviço?

<p>Equipa (Categoria B.1.6.1)</p>	<p>Enf. C57 34: Dentro dos enfermeiros esta formação é boa, porque vai melhorar os conhecimentos e, podem-se criar ou melhorar os protocolos da instituição e do serviço.</p> <p>A nível de comunicação com os superiores esta formação vai trazer novas informações para o superior pela necessidade de formação que é precisa, e pronto isto vai subindo tudo, até ao enfermeiro director! E a supervisão é isso, é começar ao contrário, se calhar.</p> <p>A supervisão engloba a formação, vão-se formando as pessoas.</p> <p>Enf. C50 52: (...) è tentar fazer a nível pessoal que seja cada vez melhor, ehum, e depois na equipa proporcionar-se para que seja cada vez melhor também.</p> <p>Enf. C5445: (...) Ui, que pergunta difícil! Eu não sei! (risos) Não sei, acho que tem que a ver sempre uma pessoa que esteja fora. Claro, às vezes criamos rotinas e coisas que não são boas para o serviço. É importante essa supervisão, a chefe assistir às passagens de turno, porque às vezes estamos com pressa e criou-se aquele hábito de passarmos todos ao mesmo tempo, e a chefe começou a vir mais apertadamente e começou-se a passar um de cada vez. E funciona, eu acho que é muito importante. Agora, passamos um de cada vez, e podemos ouvir tudo de todos os doente, e ficamos a saber um bocadinho de todos os doentes – isso é bom! Dantes não era assim, então é bom termos alguém de fora que nos dê essa indicação.</p> <p>Enf. B25 34: Os benefícios?! Aprender no nosso dia-a-dia... uma pessoa que se sente muito insegura à partida, se está sempre em duvida se faz bem ou mal, vai ter ajuda, ou vai procurar novas informações. Trabalhar todos na mesma direcção para atingir os mesmos objectivos.</p> <p>Enf. B21 24: (...) A nível da supervisão, não existe muito, mas se existisse, não num espírito de</p>	<p>No grupo, quando questionados sobre os principais benefícios da supervisão clínica praticada no serviço, as respostas foram direccionadas para os beneficiados do processo e não para os benefícios (directamente). A equipa foi tida como a principal beneficiada, uma vez que, a supervisão vista como momento de formação vai permitir melhor comunicação entre todos os elementos da equipa hospitalar (desde o enfermeiro do terreno ao enfermeiro administrativo – enfermeiro director), assim como permite que se passe mais e melhor informação, fazendo com que ganhe confiança e melhor a sua prática.</p> <p><i>“A supervisão engloba a formação, vão-se formando as pessoas (...)esta formação é boa, porque vai melhorar os conhecimentos e, podem-se criar ou melhorar os protocolos da instituição e do serviço (...) A nível de comunicação com os superiores esta formação vai trazer novas informações para o</i></p>
---------------------------------------	--	--

	<p>militares (não vamos andar aqui numa de militares, porque em vez de nos ajudar, piora), nos modos já falados acho que seria positivo também.</p> <p>Enf. A10 29: Muitíssimo, acho que sim. São valores que se transmitem, não é?! Não só para este hospital, mas para...</p> <p>Enf. A10 44: Ah, os benefícios são os melhores possíveis, porque repara uma coisa, tens alguém a quem recorrer sempre que tens alguma dúvida, não é?! Podes recorrer à tua chefe, podes recorrer ao enfermeiro Enf. A01 e ele elucida-te, não é?! Acho que...</p> <p>C45: É o estar presente?</p> <p>Enf. A10 45: Sim, sim.</p>	<p><i>superior pela necessidade de formação que é precisa.</i>" (Enf C57 34)</p> <p><i>"(...) é tentar fazer a nível pessoal que seja cada vez melhor, ehum, e depois na equipa proporcionar-se para que seja cada vez melhor também ."</i> (Enf. C50 52)</p> <p><i>"São valores que se transmitem, não é?! Não só para este hospital, mas para..."</i> (Enf A10 29)</p>
<p>Cliente (Categoria B.1.6.2)</p>	<p>Enf. C57 34: Olha, começando por baixo, ao doente é-lhe prestado melhores cuidados. Melhor (e já que estamos a falar de qualidade) qualidade para o doente, tanto de cuidados como de uma vida, trabalhando sempre para obter mais saúde e ter que ir para o exterior (alta).</p> <p>No momento da alta há a preocupação de ver se a pessoa tem condições ou não. Acho que nesse ponto tem-se trabalhado muito desde o momento em que o doente dá entrada na preparação da sua alta. Tudo isto trás muitos benefícios para ele, família e todos o que o estão a acompanhar. Pronto é bom!</p>	<p>Por outro lado, apesar de apenas um elemento referir como beneficiário o cliente, acredito que é a opinião de todos (mesmo não tendo nas entrevistas esses dados explícitos)</p> <p><i>"(...) Ao doente é-lhe prestado melhores cuidados."</i> (Enf C57 34)</p>

Dimensão B.2.: *Mentorship* (acompanhamento dos alunos)

Domínio B.2.1: Sistema de *mentorship*

Questão: Como avalia o sistema de acompanhamento dos alunos? (colocar sub-questões)

<p>Avaliação positiva (Categoria B.2.1.1)</p>	<p>Enf. A01 27: Ehum, acho que é bom (..) acho que é muito melhor que o dos profissionais. (..)Acho que aos profissionais lhes é dado, acompanhamento, ou pelo menos possibilidades de, mas eles têm que pedir, solicitar.</p> <p>Os alunos têm por um lado um enfermeiro responsável por eles, que não tem doentes a seu cargo, ou seja tem os doentes que têm os alunos. Ehum, tenta-se que não haja um enfermeiro com um número excedente de alunos, porque senão perde-se qualidade. E depois o grau de exigência é razoável... razoável alto.</p> <p>Enf. A10 20: Ah, eu acho que eles têm um acompanhamento muito, muito bom. Não é só por eu fazer parte. Acho que... eu já fui aluna como é obvio, e acho que havia uma barreira muito maior entre o orientador (vá!) e o aluno, do que há agora. Eles agora quase que estão ao nosso nível e acho que têm tudo de nós. Têm o <i>feedback</i> todos os dias, a todas as horas, todos os minutos. Acho que...</p> <p>Enf C47 24: Eu acho que em termos gerais funciona bem! Os colegas dedicam o turno aos alunos, acompanham as práticas e registos, estão atentos às situações. Eu acho que no fundo funciona bem.</p> <p>Enf. D39 20: (..) (Suspiro) Eu acho que o acompanhamento de alunos até é das coisas que estará assim mais bem feita em termos de vontade. (...) Mas de vontade que têm de acompanhá-los e de lhes proporcionar o melhor estágio possível em termos práticos e teóricos, em todas as áreas de saber-estar, saber-ser e saber-fazer, até acho que há muita vontade, se calhar faltarmos alguma formação...</p>	<p>A outra opinião distinta aponta para um acompanhamento mais estruturado que o que é feito aos profissionais. Parte desse sucesso deve-se à vontade de querer acompanhar e bem os alunos, dando o melhor que têm.</p> <p><i>“acho que é muito melhor que o dos profissionais.”</i> (Enf A01 27)</p> <p><i>“Ah, eu acho que eles têm um acompanhamento muito, muito bom (...). Eles agora quase que estão ao nosso nível e acho que têm tudo de nós. Têm o feedback todos os dias, a todas as horas, todos os minutos.”</i> (Enf. A10 20)</p> <p><i>“Eu acho que em termos gerais funciona bem! Os colegas dedicam o turno aos alunos, acompanham as práticas e registos, estão atentos às situações. Eu acho que no fundo funciona bem.”</i> (Enf C47 24)</p> <p><i>“(..) (Suspiro) Eu acho que o acompanhamento de alunos até é das coisas</i></p>
---	--	---

		<p><i>que estará assim mais bem feita em termos de vontade. (...) Mas de vontade que têm de acompanhá-los e de lhes proporcionar o melhor estágio possível em termos práticos e teóricos, em todas as áreas de saber-estar, saber-ser e saber-fazer, até acho que há muita vontade, se calhar faltar-nos-ia alguma formação.” (Enf. D39 20)</i></p>
--	--	---

<p>Aspectos a melhorar (Categoria B.2.1.2)</p>	<p>Enf. C57 16: Ah, ah, ah... O acompanhamento dos alunos?! Bem, sou um bocado suspeito! Tenho duas experiências bastantes diferentes, mas aqui não acompanho alunos.</p> <p>Posso falar da minha formação de base, como fui acompanhado enquanto aluno e, como estes alunos são acompanhados agora.</p> <p>Acho que os alunos deveriam ter pelo menos orientadores da escola, em que tivessem os objectivos bem definidos. Mas a minha opinião é que esse é um problema comum das escolas privadas daqui do Norte.</p> <p>C17: Mas os orientadores, aqui no serviço, não têm diálogo convosco?</p> <p>Enf. C57 17: Eu acho que era preciso um orientador no serviço, uma presença física do orientador no serviço...</p> <p>C18: Nos quatro anos?</p> <p>Enf. C57 18: Principalmente nos anos iniciais. Agora começam o estágio no segundo ano, mas pelo menos nos dois primeiros anos uma presença mais contínua, e depois se calhar ir passando essa presença física da escola, para o orientador do hospital. A presença seria importante para se compreenderem os objectivos da escola, uma vez que a avaliação que os enfermeiros fazem atendem mais aos objectivos pessoais do aluno e às experiências que lhes são proporcionadas, e pouco aos objectivos da escola. Aliás muitas vezes o enfermeiro quando os lê não concorda muito com eles, tornando mais ainda subjectiva a avaliação.</p> <p>Enf. C5422: Olha, eu acho que (riso) eles têm um acompanhamento diferente do que tive no meu curso. E eu acho que, pessoalmente, deviam ter um professor sempre com eles. Porque eles aprendem uma coisa na escola e todos os serviços no hospital, cada serviço tem a sua forma de trabalhar completamente diferente, completamente distinta.</p> <p>Eu acho que eles deviam ser acompanhados por um professor! Eu tive um professor sempre, um</p>	<p>Quando questionados sobre como avaliam o sistema de acompanhamento de alunos (mentorship) do serviço, Deram duas visões distintas. A maioria considerou que tem uma dinâmica negativa. Apontam como aspectos importantes a melhorar a (Não) Presença do docente da escola, e a Comunicação insuficiente entre a escola e a instituição hospitalar.</p> <p>Como factor a investir apontam ainda a formação dos profissionais do serviço.</p> <p><i>“Eu acho que era preciso um orientador no serviço, uma presença física do orientador no serviço...” (Enf. C57 17)</i></p> <p><i>“E eu acho que, pessoalmente, deviam ter um professor sempre com eles. Porque eles aprendem uma coisa na escola e todos os serviços no hospital, cada serviço tem a sua forma de trabalhar completamente diferente, completamente distinta” (Enf. C54 22)</i></p> <p><i>“(...) de que havia pouca ligação entre os enfermeiros do serviço responsáveis pela orientação e o professor (enfermeiro orientador da escola), principalmente nos</i></p>
--	---	---

orientador sempre comigo e é sempre diferente (.) porque eles aprendem uma coisa e vêm para aqui aprender outra. Eles mesmo diziam: “Eu na escola não faço assim”, quer dizer, aprendem uma coisa na escola e depois vêm para aqui, e não é que esteja mal feita, é diferente. E isso às vezes confronta... é um bocadinho diferente, quer dizer tiveram umas aulas práticas na escola, tiveram x tempo para aquilo e chegam cá e têm outro tipo de avaliação. Na minha opinião deviam ter um orientador da escola com eles.

C23: Todos os anos?

Enf. C5423: Se calhar não todos os anos, mas no primeiro e segundos estágios, acho que sim.

C 24: E na impossibilidade de haver um orientador da escola aqui, por onde passaria a solução, na tua opinião?

Enf. C5424: Não sei! Eles são bem acompanhados porque, mesmo as pessoas que trabalham aqui trabalham bem, mas eu acho que ter um orientador mais presente ou então eles virem cá e ensinarem aos alunos consoante o campo de estágio, assim dessa forma.

Eles estão a ensinar coisas, por exemplo, a maneira de fazer uma cama, não é?! Eles chegam a aprender no primeiro estágio a fazer uma cama na escola, e chegam cá e é outra forma. Ou se calhar os orientadores adaptarem o ensino que dão na escola ao sítio para onde eles vão. Se calhar é mais difícil mas, (.) eu acho que era mais vantajoso para os alunos.

Enf. C40 39: A minha avaliação em curto... devia melhorar muito. Eu acho que estão às vezes muitos alunos, que o seu período de práticas não começa quando devia começar, que eles nos trazem umas expectativas muito superiores ao que realmente poderiam começar a fazer. Deveria-se melhorar muito... mas, em parte a “culpa”, a responsabilidade é da escola.

Enf. C5026: Olha, é (...) assim. Aqui são acompanhados alunos de várias escolas - 4, 5, 6 escolas. Algumas mais frequentemente, principalmente uma, posso falar mais nesse aspecto.

alunos no meu serviço e a escola.” (Enf. C50 26)

“Não temos o feedback das escolas do que é que eles querem realmente (...) não há feedback do que é para melhorar, e aqueles relatórios que escrevemos são meras frases soltas que vão.” (Enf. B21 12)

“Realmente acho que o problema é uma falta de comunicação entre a escola e aqui, se calhar porque são dois sítios diferentes, na escola são universitários... Há um problema de comunicação.” (Enf. B24 17)

“(...) Agora em termos de competências que se calhar seriam necessárias para os acompanhar se calhar falham algumas. (...)Se calhar havia de haver algo mais concreto de formação para os formadores. Haver formação para os formadores, para os que acompanham os alunos...” (Enf. D39 20)

Portanto, coloquei, já no ano passado a minha principal crítica, **de que havia pouca ligação entre os enfermeiros do serviço responsáveis pela orientação e o professor (enfermeiro orientador da escola), principalmente nos alunos no meu serviço e a escola.**

Foi feito um esforço por parte deles, tanto como me deu a parecer, para melhorarem isso, mas ainda denoto (.) uma lacuna aí. Ainda há uma falha aí! E, dificulta-nos o trabalho com eles.

Enf. B21 12: Complicado, não é?! Agora acho que funciona um bocadinho melhor, apesar de tudo, mas... é assim, temos várias escolas, e também funciona diferente de escola para escola, não ponho isso em questão, quando está no ultimo estágio, que é de integração à vida profissional, nós temos basicamente que integrar o aluno nas tarefas todas do enfermeiro, daqui a nada é ele que vai fazer tudo sozinho. Acho que não há grandes problemas e aí não tenho nada a apontar.

Agora, outros alunos, é muito complicado. Porque é assim, nós enfermeiros de serviço ficamos com alunos, não é?! Temos as nossas tarefas e etc, não temos, digamos, que das escolas grande feedback de alguma melhoria, que é sempre igual para todos os grupos, muitas vezes, mediante o nível de aprendizagem que é completamente diferente do valor real, a grelha de avaliação é igual, apesar de a chefe dizer que é o primeiro estágio vocês calculam, e não sei o quê!

Não temos o feedback das escolas do que é que eles querem realmente e depois lá está, nenhum de nós está directamente interligado com nenhuma escola, a não ser na Ala A, algumas pessoas com a Universidade de Aveiro, mas porque temos um grupo grande, os vários grupos têm diferentes escolas, e nenhum de nós está interligado com outras escolas, **não há feedback do que é para melhorar, e aqueles relatórios que escrevemos são meras frases soltas que vão, não é?!** Vem cá a orientadora deles uma ou duas vezes (*) (*) e depois lá está, não é sempre a mesma pessoa que está com eles, o que promove uma subjectividade muito grande na forma como se integram os alunos. E o que deixam fazer, o que não deixam, e depois ouvimos os

alunos dizer, muitas vezes: “na ala A os colegas não fazem isto, por que é que nós fazemos? E na Ala A dizem, ah na ala B fazem por que é que não nos deixam fazer? Estás a perceber?!”

Não há uma uniformidade. No fundo eu acho complicado, devia de haver... sei lá, não é por ser na Universidade de Aveiro que estás, mas agora nós estamos a ter reuniões com os professores para uniformizar um bocadinho, quando ficarmos com alunos de Aveiro apesar de não termos contracto com a escola, mas vamos uniformizar um bocadinho com o que nós pretendemos para estes alunos.

Enf. B21 13: Acho que é importante. Acho que é importante que haja organização de quem está realmente no campo com eles, e que a escola, mais propriamente a docência, defina o que realmente quer deles.

Enf. B24 17: Os alunos são orientados por duas partes. Somos nós e os orientadores da escola. E na minha opinião há aí um problema e uma falta de comunicação. Porque começamos com (*) e eles vêm mal formados, vêm com falta de conhecimentos elementares para o estágio, o que realmente vão ter que fazer e como é que é...

E realmente acho que o problema é uma falta de comunicação entre a escola e aqui, se calhar porque são dois sítios diferentes, na escola são universitários... Há um problema de comunicação.

Enf. D39 20: (...) **Agora em termos de competências que se calhar seriam necessárias para os acompanhar se calhar falham algumas. (...)Se calhar havia de haver algo mais concreto de formação para os formadores. Haver formação para os formadores, para os que acompanham os alunos...**

Domínio B.2.2: Formação para profissionais

Questão: Na tua opinião os enfermeiros têm formação específica para acompanhar alunos? E deveriam ter?

Que tipo de formação? Onde e quem deveria dar?

<p>Tipo de formação (categoria B.2.2.1)</p>	<p>Enf. C57 19: Eu acho que sim, pelo menos mini-cursos ou formação. Primeiro eu acho que, qualquer enfermeiro de um hospital que fosse orientar alunos em estágio, principalmente como aqui fazem, deviam ficar com horário fixo. Depois o orientador da escola deveria estar mais presente, para reuniões formais e algumas informais.</p> <p>Essas pessoas deviam ter uma formação, pelo menos em escola, num ou dois dias, ou já uma orientação mais prolongada que dá para dar para todos os anos (outros estágios anteriores com a mesma escola), acho que era importante!</p> <p>Enf. B25 12: se calhar passa por fazermos um curso de orientador de estágio.</p> <p>Enf. B25 13: Mas a mim ensinaram-me na escola que uma das nossas funções é também a formação. Mas à partida não sei o que seria melhor, se durante o curso... porque depois cada escola... nós temos alunos de muitas escolas diferentes e cada escola é totalmente diferente. Um pedem para que venham arranjados, que não tragam o cabelo despenteados e não sei o quê mais; outros ligam menos a isso e ligam mais a formação de qualquer coisa. É difícil!</p> <p>Enf. A10 21: Formação?! Fiz uma pós-graduação em supervisão clínica de estágios, não sei se é?</p> <p>C28: E os colegas têm formação para acompanhar os alunos?</p> <p>Enf. A01 28: Têm, o único que não tem formação sou eu! (risos) (Não), por razões extras, primeiro porque estou ligado ao ensino, portanto tenho algum conhecimento de como deve ser feita a orientação. Conheço as políticas do ensino e da prática. Os outros fizeram cursos de supervisão clínica na UA.</p>	<p>O grupo de enfermeiros existentes no serviço, em termos de formação, diferem uns dos outros. Alguns frequentaram os cursos de formação existentes na Universidade de Aveiro (escola de saúde) – curso de especialização- e na Escola Superior de Enfermagem do Porto – pós graduação.</p> <p>Outros (a grande maioria, ainda) não têm qualquer tipo de formação, e opinião de que todos deveriam ter é unânime.</p> <p>Quanto ao tipo de formação uns consideram que basta alguns dias de formação (mini-curso), outros consideram que os cursos das universidades deveriam ser a orientação.</p> <p>Alguns até sugerem que a formação seja iniciada no curso de licenciatura, visto que uma das funções do enfermeiro, descritas no REPE é a de formar.</p>
---	--	---

C30: Mas uma vez que estás ligado ao ensino já tens essa formação?

Enf. A01 30: Sim, sim... (não) porque eu sei muito bem qual é o nível de exigência porque na escola, ou na universidade digo o que eles devem fazer em estágio.

Mas os outros meus colegas, a maior parte deles, tem formação. Eventualmente, poderá haver um ou outro que por ter estado de férias ou noutras situações mais específicas que não tem. Mas no geral tem!

C31: Mas referes-te apenas a esta ala ou a todas?

Enf. A01 31: A todas.

C32: E a formação que eles têm, foram feitas onde?

Enf. A01 32: Foram administradas na Universidade de Aveiro, a maior parte deles, e depois julgo que há um ou outro que fez uma formação no Porto, ou no São João, ou na Ana Guedes, não tenho a certeza, mas a maior parte foi em Aveiro.

C33: E achas que essa formação é importante?

Enf. A01 33: É fundamental, sim acho que é indispensável. Para já conhecem os objectivos das escolas e das universidades, e depois sabem, ehum, qual é a metodologia que a universidade pretende que seja aplicada aqueles alunos. Há uma ligação muito mais estreita.

C22: Sim, é uma formação. Mas os teus colegas que também acompanham alunos, têm todos essa formação?

Enf. A10 22: Ehum, alguns também na altura fizeram, mas são muito poucos. Mas acho que de resto não, acho que não é nada específico na supervisão clínica.

C23: Tu saíste do hospital para fazer formação, foi por opção própria?

Enf. A10 23: É assim, eu estou ligada à escola de Aveiro, eu tenho contrato com eles para

	<p>receber alunos em estágio, e se calhar fui estimulada por isso mesmo, porque foi a escola de Aveiro que nos convidou, falou-nos do... e eu achei bastante conveniente, pois se estava com eles em estágio tinha é que mais participar nessa pós graduação, portanto acho que nem fui obrigada!</p> <p>C40: E em relação a vocês, têm formação específica para acompanhar alunos?</p> <p>Enf. C40 40: Não. Eu tive uma formação mas foi de supervisão clínica, foi há pouco, mas assim pelo geral acho que... sabes as coisas que nos ensinaram na escola deveria render, porque eu vejo colegas que fazem coisas que não estão segundo as coisas que eu aprendi, e os alunos estão a ver o mesmo, só que não são capazes de dizer se está bem ou se podem fazer ou não!</p>	
<p>Formação ao cuidado de... (categoria B.2.2.2)</p>	<p>Enf. C57 20: Eu acho que devia começar pela escola.</p> <p>Enf. C5030: É assim, hoje em dia se eu quiser formação, eu é que a tenho que procurar. Agora, vamos ver a situação, num estágio longo, com muitos alunos que estão a iniciar, portanto, em termos de curso estão nos primeiros estágios, que são importantíssimos, o interesse é de várias as partes.</p> <p>É deles, é da escola, que estão aqui a colocar muitos alunos ao mesmo tempo. E de certa forma do hospital, não é?! Portanto essa formação que estás a falar deveria vir tanto quer da escola como do hospital.</p> <p>Mas, neste momento se eu quiser alguma formação para orientação de alunos, sou eu que a tenho que procurar, fora daqui, não é!? Em entidades formadoras.</p> <p>Enf. B25 13: Acho que sim, pois cada escola tem diferentes objectivos a atingir para os seus alunos. Também os objectivos a atingir diferem do aluno do 1º ano para o do 4º ano. Acho importante os orientadores do estágio terem uma formação específica para todos: desenvolver/atingir os mesmos objectivos.</p>	<p>Quando questionados sobre quem se deveria responsabilizar pela formação dos enfermeiros, são unânimes em referir que o interesse provém de todas as partes, mas que o investimento maior tem sido deles.</p> <p>O hospital ganha, enquanto instituição porque a maior parte deles (que estão no estágio de integração à vida profissional) vêm trabalhar para o serviço após terminarem, e esse tempo de integração é ultrapassado por um acompanhamento melhor estruturado que o processo de integração em vigência no serviço.</p> <p>Ganha a escola, enquanto entidade certificadora, porque possibilita aos alunos</p>

	<p>Não sei se seria melhor fazer igual a uma licenciatura, por exemplo como todos fizemos o quarto ano porque agora é necessário o complemento.</p> <p>Se calhar esse quarto ano que eles estão a fazer agora a mais, nas escolas, aproveitavam para tocar mais um bocadito em nós, porque em nós... uma coisa que em Espanha faziam e eu por acaso aqui não tenho visto... a minha forma de aprender em Espanha foi muito diferente da de cá.</p> <p>Eu chegava ao hospital e diziam-me: “vais estagiar neste serviço”, e não tínhamos enfermeiro orientador e ninguém que olhasse por mim. Eu tinha que me desenrascar e ir atrás das enfermeiras vendo e experimentando o que elas faziam, ou ver se me deixavam fazer alguma coisa... e era assim que eu me ia desenrascando, mas a primeira coisa que me diziam era que elas não eram pagas para te ensinar! Também me custa dizer: eu estou aqui a tentar aprender e vem esta dizer-me...</p> <p>Se calhar até têm uma certa razão, pois se calhar ela até tem muito trabalho e o que menos quer é alguém que esteja por ali e tal!</p> <p>Enf. B21 14: Eu acho que tem as duas componentes, porque (...) o enfermeiro (mas esta é a minha opinião, tenho muitos colegas que não pensam assim), que aceita ficar com alunos, a chefe não te obriga, ou raramente o faz (..) quem aceita ficar com alunos tem que ter (..) em mente/ presente, que vai ter determinadas responsabilidades e que tem que ter determinadas competências, não é só andar aqui a dar um banho, não é?! No fundo acho que é preciso ter isso presente.</p> <p>E, isso exige sacrifícios (...) sacrifícios da nossa parte, que não são remunerados, mas no fundo é uma aprendizagem que tu tens, não é? Em determinadas matérias, não nos fazia mal ir aos cursos às escolas (*) para quem fica com alunos, orientadores. Por outro lado, não fazia mal nenhum à escola ou aos docentes dela virem cá verem o que fazemos e o que temos para adaptarem ou dizerem as coisas deles. Penso que tinha que ser algo interligado, estás a</p>	<p>uma formação de qualidade.</p> <p>Ganham os alunos porque conseguem melhores experiências e um acompanhamento melhor por parte dos profissionais.</p> <p>Por fim os profissionais ganham em formação, mas alguns deles perdem dinheiro, por exemplo.</p> <p><i>“É assim, hoje em dia se eu quiser formação, eu é que a tenho que procurar. Agora, vamos ver a situação, num estágio longo, com muitos alunos que estão a iniciar, portanto, em termos de curso estão nos primeiros estágios, que são importantíssimos, o interesse é de várias as partes. É deles, é da escola, que estão aqui a colocar muitos alunos ao mesmo tempo. E de certa forma do hospital, não é?! Portanto essa formação que estás a falar deveria vir tanto quer da escola como do hospital.” (Enf. C5030)</i></p> <p><i>“E, isso exige sacrifícios (...) sacrifícios da nossa parte, que não são remunerados, mas no fundo é uma aprendizagem que tu tens, não é? Em determinadas matérias, não nos</i></p>
--	---	---

perceber?! Na minha opinião!

Se calhar é um bocado utópico, mas não acho que seja assim tão utópico quanto isso, porque se os orientadores vão às escolas fazer aqueles cursos aprender a forma de actuação perante os alunos, o que é que podemos exigir deles, etc., é uma aprendizagem porque nunca ninguém nos ensinou a orientar alunos. Isso não é utópico, e a escola vir cá também, porque não?

C36: A formação que os colegas têm na universidade também deveria ser feita cá no hospital, em vez de só irem do hospital para lá?

Enf. A01 36: Sim, sim. Eu isso acho que haveria muito a ganhar por parte de todos. Primeiro porque permitiria uma rotatividade maior em termos de acompanhamento (não há muita gente que queira acompanhar alunos e que não faça, actualmente!). Portanto, todos habitualmente acompanham alunos, a dificuldade neste momento é da universidade colocar alunos e não o contrário. Acabamos por ter alunos o ano inteiro.

No entanto, se as universidades, neste caso a Universidade de Aveiro desse formação, a formação que dá em Aveiro se desse nos locais de trabalho, como os hospitais, primeiro teriam uma cobertura muito maior, porque teriam muito mais gente não só nos serviços para onde vão ou onde estão agora, mas onde poderão eventualmente surgir alunos. Por outro lado permitiria que a orientação fosse mais global, não só aos alunos da universidade de Aveiro, mas dar seguimento a outras universidades que infelizmente não têm a opção de formar os formadores.

Enf C47 28: Eu acho que era melhor, **se fornecida pelo hospital**. O ideal era o hospital proporcionar, aos profissionais essa formação para no caso de ser necessário acompanhar alunos. Seria o ideal!

Enf. D39 21: Ora bem, eu penso que poderíamos colocar a questão da seguinte forma, **se o hospital assumiu esse compromisso, deveria assumi-lo na plenitude, ou seja, se aceita receber alunos, e até tira contra partidas disso, deve então pegar e formar pessoas para**

fazia mal ir aos cursos às escolas () para quem fica com alunos, orientadores. Por outro lado, não fazia mal nenhum à escola ou aos docentes dela virem cá verem o que fazemos e o que temos para adaptarem ou dizerem as coisas deles. Penso que tinha que ser algo interligado, estás a perceber?! Na minha opinião!" (Enf. B21 14)*

	<p>isso.</p> <p>Também por outro lado a escola, se quer no fundo que as coisas sejam, esse acompanhamento seja feito da melhor forma possível, e se eles têm objectivos e têm tudo muito planeado, têm que se preocupar em que isso realmente seja conseguido e que tenham as pessoas com competências para o fazer. Acho que ambas as partes poderiam estar envolvidas digamos, em processo que... não sei quem poderá tomar a iniciativa, ou quem ter a responsabilidade, mas uma e outra... começo logo por referir que se o hospital assume um compromisso desse deveria comprometer-se a ser eficiente e dar essa resposta.</p>	
<p>Importância (categoria B.2.2.3)</p>	<p>Enf. C5426: Acho (.) Eu acho que sim, de qualquer forma eu acho que quando a chefe dá os alunos aos enfermeiros ela sabe a quem os dá. Mas eu acho que sim, porque individualmente cada um trabalha à sua forma. Eu acho que eles fazem reuniões, não tenho a certeza, mas acho que eles desenvolvem no início de cada estágio de modo a ensinarem os alunos todas da mesma forma, acho que isso acontece. Mas não tenho muita a certeza, porque também não converso muito com eles acerca disso, não sei.</p> <p>Enf. B25 11: Acho que sim, sobretudo sendo formação. [quando questionado: C11: Sentes que seria importante para o teu desempenho, teres tido essa formação?]</p> <p>Enf. A01 33: É fundamental, sim acho que é indispensável. Para já conhecem os objectivos das escolas e das universidades, e depois sabem, ehum, qual é a metodologia que a universidade pretende que seja aplicada aqueles alunos. Há uma ligação muito mais estreita.</p> <p>Enf. A10 23: É assim, eu estou ligada à escola de Aveiro, eu tenho contrato com eles para receber alunos em estágio, e se calhar fui estimulada por isso mesmo, porque foi a escola de Aveiro que nos convidou, falou-nos do... e eu achei bastante conveniente, pois se estava com eles em estágio tinha é que mais participar nessa pós graduação, portanto acho que nem fui</p>	<p>Quando questionados acerca da importância de fazer formação para acompanhar os alunos, todos consideram importante. Quem fez encontrou vantagens, quem ainda não fez sente necessidade.</p>

	<p>obrigada!</p> <p>C24: E achas que isso te trouxe uma mais valia?</p> <p>Enf. A10 24: Lógico!</p> <p>C25: Na tua opinião é importante os enfermeiros terem formação para participarem na formação dos alunos?</p> <p>Enf. A10 25: Muito importante, muito importante!</p> <p>Enf. C40 45: Eu acho que essa formação e reciclagem, porque com o hábito adquirem-se muitas manias e muitos maus hábitos.</p>	
<p>Acompanhamento proporcionado (categoria B.2.2.4)</p>	<p>C28: Então o acompanhamento que fazes é com base no que os professores/docentes da escola te vão dizendo. Ou falam apenas com a chefe e depois é que te é transmitido?</p> <p>Enf. C50 28: Não. Pronto, no início o que eles faziam era isso, mas agora a nossa relação é mais directa. Posso dizer que, sei lá, o estágio há uns tempos, se calhar o orientador de estágio da escola vinha no início, ou não vinham, e depois vinha no último dia. Não tinha lógica nenhuma.</p> <p>Hoje já temos tido reuniões relativamente frequentes, e está a melhorar a situação!</p> <p>C34: O acompanhamento dos alunos difere do ano em questão?</p> <p>Enf. A01 34: Difere.</p> <p>C35: Na tua opinião a presença dos professores ligados à escola devia fazer-se sentir mais ou menos?</p> <p>Enf. A01 35: Ehum, eu acho que é... acho que está no ponto certo. Por experiência própria de quando andei estudar, e por experiência dos alunos com que depois fui ficando, quando têm os professores o comportamento é totalmente diferente e não é isso que deve ser avaliado. Ou seja deve ser avaliada uma situação muito mais real, porque é aquela que deve existir no futuro, e</p>	<p>O acompanhamento que proporcionam aos alunos tem por base algum diálogo com os docentes das escolas. Existem mais reuniões <i>“Hoje já temos tido reuniões relativamente frequentes, e está a melhorar a situação!”</i> (EnfC50 28), o tempo que os professores passam no campo clínico com os alunos torna-se suficiente – <i>“(...) acho que está no ponto certo (...)por experiência os alunos (...)quando têm os professores o comportamento é totalmente diferente e não é isso que deve ser avaliado (...)”</i> (Enf. A01 35).</p> <p>O senão que alguns apontaram foi o facto de nalgumas escolas os alunos iniciarem o primeiro ensino clínico cada vez mais tarde –</p>

acho que os alunos só têm a ganhar em trabalhar longe dos tutores, porque o tutor recorda-lhes algumas técnicas que não estão bem adaptadas à realidade. Portanto, só o facto de olhar para aquele professor específico, sabe o que é que ele queria que fizesse (risos). Torna a realidade mais “teatral”.

C41: Referiste que alguns dos problemas que existem no acompanhamento dos alunos tem a ver com a escola. Na tua opinião como poderiam ser contornados ou resolvidos?

Enf. C40 41: Olha, falo por exemplo por mim, as minhas primeiras práticas foram no primeiro ano e eu comecei... lá a distribuição é diferente, em Espanha é totalmente diferente, comecei com os auxiliares nos banhos. Nós dávamos banhos, depois a enfermeira ensinava-nos a avaliar a pele, como... se estava ruborizado e porquê, os pontos de pressão, essas coisas... que eu acho no início mais básicas.

C42: Vocês então já prestavam cuidados?

Enf. C40 42: Sim, sim... dedicávamo-nos mais aquelas coisitas mais básicas.

C43: Sabes que aqui em Portugal os alunos não podem prestar cuidados? Mas eu não vou por aí!

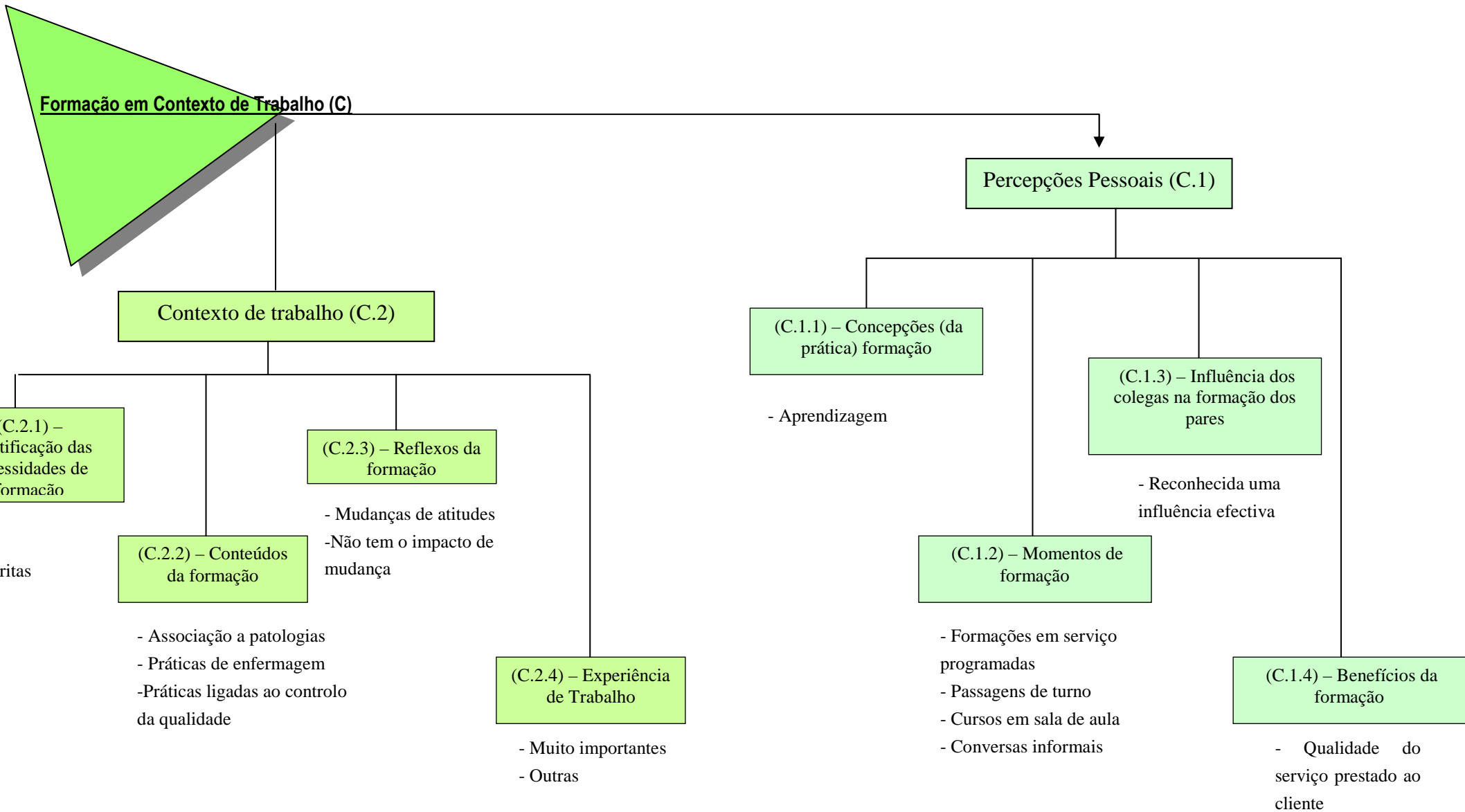
Enf. C40 43: Mas eu acho que no 2º ano, por exemplo, os que temos agora estão no segundo ano, e no 2º ano é muito tarde para haver um primeiro contacto. Ainda que já tivesse vindo uma vez, é muito tarde porque a gente entra com muito medo. E porque são 4 anos, porque se só fossem 3 isso só tinhas mais um ano de práticas que não te dá para trabalhar 2 dias depois de teres terminado o curso.

C44: Então a tua sugestão passaria pela reformulação dos planos curriculares das escolas?

Enf. C40 44: Eu acho que sim, no 1º. Porque ainda que tu só venhas a ver, vens e ficas, vês muitos doentes que não é o mesmo que ver nos filmes, e estamos em contacto com muita gente

“Olha, falo por exemplo por mim, as minhas primeiras práticas foram no primeiro ano (...) Mas eu acho que no 2º ano, por exemplo, (...) é muito tarde para haver um primeiro contacto.” (Enf C40 41 e 43)

	que tens que fazer determinado tipo de coisas que não é o mesmo que estar um ano só com teoria.	
--	---	--



TAXONOMIA C: FORMAÇÃO CONTINUA OU CONTEXTO DE TRABALHO

Dimensão C. 1: Percepções Pessoais

Domínio C.1.1: Concepções (práticas da) formação (Claude Dubar- in: Canário (org), 2003)

Questão: Que significado tem para ti o termo “formação”?

<p>Aprendizagem (Categoria C.1.1.1)</p>	<p>Enf. C57 24: Bem, formação?! Com o termo “formação” estamos a falar de dois tipos de formação: a formação <u>no</u> serviço, que é passada continuamente por todos os que estão envolvidos, e a formação que eu digo <u>em</u> serviço, que é dada de uma forma mais formal, que é programada, onde é aprofundado algum tema, ou uma situação. E tanto uma como outra é muito importante, uma mais espaçada no tempo, outra mais contínua, mas acho que ambas são muito importantes para o desenvolvimento profissional.</p> <p>Enf. C50 33: Formação! (suspiro e silêncio) Continuas com perguntas difíceis! O que é formação?! Formação é todo o conjunto de atitudes ou de (.) pesquisas ou (*) que tu adquires em teu próprio benefício dentro de uma área específica. Neste caso estamos a falar de saúde, não é?!</p> <p>Enf. C54 33: Formação (...) no geral, não é?! Aprender novas coisas, desenvolver novas capacidades, acima de tudo é isso!</p> <p>Enf. E60 34: Formação diria que é uma aprendizagem, que pode ser ou não forçada, não é? Ehhh direccionada para uma determinada necessidade, ou seja uma formação nesta área para responder a esta necessidade. Eu posso ter necessidade de formação de CPRE, então vou ter formação em CPRE, uma coisa que foi prevista, uma coisa que foi, em que há uma necessidade, prevê-se, programa-se, faz-se a formação para tentar responder a determinados objectivos. Pode ser uma aprendizagem, mas a aprendizagem é uma coisa mais solta. A formação é uma coisa menos direccionada, em que há uma coisa mais específica, vais ter</p>	<p>O que entendem por formação é uma busca por um conceito muito próprio, por uma percepção de algo com que contactam diariamente, pois diariamente vão-se formando (algo reconhecido pelos próprios como mais à frente vamos poder constatar, quando nos afirmam que a experiência do trabalho é fundamental na sua formação, assim como os pares).</p> <p>Alguns, por não conseguirem numa expressão dizer o que entendem por formação definem os tipos de formação que conhecem e com a qual contactam no seu desempenho profissional: formação no serviço (diária) e formação em serviço (formação em sala). (Enf C57 24)</p> <p>Mas, de uma maneira geral todos associam</p>
---	--	---

	<p>formação nesta área, para conseguires responder depois a estes objectivos. Considero assim uma coisa desse género, Não sei se respondi ou não?</p> <p>Enf. B25 23: Formação, para mim tem sempre a ver com o aprender, com o aprender coisas novas.</p> <p>Enf. B21 16: Formação (..) é um termo muito amplo. Olha significa (..) aprendizagem. Aprendizagem no sentido não só académico, mas o saber-ser, o saber-estar, toda a evolução que temos. E formação não quer dizer que seja uma formação só formal, só nas aulas, etc. Formação é ao longo do dia, em qualquer local, pode ser adquirir conhecimentos e adquirir competências (*)(*), portanto formação é muito amplo, formação é isso tudo, formação não é só estar nas aulas, isso é uma ínfima parte, formação é tudo embora as pessoas confundam as coisas.</p> <p>Enf. A01 43: Aprendizagem (.) contínua!</p> <p>Enf. A10 31: Formação?! É... formação é... formação, acho que é ensino, ensino é aprendizagem ehum... actualização, acho que é uma série de itens, não é?! Porque acho que temos que nos formar todos os dias. Acho que temos que procurar informação, temos que procurar conhecimento. Eu entendo dessa forma! É só a minha opinião (risos)!</p> <p>Enf. A10 32: A formação é o que eu vejo, não é?! Porque todos os dias a enfermagem está-se a actualizar, está em movimento, está em... não é?! Eu acho que a formação é isso!</p> <p>Enf C47 29: (Silêncio) Ora bem! Para mim formar é (.) aprender, observar, organizar (..) adquirir conhecimentos. Acho que formar é isso!</p> <p>Enf. C40 47: Formação?! Para mim está totalmente relacionada com aprendizagem. Não só a nível académico, a nível pessoal, tudo!</p> <p>Enf. D39 26: Formação?! Formação?! Aprender, assim numa palavra será aprender (sorriso).</p> <p>Enf. B24 22: Formação?! Acho que é adquirir conhecimentos novos, ehum, e reformular os que já tens, trocar ideias.</p>	<p>formação a aprendizagem...</p> <p>Conjunto de pesquisas e atitudes que se adquirem em benefício próprio numa determinada área. (Enf C50 33)</p> <p>Aprender coisas novas, desenvolver novas capacidades. (Enf C54 33) (Enf C25 23) (Enf B21 16) (Enf A01 43) (Enf C47 29) (Enf D39 26) (Enf24 22)</p> <p>Aprendizagem que pode ser ou não forçada, direccionada para determinada necessidade. (Enf E60 34) (Enf C40 47)</p> <p>Enfermagem está diariamente a actualizar-se, em movimento. (Enf A10 32)</p>
--	--	---

Domínio C.1.2: Momentos de formação

Questão: **Podes dar exemplos de momentos de formação que tiveram mais impacto em ti?**

Embora não tenha sido simples definir formação, os Momentos de formação (C.1.2) foram mais fáceis de identificar. Quando lhes foi pedido que dessem exemplos de momentos de formação que tiveram mais impacto, identificaram quatro:

<p>Formações programadas em serviço (Categoria C.1.2.1)</p>	<p>Enf. C57 25: Formação dita programada, penso que frequentei uma ou duas, devido a não ter disponibilidade de tempo para frequentá-las... se calhar gostava e às vezes há coisas muito úteis. Já fui convidado para fazer alguma formação dessa, mas não tenho estado disponível... vamos ver, talvez um dia consiga participar nela... se calhar é importante uma pessoa trocar experiências! Na formação com os colegas acho que tenho contribuído bastante no aspecto de trazer experiências novas, de outras realidades. Existe confrontação, tentativas de melhoramento... tanto num lado como no outro e acho que nesse aspecto tem sido muito bom.</p> <p>Enf. B24 24: Ações de formação, quando partilhamos alguma coisa que nos vem à cabeça ou nos chama à atenção.</p> <p>Enf. C50 36: Ora bem (suspiro)! Aqui no serviço passará, quase sempre por ações de formação, que nós, (...) portanto que nós fazemos ou às quais assisti.</p> <p>Enf. C50 37: Como formação, portanto no correctivo da palavra, organizada, com objectivos definidos. Agora também há a formação formal, também a há e tocam-se muito. E essas vão acontecendo esporadicamente. São feitas por médicos e outros profissionais. Neste momento não me estou a lembrar de nenhuma em concreto.</p> <p>Enf. C5434: Muitas formações tiveram, não sei agora. (NÃO PERCEBO GRANDE PARTE DA RESPOSTA) Qualquer delas são importantes, aprende-se sempre qualquer coisa que não se saiba ou ficasse desperto para.</p>	<p>Formações programadas em serviço (Categoria C.1.2.1) e Cursos em sala de aula (Categoria C.1.2.3)– As formações ditas formais são o tipo de formações geralmente referenciado como um momento importante de formação. É compreensível este tipo de atenção dada uma vez que é a formação mais convencional e a mais fácil de controlar a informação a dar, devido ao planeamento prévio permitido.</p>
---	--	---

	<p>Enf. E60 35: Ehum, vá, aprender a gente aprende sempre, formação em concreto, há formação de 2 em 2 anos de SBV, houve formação e agora há a reciclagem dessa formação, depois formação mesmo aqui no serviço tive CPRE que foi para aí mês e meio, talvez um dia por semana (foi mais que mês e meio, para aí 2 meses), íamos para o Hospital Pedro Hispano, porque eles já lá estavam a fazer o CPRE e nós cá nunca fizemos, Começámos por fazer há já para aí meio ano ou mais. Houve necessidade dessa formação. Ehum, depois fizemos também a propósito dos balões, porque inicialmente e ainda há 2 tipos de balões, um americano e o outro acho que é francês, um que é com ar e outro que é com água. O americano é com água, neste caso soro, em que provoca algumas queixas, o com ar provoca menos queixas, mas está menos desenvolvido e é mais perigoso introduzir. Houve formação nos 2 lados, primeiro o americano, que é o que nós usamos aqui por rotina. O francês que é com ar, foi uma formação de um dia em que fomos a uma clínica e que fez-se tanto treino de introdução, por parte os médicos, com o treino de instrumentos, e técnicas para ajudar a retirar, e não sei o quê, e os alguns cuidados que se tem que ter. Fizemos depois também cá alguma formação nesse sentido para tirar, que é necessário também o apoio do B.O. e não sei o quê, fizemos mesmo com pessoas. Lá na clínica fizemos com animais.</p> <p>Isso, são formações assim com mais volume, mais que não havia. Agora assim formações para além disso, pode haver, já não considero uma formação considero uma aprendizagem. “Vá, nunca naquele artigo não sei das quantas... e aplica-se; mas considero isto uma aprendizagem, talvez, não diria uma formação. Porque por formação depreendo uma coisa diferente provavelmente porque se vai fazer uma coisa nova. Há necessidade de uma formação diferente. Agora no dia-a-dia, semana-a-semana, rotineiramente não há formação.</p>	
<p>Passagens de turno (Categoria C.1.2.2)</p>	<p>Enf. C57 26: Olha, muitas vezes nas passagens de turno. Quando existe uma boa relação e o colega vai prestar cuidados, há sempre aquilo “aquilo faz-se” ou “aquilo não se faz” ou “já fiz assim, e se calhar assim é melhor”... entra ali uma discussão saudável e isso melhora e são</p>	<p>No entanto, hoje, cada vez mais se começa a dar importância às formações</p>

	<p>momentos que são importantes. Numa passagem de turno, quando está toda a gente interessada em passar o turno e receber todos os doentes, é importante assim como na prática.</p> <p>Enf. B21 17: Olha, queres um exemplo que eu acho que é muito importante na formação e que eu acho que estamos a perder aqui? Que é a passagem de turno, principalmente quando eu comecei a trabalhar. Havia coisas que eu nem imaginava sequer e havia situações, com feridas ou com o que quer que seja, que exigia o desenvolvimento de competências e que eu se calhar nunca teria sabido como se faz, se em determinada altura não perguntasse como se fez, como não se fez?! Acho que é um momento por excelência de formação (**), estás a entender?! E neste momento isso desaproveita-se totalmente aqui.</p> <p>A passagem de turno está completamente banalizada, percebes?! É uma brincadeira, eu também a tornei, muitas vezes(..), mas é só uma brincadeira como se passa paralelamente e não ouves nada do que os outros dizem, e(...) não tens noção do serviço em geral, não tens noção se acontecerem complicações, como tu deves actuar porque não sabes que o que é que aquele doente tem. E acho que se perde muito!</p>	<p>informais e não formais, reconhecidas também por este grupo de actores, nas Passagens de turno (Categoria C.1.2.2), e Conversas Informais (Categoria C.1.2.4). “Olha, muitas vezes nas passagens de turno. Quando existe uma boa relação e o colega vai prestar cuidados, há sempre aquilo “aquilo faz-se” ou “aquilo não se faz” ou “já fiz assim, e se calhar assim é melhor”... entra ali uma discussão saudável e isso melhora e são momentos que são importantes. Numa passagem de turno, quando está toda a gente interessada em passar o turno e receber todos os doentes, é importante assim como na prática” (Enf. C57 26).</p>
<p>Cursos em sala de aula (Categoria C.1.2.3)</p>	<p>Enf. D39 27: Ehum,.. Foi o meu curso de enfermagem, foi o complemento (risos), não tinha essa expectativa! Foi importante. Não tanto, mas também, porque aprendi, mas foi pela sensibilização que me... despertaram em mim para aspectos, para ficar muito mais desperta para outras situações... será a experiência, a nossa experiência de vida, a nossa experiência prática e de vida, ou a idade, quer dizer nós irmos vivendo e fazendo, acho que isso é uma formação que é de mais valia.</p> <p>Enf. C57 27: Sim. A especialidade que estou a tirar neste momento parece mais direccionada para os cuidados de saúde primários, no entanto acredito que vai acabar por estar espelhada nas</p>	

	<p>actividades que desempenho aqui no São Sebastião, pois está-me a fazer reflectir sobre muitas práticas, e essa reflexão é importante. É por isso que estou a gostar muito de voltar a estudar agora, porque mesmo pelo pouco tempo que tenho, faz reflectir e é importante. Estamos a estudar coisas que já sabemos, precisando apenas de desenvolver os temas, mas abre sempre um bocadinho mais de discussão, porque nós estamos sempre muito abertos à discussão, é mais um passo para discussão com todos. É-nos inculcada este “bichinho” de discutir, aprofundar, questionar...</p>	
<p>Conversas Informais (Categoria C.1.2.4)</p>	<p>Enf. B24 24: (...) Por exemplo, não aprendo tanto como quando eu falo com outra pessoa que tenha mais experiência, que tenha conhecimentos... de certeza que isto que acabo de dizer é uma formação, mas não é uma acção de formação!</p> <p>Se calhar seria um momento com outro colega, uma experiência ou com outro grupo novo... que acho muito mais importante que uma acção de formação.</p>	<p>“ (...) <i>Não aprendo tanto como quando eu falo com outra pessoa que tenha mais experiência, que tenha conhecimentos... de certeza que isto que acabo de dizer é uma formação</i>” (Enf. B24 24)</p>

Domínio C.1.3: Influência dos colegas na formação dos pares

Questão: Qual é a importância dos colegas na formação dos pares?

<p>Reconhecida uma influência efectiva (Categoria C.1.3.1)</p>	<p>Enf. C57 33: A importância? Acho que é muito importante. É pena às vezes algumas pessoas, pela sua personalidade, não deixem transparecer essa... dar a sua opinião, outras por um medo de não serem bem aceites, não deixem as suas ideias.</p> <p>Mas, tirando essas limitações, acho que é sempre importante, às vezes um pequeno erro que se diga, ao resolvê-lo de forma positiva, vai ser um passo positivo.</p> <p>Enf. C50 40: Qual a importância que os colegas têm na formação uns dos outros?! (...) Dada a idade da equipa de trabalho, somos todos mais ou menos da mesma idade, e a forma como nos damos, penso que é bom, relativamente bom, acho que existe influência, que eu acho que é boa.</p> <p>Como somos todos mais ou menos da mesma idade, tão facilmente somos formados como formadores, ou seja todos temos mais ou menos a mesma importância na formação dos colegas.</p> <p>Enf. C5437: Claro que sim, porque como já disse todos trabalhamos de forma diferente, e às vezes aprendemos uma coisa com um ou com outro, e porque um de nós foi fazer uma formação fora, por exemplo, e trás aquilo de novo, transmitindo, acabamos por aprender muitas coisas com eles. Eu acho muito importante.</p> <p>Enf. B21 20: Olha, eu acho que são muito importantes. No outro dia, para aí há dois dias, estávamos aqui na conversa na sala de trabalho e estávamo-nos a questionar: “Olha tu fazes assim, porque que fazes assim?” Com isto, no fundo, estamos-nos a formar uns aos outros,</p>	<p>Os colegas na formação uns dos outros são vistos como uma influência boa e importante. <i>“Nós somos, eu acho que nós somos o melhor exemplo ou o pior exemplo uns para os outros”</i> (Enf D39 30)</p>
--	---	--

	<p>portanto, eu acho que são muito importantes e deve haver essa cooperação.</p> <p>Enf. D39 30: Ora bem, deixa ver se eu consigo perceber o que é que queres perguntar. Qual é a importância... C31: Que os colegas têm na formação uns dos outros? Enf. D39 31: Portanto aquilo que eu entendo dessa pergunta é assim nós somos, eu acho que nós somos o melhor exemplo ou o pior exemplo uns para os outros. Portanto, eu acho que nós... é muito importante que cada um de nós se preocupe em fazer bem porque nós somos o exemplo, quer dizer nós somos a desculpa para os outros da má execução deles. Portanto, acho que é muito importante.</p>	
--	---	--

Domínio C.1.4: Benefícios da formação

Questão: Quais são para ti os benefícios mais evidentes da formação realizada no serviço?

<p>Qualidade do serviço prestado ao cliente (Categoria C.1.4.1)</p>	<p>Enf. C57 34: Olha, começando por baixo, ao doente é-lhe prestado melhores cuidados. Melhor (e já que estamos a falar de qualidade) qualidade para o doente, tanto de cuidados como de uma vida, trabalhando sempre para obter mais saúde e ter que ir para o exterior (alta).</p> <p>No momento da alta há a preocupação de ver se a pessoa tem condições ou não. Acho que nesse ponto tem-se trabalhado muito desde o momento em que o doente dá entrada na preparação da sua alta. Tudo isto trás muitos benefícios para ele, família e todos o que o estão a acompanhar. Pronto é bom!</p> <p>Dentro dos enfermeiros esta formação é boa, porque vai melhorar os conhecimentos e, podem-se criar ou melhorar os protocolos da instituição e do serviço.</p> <p>A nível de comunicação com os superiores esta formação vai trazer novas informações para o superior pela necessidade de formação que é precisa, e pronto isto vai subindo tudo, até ao enfermeiro director! E a supervisão é isso, é começar ao contrário, se calhar.</p> <p>A supervisão engloba a formação, vão-se formando as pessoas.</p> <p>Enf. B21 24: Na formação, como te disse, a nível de prática não verificas muito, mas o que verificas penso que é importante. Pelo menos saber contabilizar determinadas coisas. E da formação também o aspecto positivo das pessoas que o fazem, estarem a pesquisar, estarem a aprender, não e?! Para a própria pessoa, e não só, mas quem faz a formação normalmente tem o maior conhecimento.</p> <p>Enf. A01 63: A formação... os benefícios da formação?! Os benefícios da formação é a</p>	<p>A qualidade do serviço prestado ao cliente é o principal objectivo de todo o processo de acreditação, e é a melhoria da qualidade que eles reconhecem como sendo o benefício mais evidente da formação realizada no serviço – <i>“ao doente é-lhe prestado melhores cuidados”</i> (Enf C57 34).</p> <p>Para atingir essa qualidade na prestação dos cuidados há inicialmente uma evolução de conhecimentos, da própria pessoa e das próprias práticas (Enf A01 63).</p>
---	--	--

	<p>evolução da própria pessoa, dos conhecimentos, das próprias práticas.</p> <p>C42: Achas que essa formação tem vindo a melhorar? Achas que essa melhora está relacionada de alguma maneira com o processo de acreditação da qualidade? Qual é a tua opinião acerca disso?</p>	
--	--	--

Dimensão C. 2: Contexto de trabalho

Domínio C.2.1: Identificação das necessidades de formação

Questão: Como se procede no grupo à identificação das necessidades de formação?

<p>Não prescritas (Categoria C.2.1.1)</p>	<p>Enf. C50 38: De uma forma informal, também. No dia-a-dia, em conversa com os colegas começam a surgir algumas questões que quase todos que levam um bocado para esse caminho. Como é que eu hei-de dizer...A equipa de enfermagem é muito homogénea em termos de faixa etária. As dúvidas/problemas que surgem normalmente são comuns a vários elementos da equipa.</p> <p>E aí se calhar não há aquele elemento mais velho... O serviço não tem 1 ou 2 elementos mais velhos que normalmente esclareçam as dúvidas. Estamos todos em igualdade, e aí formamos grupos prepara a formação para o hospital.</p> <p>Enf. C5435: Normalmente somos nós, os elementos de cada serviço que damos os temas à chefe. Aqueles que achamos que não estão muito por dentro do assunto ou que achamos que possam ter algumas falhas.</p> <p>Enf. B21 18: Olha, procede-se mal, mas de vez em quando há algumas que são identificadas pelo grupo, por exemplo, nós temos uma que eu e outras pessoas falaram e fomos comentando no grupo, nas passagens de turno (estás a ver?!), que é onde nos encontramos mais, e chegamos à conclusão que era uma necessidade sentida por nós. Nós temos muitos doentes com BIPAP, por exemplo e tudo o que sabíamos foi auto didacta, nunca tivemos formação sobre isso, e cada vez nos aparecem mais casos e temos alguns problemas que nos vemos mesmo à negra para os resolver, daí que sentimos essa necessidade. E falamos com a chefe, e em principio vamos ter uma formação sobre isso. Mas isso não é o mais frequente!</p> <p>Por outro lado, e a maior parte das vezes o que é que acontece, a chefe faz o seguinte, no</p>	<p>Identificadas pelo Grupo/informais</p> <p><i>“Normalmente somos nós, os elementos de cada serviço que damos os temas à chefe”</i> (Enf C54 35)</p>
---	--	---

	<p>principio do ano, aconteceu este ano (.) no final do ano passado, aliás, disse: vocês proponham temas para fazer formação em serviço em que vocês acham que são indicadas para o serviço, onde existam falhas e que vocês queiram dar, etc. No fundo, nós vamos conversando e vamos falando daquilo ou disto, mas o que é que acontece? Às vezes acontece que realmente há a necessidade que se detectou, mas muitas vezes não, até se diz olha eu tenho uma trabalho sobre isto. Pronto, se calhar não é da forma mais correcta que deveria ser. Para colmatar as necessidades todas que temos, não é?! A formação é mesmo para isso, para as lacuna...</p> <p>Enf. D39 28: (suspiro) Eu acho que é outra das lacunas aqui, não há assim um, não há um plano. Eu penso que, podendo correr o risco de estar a ser injusta, a formação aqui não é entendida como um meio para corresponder a essas necessidades, é uma obrigatoriedade de cumprir calendário, quer dizer, é necessário fazer formação, então venham daí os temas. Acho que é um bocadinho assim que funciona. Não sei se eu estou a ser muito injusta, mas é essa a ideia que eu tenho.</p> <p>Enf. B24 25: Através dos problemas que nós vivemos, este tema, “ah, como é isto”, “ah, eu não sei!” Ou porque também é interessante, mas vamos falando entre nós, de algo que ai aparecendo de novo, ou um caso que nos interessou. Vamos falando!</p>	
<p>Prescritas (Categoria C.2.1.2)</p>	<p>Enf. C5435: Mas a chefe propõe-nos esses temas, porque acha que essa formação nunca foi feita ou se ela sentir que é necessária, porque nós temos doentes rotativos, somos específicos de oncologia e de medicina, só que depois rodam de outros serviços. E quando ela acha que alguma coisa não está bem, propõe alguém para fazer essa formação. E isso é vantajoso para todos, porque de cada ala nós temos formações de todas as áreas.</p>	<p>Pela Chefe – “(...) <i>A chefe propõe-nos esses temas</i>” (Enf C54 35)</p>

Domínio C.2.2.: Conteúdos da formação

Questão: Quais os principais conteúdos abordados nos momentos de formação?

<p>Práticas ligadas ao controlo de qualidade</p>	<p>Enf. C57 30: Olha, aspectos que se discutem, ou que se discutiram, foram em tempos e acho que foram dos primeiros, até soube que isso eram indicadores, foram as úlceras de pressão, as quedas. Houve aí a necessidade de registar todos os procedimentos. Depois vieram os lixos, e a segurança... pronto, são esses passos mais aplicados ao serviço. A minha experiência é mais nessa base!</p> <p>C31: E na continuidade de cuidados como tinhas dito há um bocado?</p> <p>Enf. C57 31: Sim, também. (32) Sim, mas isso é uma coisa que a gente já fazia, mas sem saber que estava a trabalhar para a qualidade. E agora também com implementação, recentemente com uma folha de colheita de dados, em informática, que possibilita a comunicação com todos os outros elementos do hospital, de outras categorias. Acho que estamos a trabalhar nesse nível e está a ser bom!</p>	<p>Os indicadores de qualidade são e serão sempre temas alvos de formação contínua no seio dos profissionais de saúde. Os enfermeiros, como profissionais que contactam directamente com os clientes têm que ter presente dinâmicas instituídas neste sentido. Os exemplos que dão são um retrato importante: Prevenção e tratamento de úlceras de pressão, quedas, triagem de lixos, segurança...</p>
<p>Práticas de enfermagem</p>	<p>Enf. C50 39: Olha, tem quase sempre a ver com... se for aqui no serviço, é uma formação quase interna com dinâmicas do serviço, patologias, práticas... (***) são formações que têm mais a ver com o serviço.</p> <p>Enf. C5436: Depende muito do tema. Todos, todos, têm sempre cuidados de enfermagem. Em todas as formações que nós damos, há sempre uma preocupação de ter cuidados de enfermagem. Agora consoante o tema da formação tem os restantes conteúdos, mas há sempre os cuidados de enfermagem.</p>	<p>Outra temática que deverá sempre acompanhar os enfermeiros, pela razão óbvia da profissão, são os assuntos ligados à sua prática. Quando se pretende melhorar os cuidados prestados temos que discutir o que fazemos.</p>
<p>Associação a patologias</p>	<p>Enf. B21 19: A maior parte das vezes os momentos de formação aqui funcionam, infelizmente, como nas salas de aulas, pronto... No final alguns dão um palpite, dão opiniões e vamos lá à sala</p>	<p>Agora uma temática que se pretende diminuir nas formações dos enfermeiros é a</p>

	<p>de reuniões, como tu já sabes e já viste! Aconteceu uma vez irmos ao serviço e numa enfermaria posicionarmos o doente, mas normalmente não há esta coisa de ir ao serviço e mexer. O que acontece é que fala-se muito da patologia e do plano geral, ninguém especifica.</p> <p>Conteúdo médico, com planos de enfermagem associados, quase sempre é disso que falamos. Às vezes fala-se de um procedimento ou outro, mas no geral é isso. Aliás se tu vires os temas é a doença tal e os cuidados de enfermagem, doença tal, e os cuidados de enfermagem... é quase sempre isso. Por vezes, até se fala de posicionamentos, que é muito a nossa área, mas a base é uma doença ou patologia e a nossa actuação perante isso.</p> <p>Enf. D39 29: Formações que vão fazendo aqui, podem ser várias, de vários assuntos. Nós também temos um serviço que tem muita diversidade de especialidades e de situações, portanto, vai, efectivamente, até vai sendo, hummmm, direccionada a assuntos que são do nosso dia-a-dia. Mas nem sempre nós temos dificuldade, e nós lidamos com isso, nem sempre quer dizer que nós sentimos necessidade, não é porque nós não a tenhamos, nós é que não as sentimos. Porque não estamos sensibilizados para as ter, para ter essas necessidades, para sentir essas necessidades. Acho que vamos executando, fazer por fazer, acho que é um bocado a ideia que eu tenho.</p> <p>Enf. B24 28: Depende da ala, cada um defende a especialidade. Nesta ala... (..) é que eu estou aqui há pouco tempo, porque eu era da A, e só estou aqui desde Julho.</p>	<p>associação da sua prática aos diagnósticos médicos.</p> <p>Extinguir parece-nos difícil, mas passar ao lado pode ser possível. Apesar de trabalharmos em equipa e por isso a extinção não é possível, podemos trabalhar no sentido da autonomia.</p> <p>Mesmo sendo esta uma pretensão, ainda não é uma realidade, daí que à formação dos enfermeiros ainda se associam as patologias.</p>
--	---	---

Domínio C.2.3: Reflexos da formação

Questão: De que modo reconhecemos na prática os conhecimentos adquiridos na formação em serviço?

<p>Não tem o impacto da mudança</p>	<p>Enf. D39 32: (..) Na prática? Lá está (...) Eu acho que na prática não consigo visualizar muito essa (*), portanto essa mais valia, embora possa acontecer uma situação ou outra que nós, ehum, reconhecemos ou nos lembramos de quem fez aquela formação ou até de quem esteve ou uma outra situação isso até é (*).</p> <p>Eu lembro-me de quando fiz esta última formação que se falou assim muito, alguma coisa vai ficando, dá-se alguma importância, mas de uma forma geral se calhar não se vê muito isso, não se nota muito a diferença. Porque eu também continuo a achar que a formação em serviço é feita de uma forma muito formal, e não muito oportuna, e é por isso que se calhar, lá está, não está a responder às necessidades que nós sentimos... está é a responder a uma necessidade de cumprir calendário.</p> <p>Enf. C50 42: Não é nada de muito evidente, não é?! Há alguma preocupação de mudança da pessoa que fez a formação, mas se calhar depois deverá ser mais trabalhado. Seria importante uma pessoa depois a supervisionar, não é?! O que eu estou a dizer é no sentido de depois melhorarmos, não é?! Porque quando estamos a trabalhar se calhar depois não temos essa perspectiva.</p> <p>Enf. B21 22: Olha, este ano nunca pior, a nível do que tem corrido. Se as pessoas adquiriram ou não conhecimentos... (...) algumas foram adquirindo! No geral há um impacto muito reconhecido mas na prática não o tens, porque falas de muitos temas que às vezes nem estão muito ligados com a nossa prática e não vês grandes alterações.</p> <p>As pessoas adquirem novos conhecimentos, mas na prática... também nem mudaram muito,</p>	
-------------------------------------	--	--

	<p>nem conseguiram mudar muito ou nem havia muito para mudar.</p> <p>Este ano, quando falamos no geral, em como correu a formação, há uma maior adesão, sem dúvida. Porque antes era numa sala destas (encontrávamo-nos numa sala pequena onde guardam os antibióticos) e tinhas cinco a seis pessoas, nunca tinhas mais do que isso, e eram sempre as mesmas. Agora a equipa tem-se renovado e eu acho que os mais novos, por necessidade, se calhar, de currículo, que os pode levar ali, mas não vamos por isso em questão, têm aderido mais, por enquanto, depois vamos ver.... Este ano as coisas têm corrido benzinho!</p> <p>Já fizemos doze ou treze formações, o que é um recorde na medicina, porque normalmente as coisas vão-se arrastando, arrastando e chegamos ao fim com meia dúzia delas feitas. E eu acho até que tem corrido bem, minimamente dentro do que é possível.</p> <p>Agora, se é o verdadeiro espírito da formação em equipa e da formação em serviço, se calhar ainda não estamos lá. Não estamos lá! Temos que mudar, mas pelo menos já se consegue as pessoas juntas numa sala a falar sobre qualquer coisa, o que já não é mau. Antes nem isso, portanto, temos que começar por algum lado.</p> <p>Enf. C5442: Eu acho que as formações sempre foram muito boas, nunca assisti a uma formação que não fosse interessante, quase todos os temas são interessantes. Não sei se houve alguma evolução, mas (..) não sei especificar. Não, não notei nenhuma diferença!</p> <p>Enf. B24 27: Mal! (riso) (Praticamente não se visualizam mudanças comportamentais).</p>	
Mudanças de atitudes	<p>Enf. A01 59: Através de mudanças de atitudes. Quando se discute e quando se chega a determinados tipos de consensos ou conclusões tenta-se implementar. E temos exemplos de coisas práticas que é discussões de como fazer os pensos dos cateteres... chegou-se facilmente a um consenso porque a forma como todos faziam... cada um fazia de maneira diferente do outro, e depois havia problemas que depois ninguém sabia muito bem quem é que os trazia, então,</p>	

discutimos isso, fizemos uma formação em serviço em que houve um consenso em como poderíamos fazer e avaliar aquilo, foi avaliado de uma forma empírica, e a forma como toda a gente fez, e a avaliação foi empiricamente, não temos nada científico. Mas em termos de avaliação empírica foi boa.

Outras coisas que foram discutidas e implementadas desde mudanças de sistemas de soros, não seguir os protocolos que estavam, ou que eram aconselhados pelas empresas produtoras e fazermos nós próprios um. Portanto, coisas simples mas que no fundo são... pronto, vê-se nas mudanças de comportamento, tentam aplicar aquilo que no fundo é discutido e é consensual no fim da discussão.

Enf. C5438: (...) Não sei! (Sorriso) Quando há uma formação que marca alguém, normalmente nos **primeiros dias a seguir toda a gente se adapta à formação que fez**. Depois é difícil assim avaliar, pois **com o passar do tempo às vezes há umas ou outras que não ficam assim tão visíveis**, mas sei lá!

C39: Mas essas que provocam mudança, continua-se a ver essa mudança?

Enf. C5439: Sim, **aquelas que funcionam realmente são mudadas e permanecem**.

Enf. B21 21: De que modo é que se reconhecem? É assim, se tu falas, por exemplo a nível de drenos torácicos, que está muito relacionado com a nossa ala e que muito se falou à pouco tempo (por acaso eu não pude ir a essa formação, mas já tinha havido uma), se calhar nos tempos mais próximos, se as pessoas estiveram interessadas, tu vêes, olha “afinal eu fazia assim e na formação aprendi que não é correcto”. Por isso **eu acho que melhora os conhecimentos, ou melhor, melhora a nossa prática**, se for correctamente entendido, e se as pessoas realmente tiverem interesse.

	<p>Enf. C54 41: Qualitativamente, eu acho que é muito bom, acho que as pessoas se envolvem muito. Quando fazem uma formação há um envolvimento muito grande das pessoas que fazem.</p> <p>Enf. B24 26: Em termos de temas (conteúdos) tem que ser interessantes, e depois em termos de apresentação tem que ser algo que te chame, porque tem que ter coisas novas, algo novo não clássico... a formação tem tido isso!</p>	

Domínio C.2.4.: Experiência de trabalho

Questão: Até que ponto é formadora para ti a experiência do trabalho?

<p>Muito importante</p>	<p>C38: (Enf C57) No fundo acabaste de responder ate que ponto é formadora para ti a experiência do trabalho, ao realçá-lo!</p> <p>Enf. C50 54: Formadora?! É em tudo! Tem sido formadora porque estou numa área muito especifica... a nível humano, pessoal... portanto em todos esses aspectos penso que tem sido importante. Aproveitar ao máximo essa qualidade do trabalho. E se fizermos isso tornamo-nos melhores pessoas.</p> <p>Enf. C5447: Ah, formadora! Sim, sem dúvida. Até mesmo a níveis pessoais, acho que há um envolvimento com os doentes e tudo.</p> <p>Enf. E60 48: (...) Ehum. Considero que há duas questões muito a esse nível de trabalho. Há o trabalho científico, o trabalho concreto de enfermagem ou o trabalho médico, em que se aprende, que no dia-a-dia nós podemos ter a ideia que sei lá, uma questão técnica - uma colite é uma coisa qualquer e a gente aprende e percebemos isto e aquilo, vamos sempre aprendendo com os hábitos das pessoas que nos aparecem, aprende-se nesse sentido.</p> <p>E aprende-se do resultado das coisas, da relação humana, do próprio contacto com os doentes, se calhar nós podemos estar todos os dias a queixar de não sei o quê, mas se calhar há alguém que teve muito mais azar na vida e então podemos aprender com isso.</p> <p>Então, quer dizer, há essas duas questões, o trabalho para mim é isso, é a parte relacional com as pessoas que cá vem e saber perceber os doentes que cá estão, e saber lidar com isso. E há outra parte, que é a parte mais científica, que não tem propriamente a ver com os doentes e o</p>	
-------------------------	--	--

exemplo que podemos dar no dia-a-dia. Não te sei dizer muito mais.

Enf. B25 36: Muita (.....) **é a experiência do dia-a-dia que me faz enfermeira.** O trabalho... e eu tenho muito gosto naquilo que faço.

Enf. B21 30: **Muito! Quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Eu sei que cresci 300%, a minha visão do mundo lá fora mudou!** Sobre mim, sobre a minha personalidade, porque vais aprendendo a conhecer as tuas reacções, e a nível profissional sem duvida. Notas que vais evoluindo.

Enf. A01 68: Ai, excelente. **O trabalho é que me deu praticamente tudo... tenho uma experiência larga, não é?!** E com base naquilo que leio e estudo e depois transpondo isso para o dia-a-dia, consigo ter uma visão diferente do que vem nos livros. Consigo ver as coisas de uma maneira diferente, uma outra realidade...

C69: Portanto estás a dizer que foi importante a experiência que tivestes nos diferentes contextos, para a tua formação, no fundo? Aconselhas as pessoas manterem-se no serviço bastante tempo ou a rotatividade?

Enf. A01 69: Sim, a experiência sim. Não é aconselhável a rotatividade se for demasiado rápida, as pessoas têm que assimilar e adquirir conhecimentos e sedimentá-los. E quando eles estiverem bem sedimentados, então mudar e começar a ver outra coisa, outros horizontes, evoluir.

C70: Dentro do mesmo hospital ou...

Enf. A01 70: Dentro do mesmo hospital ou noutros hospitais, se possível. Portanto essa rotatividade entre hospitais é cada vez mais difícil, de um hospital para outro. Mas eu acho que seria sempre uma mais valia. Até troca de profissionais - trocaram: olha agora emprestem-nos aí 4 enfermeiros. O hospital de Santo António emprestar ao da Feira e o da Feira emprestar ao Santo António, durante um ano, dois anos, para trocaram experiências e verem coisas novas.

C71: Tu já trabalhaste noutros hospitais, inclusive fora do país. Achas que foi uma experiência gratificante aconselhável a outras pessoas... como sentes a experiências?

Enf. A01 71: (riso) É assim foi uma experiência excelente, quando eu fui para lá, a saúde em Portugal não era o que é hoje. Eu fui para lá há 16 anos, e na Suíça trabalhávamos como vem nos livros... e depois está tudo muito bem organizado... é diferente. E dentro da Suíça trabalhei em duas instituições, mas principalmente numa que foi um hospital cantonal e trabalhei em vários serviços... em 3 serviços mais concretamente.

Trabalhei numa ortopedia, medicina e cirurgia infectada. Portanto, deu-me uma visão mais ou menos como funcionava cada uma das áreas médica e cirúrgicas. Depois trabalhei na saúde pública, trabalhei aqui, trabalhei na hemodiálise, ligado ao ensino... pronto... acho que se as pessoas pudessem ir fazer um estágio a um outro país seria o ideal, excelente.

E se puderem associar isto a um bom salário, melhor ainda! (risos)

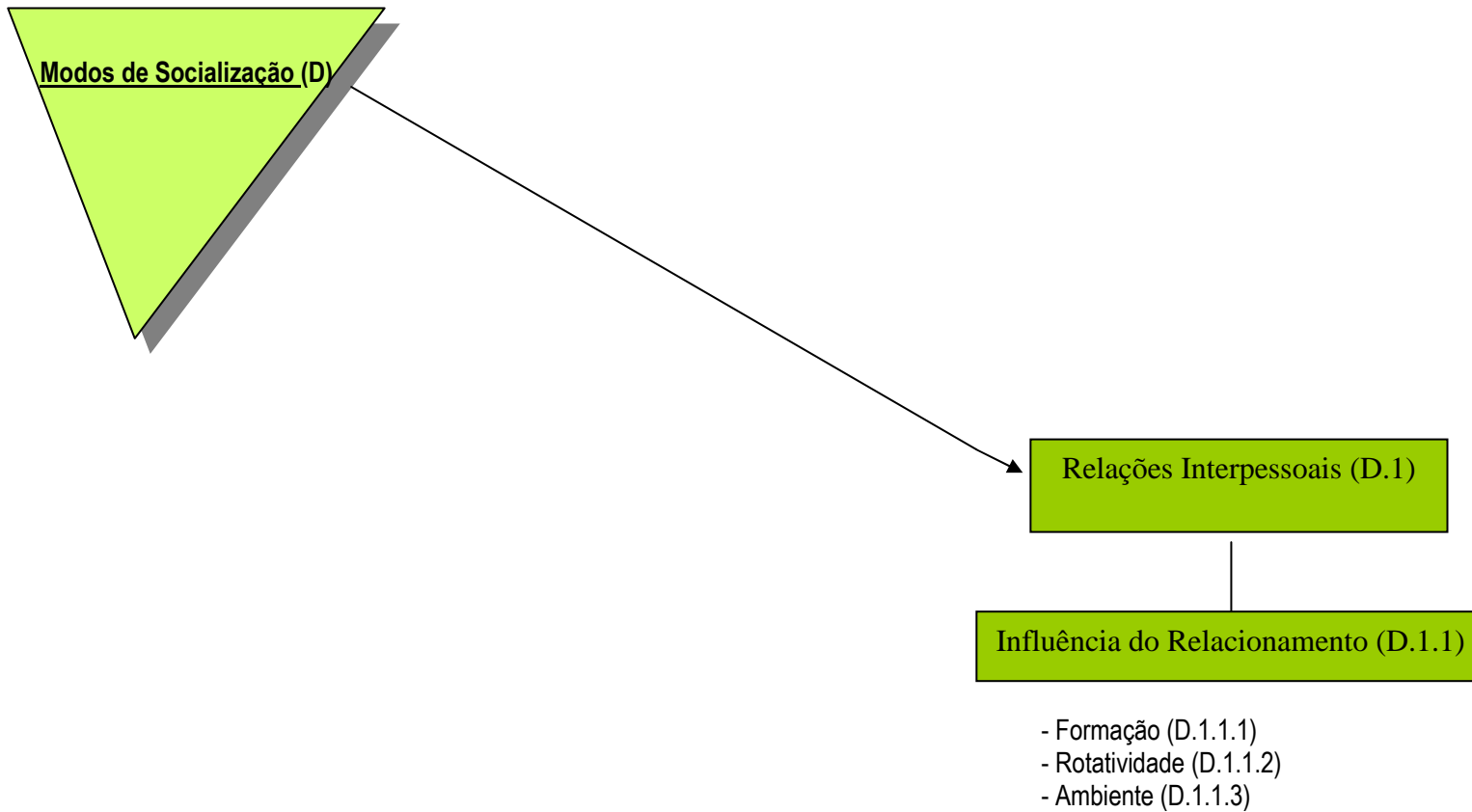
Enf. A10 48: Até que ponto é formadora?! Eu acho que (...) acho que não há ponto limite, não é?! Todos os dias nós estamos a formarmo-nos, a aprender, porque surgem casos novos na medicina, todos os dias acontecem coisas novas.

Enf C47 41: (silêncio) **100% . O curso é uma alinhavada (riso) da experiência profissional.** Em termos de experiência profissional é muito mais gratificante.

Enf. C40 62: (...) Para mim, para já, **posso dizer que foi quase tudo**, porque eu vinha com a teoria mas não é o mesmo. Depois na prática eu aprendi muito porque para além de vir para um país estrangeiro, ter que aprender a comunicar com pessoas que não sabem falar o meu idioma, eu era muito calada. Agora os alunos que estão agora, dizem que não podiam falar com os doentes porque eu falava tudo. Algo tive que aprender.

Enf. D39 37: Acho que, como há um bocadinho dizia, acho que são os momentos mais

	<p>importantes da minha formação. Acho que foi o curso, foi o complemento, mas mais do que isso tudo ou... paralelamente, mas sempre com uma certa evidência é a minha experiência prática. Todos os momentos para mim são... nós aprendemos imenso, imenso, imenso, e percebo que há sempre melhor a fazer, ehum, e mais a fazer.</p> <p>Enf. B24 39: Ehum (..) Para mim boa, porque estando tanto tempo no mesmo sitio não seria tão boa, porque assim a pessoa não aprende tanto e acaba por ficar no mesmo sitio sem ter tanto interesse. Eu sou a favor de rodar.</p>	
Outras	<p>Enf. C23: O que é que achas que motiva essas pessoas neste momento?</p> <p>Enf. B21 23: Eu acho que há várias motivações. Por exemplo, eu falo por mim, e vou-te dar um exemplo, por um lado a aprendizagem porque eu acho que é importante, e depois de tirares o curso não podes parar. Não quer dizer que tenhas que andar sempre, mas <u>tens que ir fazendo formação</u>.</p> <p>Depois a <u>motivação curricular</u>, porque infelizmente, <u>hoje ainda concorres para muitas coisas e ainda precisas de um curriculum</u>. A formação em serviço não é que te conte muito, <u>mas intra hospitalar é importante</u>, não tanto se calhar para mim porque estou no quadro, mas para quem cá está tentar fazê-lo, entrar para o quadro.</p> <p>E, no fundo é isso, <u>é conhecimento teu, melhorar a tua prática</u>, e porque acho que é importante e a nível curricular.</p> <p>Enf. C27: Consegues depois visualizar no grupo alguma mudança provocada pelas formações em serviço?</p>	



TAXONOMIA D: MODOS DE SOCIALIZAÇÃO

Dimensão D. 1: Relações interpessoais

Domínio D.1.1: Influência do Relacionamento

Questão: Como te sentes como membro deste grupo de trabalho?

Como é usada este conhecimento é algo que neste momento não temos resposta, mas as categorias que definem onde ocorrem marcadamente estes aspectos, são claramente explicitados pelos actores:

<p>formação (Categoria D.1.1.1)</p>	<p>Enf. C54 43: Muito bem, gosto muito de estar aqui. C44: Referes-te apenas a esta Ala ou ao serviço todo Enf. C5444: Nesta Ala. Nos outros serviços tenho ido volta e meia fazer um turno, e também gosto muito, de todos os sítios.</p> <p>Enf. A10 46: Como é que me sinto?! Bastante bem! C47: E estás a falar apenas em relação à Ala ou ao serviço todo? Enf. A10 47: É assim, nós somos um bocadinho isolados, porque a A é a A, a B é a B e a C é a C. E como nós não vamos lá muitas vezes... agora tenho excelentes relações com os colegas de lá, só que de facto em termos de trabalhar as 3 funcionam de formas diferentes. Há um... eu aqui sinto-me bem. É lógico que tenho afinidades por uns que não tenho por outros, mas eu acho que isso... a empatia todos nós temos mais com uns do que com outros, mas acho que, sinto-me bem!</p> <p>Enf C47 38: Sim. Sinto-me bem, sinto-me integrada (..) nós somos um grupo muito coeso, que trabalhamos muito em equipa (...) Não sei, eu gosto muito, eu tenho poucos grupos de trabalho, porque realmente trabalhei sempre neste serviço, excepto em estágios, mas eu gosto muito da minha equipa de trabalho. Tenho amizades cá, independentemente das amizades é um grupo que</p>	<p>É importante trocaram-se ideias</p>
--	---	--

trabalha muito bem, não há trabalho por tarefa, não há trabalho individual, há um trabalho em equipa, o que é preciso fazer vamos fazendo...(interrompi) C 39: Quando te referes a grupo, referes-te à Ala ou ao serviço completo de medicina? Enf C47 39: À Ala. C 40: E em relação ao serviço? Enf C47 40: E em relação ao serviço, isto é um serviço muito grande, nós somos quase 50 enfermeiros a trabalhar cá, é muita gente. É lógico que nós temos muito mais afinidade com aquelas pessoas que trabalhamos mais do que com aquelas que trabalhamos menos. Em relação às outras alas, nunca tive problema em qualquer ala para onde fosse trabalhar. Nem com os colegas, trabalha-se muito bem. É lógico que em termos de relação extra profissional prefiro cá. (risos)

Enf. C40 60: (.....) **Bem!** (riso) C61: Já tinhas dito que não foi difícil a tua integração, que até foi positiva. Mas o facto de seres espanhola achas que isso influencia? Enf. C40 61: Não, encontras os grupos que se fazem em todos os sítios mas isso eu acho que é normal, porque... eu normalmente tento evitar incluir-me em algum tipo de grupo, por ser responsável e porque já é da minha personalidade... eu já vi que se estás incluída bem, se estás excluída depois comenta-se, se fala... assim não tenho nenhum problema com ninguém. C63: Há pouco perguntei como te sentias como elemento deste grupo. A tua resposta era em relação à ala ou ao serviço completo? Enf. C40 63: Não, eu referi-me ao grupo. Porque eu conheço mais duas alas, mas é verdade que eu só conheço melhor uma ou outra pessoa das outras e o resto das festas de natal. C64: mas para ti é igual trabalhar em qualquer ala? Enf. C40 64: Eu sempre procurei quando estava numa ala não fazer trocas para não trabalhar nas outras. Uma das razões, não sei se reparaste estando aqui, entre a A e a B existem diferenças de organização de salas. Então para mim, é muito complicado chegar ao serviço e estar as enfermarias à direita ou à esquerda, e entrar no quarto e

	<p>começar a contar pela direita ou pela esquerda. Eu acho que para mim isso... induz a mais capacidade de erro, portanto levar os copinhos com a medicação e depois estar a ver se o doente que está na cama se é aquele ou se não é aquele. Eu tenho que trabalhar na mesma, mas agora que estou na C procuro não ir às outras também.</p> <p>Enf. B24 36: Eu sinto-me bem. A verdade é que eu já estava integrada na A e agora é pessoal novo, é um serviço muito diferente que eu não conhecia. Porque não tem nada a ver, a forma de trabalho, os colegas e a metodologia. E a verdade é que tive um momento de integração que até gostei, aprendi muito. E a verdade é que até gostei de ter mudado, porque já estava há muito tempo a trabalhar na A e assim conheci outras coisas... e a verdade é que aprendi muito. Agora são pessoas diferentes... mas aprendi muito.</p>	
<p>Rotatividade (Categoria D.1.1.2)</p>	<p>Enf. C57 35: Muito bem! Eu sou dos elementos, com esta categoria e posição cá, sou dos elementos mais velhos no serviço. São poucos os que eu, quando cá cheguei já cá estavam, veio muita gente a seguir a mim! Esta posição de não estar cá muitas vezes cria uma relação sem conflitos, que às vezes pode acontecer entre colegas, e por isso sinto-me muito bem assim. Já trabalhei anteriormente em duas alas, vou muitas vezes à ala que nunca estive efectivo, e tenho uma relação extraordinária com todas as pessoas. As pessoas vão entrando, vão-se apercebendo que... C36: Neste serviço estás nas três alas? Portanto, prestas serviço nas três? Enf. C57 36: Sim, e esta coisa de estar numa ou noutra ala não me custa ir lá e pedir ajuda, nem trabalhar. Não me custa ir pedir ajuda, não me custa ir lá falar com as pessoas, se for preciso uma troca, se for preciso alguma coisa, tanto para o serviço como para fora (na alta) do serviço torna-se mais fácil?</p>	

Enf. C50 48: Como é que eu me sinto?! (Sorriso) **Sinto-me bem.** Sinto-me... como uma pessoa normal que está aqui a fazer o seu desempenho...

Enf. B25 35: **Sinceramente, já me senti melhor!** Também acho que chega uma altura e as pessoas têm que mudar de serviço, e rodar. Conhecer melhor outras formas de trabalhar, outras patologias, outros doentes, e... não sei! Gosto muito do que faço, mas acho que chega a uma dada altura que se calhar muita confiança... chega a uma altura que se colocam questões, por exemplo na formação a um colega, não te sentes tanto à vontade de dizer: “se calhar é melhor fazeres assim”, e se as pessoas se conhecem muito, não se sentem à vontade para dizer. Se conheces bem a pessoa às vezes não te sentes muito à vontade para dizer: “se calhar não está assim tão certo...”, por exemplo, uma coisa é dizeres a uma amiga, mas a um colega de trabalho às vezes é difícil de dizer e adoptamos por dizer: deixa andar, não me vou chatear porque vamos estar o dia todo juntos.

Enf. B21 25: Olha, **sei lá!** (gargalhada) Começo-me a sentir um bocadinho velha aqui no meio deles, porque sou das que mais tempo de serviço acaba por ter. Por um lado, sinto-me como uma ajuda, principalmente para quem vem de novo, como um suporte, porque têm sempre muitas dúvidas como eu também as tenho, mas para nós que já cá estamos há mais tempo é mais fácil estar nos serviço do que para eles que acabam de chegar. E sinto-me um bocado como alguém que sente que preciso de os integrar... e o que queres que te diga mais?!

Enf. D39 33: (...) Ora, como é que eu me sinto?! Agora é-me um bocado diferente porque eu estou assim um bocadinho fora desse contexto. Mas como é que me sentia até estar naquele grupo... eh... **sentia-me assim um bocadinho deslocada,** porque, eh... eu percebo que falta nas pessoa, nos colegas, alguma formação... não sei se será por uma questão de formação,

	<p>se calhar será por uma questão de perceberem que saber-estar é muito importante na nossa profissão e no nosso trabalho, e a maior parte das vezes sentia que as pessoas perdiam um bocado a noção de onde estavam e não tinham uma atitude muito profissional. E então quando há uma diferença de idades muito grande, de experiências, sentia-me relativamente deslocada, porque sentia que as pessoas misturam muito... acho que lhes falta muito saber-estar. C34: E agora? Enf. D39 34: Agora estou aqui sozinha, não é?! Não tenho nenhuma situação com os colegas, não tenho essa percepção (Riso). C35: Mas não tens contacto com a equipa? Enf. D39 35: Muito pouco, muito pouco. Ehm, ehm, ehm, se calhar agora não sinto nada disso porque realmente os meus contactos são muito esporádicos, muito pouco que necessite da intervenção deles e que me chega a perceber dessa forma de estar. Que quer dizer acho que não mudou porque eu apercebo-me que mesmo nos momentos mais formais falta assim um bocadinho de saber-estar.</p>	
<p>Ambiente (categoria D.1.1.3)</p>	<p>Enf. A01 64: (risos) Sinto-me bem! Trabalho pouco (risos)! (65) Não, estou a brincar! Sinto-me bem, sinto acima de tudo que as pessoas vêem em mim uma pessoa de referência e isso satisfaz-me. Ou seja, sentem que eu posso ajudar em qualquer circunstância! Posso não estar a trabalhar, mas se eles tiverem necessidade de qualquer coisa sabem que podem contar comigo e ligam para casa, de vez em quando, a resolver determinado tipo de situações simples e práticas, mas sabem que podem contar em qualquer altura. C66: Só os colegas da ala A ou de qualquer outra? Enf. A01 66: Do hospital!</p>	<p>Bom ambiente, mais motivação, melhor desempenho</p>

**ANEXO 10: MATRIZES TAXONOMICAS RESULTANTES DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS
DADOS**

Anexo 10.1: Qualidade Hospitalar

Anexo 10.2: Práticas Supervisivas

Anexo 10.3: Formação em Contexto de Trabalho

Anexo 10.4: Modos de Socialização

Anexo 10.1: Qualidade Hospitalar

DIMENSÃO	DOMINIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR
(A). QUALIDADE HOSPITALAR	Implementação Do Sistema De Gestão Da Qualidade (Foco: Organização)	Processo de Acreditação	Medidas organizativas	Adaptação da gestão económico-financeira; Adequação técnica e humanização na prestação dos serviços; Rotatividade
			Auditorias	Propostas de projectos de melhoria contínua com base nos indicadores críticos.
			Formação dada em termos de qualidade	Transmissão de informação; Imposição de procedimentos.
		Natureza do modelo	Estudo do Modelo	Reuniões periódicas; definição de estratégias; lista de itens de verificação; Constituição dos grupos; <i>Share point</i> ; <i>workflow</i> documental.
			Vantagens e desvantagens	Segurança do doente; Espaço necessário para encontrarem as próprias estratégias; Diálogo e questionamento; Melhoria dos sistemas de comunicação externa e interno; Melhoria do sistema de avaliação de queixas/reclamações e manifestação de satisfação; Melhoria da acessibilidade ao sistema de saúde; Auto-avaliação das práticas e mobilização dos profissionais; Desenvolvimento de práticas de <i>Benchmarking</i> . Importa para a cultura portuguesa algo que não tem nada a ver com a nossa cultura.
			Representações sobre qualidade	Conceito de Qualidade
	Práticas e Percepções Pessoais sobre a Qualidade (Foco: Actores)	Representações sobre qualidade	Participação na construção das <i>guidelines</i>	Avaliação e definição dos protocolos; Envolvimento no processo da acreditação.
			Relação Qualidade-supervisão	Melhora práticas devido aos protocolos; Melhora a formação.
		Mudanças	Dificuldades sentidas na	Falta de informação associada a sua falta de opinião; (Não) Formação;

			implementação	(Falta) Tempo de adaptação; Processo é improvisado; Dificuldade na adequação da estrutura organizacional; Dificuldade no entendimento dos objectivos; (Não existência) base de dados histórica; Gestão de projectos.
			Grupos de Trabalho e projectos	Responsabilidade pela dinamização da formação, a dinamização de consultas externas; Participação na definição de protocolos; Unidade de AVC's; Consulta aberta no Hospital de dia.

Anexo 10.2: Práticas Supervisivas

DIMENSÃO	DOMINIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR
(B). PRÁTICAS SUPERVISIVAS	Supervisão Clínica em Enfermagem	Processos de supervisão	Responsáveis pelo processo	Enfermeira chefe; Colega mais experiente.
			Relação supervisiva	Estilo directivo; Estilo misto.
			Tipos de intervenções desenvolvidas	Avaliar; Trabalhar a responsabilidade e autonomia.
			Processo de integração	Poucas orientações; Difícil; Papel da equipa (fundamental); Boa/Suficiente; Não houve.
		Tipos de Supervisão	Supervisão Pedagógica	Transmissão de conhecimento.
			Supervisão Profissional	Existência de um profissional mais experiente.
			Supervisão Curricular	Acrescenta algo ao currículo.
			Supervisão Institucional	Exercida pelo chefe.
			Supervisão Avaliativa	Implica a avaliação.
		Conteúdos das relações supervisivas	Ciclo de supervisão	Observação propriamente dita; fase de análise dos dados; resolução do problema; esclarecimento ou ajuda em alguma situação.
	(Novo) Modelo de Supervisão		Não supervisão de “gestão”	
	Relação com as práticas profissionais		Integração; melhora as práticas; Reflexão-crítica; actualização de conhecimentos; interferência negativa.	
	Acompanhamento dos alunos	Processo de acompanhamento	Formação dos profissionais	
			Questionamento e Reflexão	Antes, durante e após a acção.
Aspectos a melhorar			(Não) Presença do docente da escola; Comunicação insuficiente entre a escola e a instituição hospitalar; dispensado da sua responsabilidade de enfermeiro “titular” no serviço; socialização; Formação dos profissionais do serviço.	

		Fases do processo	Planeamento do Ensino Clínico	Discutidos objectivos; falam sobre o serviço.
			Integração	Aprendendo “enfermagem prática”; facilitar a inserção futura no mundo do trabalho.
			Processo Relacional	Central; Relação de empatia.
			Avaliação	Autoavaliação; Reuniões; não marca o final do ensino clínico.
		Conteúdos	Formação	Modelos de formação.

Anexo 10.3: Formação em Contexto de Trabalho

DIMENSÃO	DOMINIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR
(C). FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	Concepções (práticas) de formação	Conceito	-----	Aprendizagem.
		Modalidades de Formação	Formação Informal	Contexto de trabalho; “Hora do lanche”; Convívio.
			Formação Formal	Formações em serviço; Formações fora do serviço; Cursos em sala de aula.
			Formação Não Formal	Passagens de turno; Hora dos registos; Questionamento; “A volta”.
	Incentivos e implicações	Planeamento e execução da formação	-----	Processo de formação; Diagnóstico de problemas; Organização da formação.
		Avaliação	-----	Avaliação da formação; Avaliação dos actores implicados.
		Benefícios	-----	Qualidade do serviço prestado ao cliente.
	Contexto de Trabalho	Implicação das necessidades de formação	-----	Não prescritas; prescritas.
		Conteúdos da formação	-----	Práticas ligadas ao controlo de qualidade; Práticas de enfermagem; Associação a patologias.
		Experiência do trabalho	-----	Muito importante.

Anexo 10.4: Modos de Socialização

DIMENSÃO	DOMINIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	INDICADOR
(D). MODOS DE SOCIALIZAÇÃO	Relações interpessoais	Tipos de interacção	-----	Enfermeiro; enfermeiro – cliente; enfermeiro - enfermeiro; enfermeiro - chefe; enfermeiro - outro profissional; enfermeiro - aluno; enfermeiro - família; enfermeiro - vida pessoal.
		Conteúdos de interacção	-----	Auto-compreensão; Escuta e Observação; razão/imaginação/sentimentos; comunicação.
		Momentos de formação	-----	Comunicação interpessoal; comportamentos, atitudes e valores; gestão de emoções.
	Estratégias de gestão	Métodos de gestão	-----	Dinâmica humana; análise prévia dos consumos e dos <i>stocks</i> ; <i>stock</i> de segurança; previsão da procura; formação.
		Estilos de liderança	-----	Dualidade de papéis; satisfação no trabalho; conflitos; comunicação; pró-actividade; delegação de competências; estilo de liderança misto.
		Relação entre os actores	-----	Gestão de conflitos; consenso a respeito das normas; tomada de decisão; dilema ético; equipa multi-profissional; amizade-relação profissional; rotatividade; horário <i>rolmant</i> ; problemas de saúde; condições físicas e ambientais do local de trabalho; organização do trabalho; redes de inter-ajuda.
		Promoção de mudança	-----	Papel do gestor; comunicação; encorajamento dos profissionais; contrato psicológico.
		Avaliação de desempenho	-----	Objectivos previamente definidos; avaliação mensal/incentivo; parâmetros e critérios de avaliação; entrevista individual.