

ENFERMAGEM:
DE NIGHTINGALE
AOS DIAS DE HOJE
100 anos

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

1

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



Série Monográfica

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)

Coordenação de Edição: Paulo Joaquim Pina Queirós, Ph.D, Professor Coordenador da ESEnC

Revisão final: Sandra Maria Pereira dos Santos, Lic., Técnica Superior UICISA-E – ESEnC

ISBN: 978-989-97031-0-0

Depósito Legal: 342586/12

ENFERMAGEM:
DE NIGHTINGALE
AOS DIAS DE HOJE
100 anos

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

1

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

ENFERMAGEM: DE NIGHTINGALE AOS DIAS DE HOJE 100 ANOS

EDITOR

Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA EDIÇÃO

Manuel Alves Rodrigues

*Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENADOR DA EDIÇÃO

Paulo Queirós

Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

SÉRIE MONOGRÁFICA

Número 1

ISSN 1647-9440

DEPÓSITO LEGAL 342586/12

CONCEÇÃO GRÁFICA

Candeias Artes Gráficas – Braga

www.candeiasag.com

REVISÃO FINAL

Sandra Santos

*Técnica Superior da Unidade de Investigação
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

APOIO DOCUMENTAL

Fernanda Umbelino

Especialista Ciências Documentais, ESEnfC

Maria Helena Saraiva

Técnica Especialista Documentação, ESEnfC

ANO DE PUBLICAÇÃO 2012

ÍNDICE

<i>Nota de Abertura do Editor</i> Manuel Alves Rodrigues	5
<i>Nota de Abertura</i> Paulo Joaquim Pina Queirós	7
<i>Florence Nightingale. Algumas Reflexões</i> Manuel Lopes	9
<i>O Valor da Enfermagem</i> António Fernando Salgueiro Amaral	19
<i>A produção e uso de informação desde Nightingale aos nossos dias</i> Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira, Maria da Conceição G. M. A. de Sá, Maria Arminda Gomes; António Fernando Salgueiro Amaral	37
<i>Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias</i> Maria Manuela Frederico Ferreira	57
<i>O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa</i> Ana Filipa Cardoso; Helena Maria Felizardo; José Carlos Januário.....	75
<i>O bem-estar na perspetiva de enfermagem</i> Paulo Joaquim Pina Queirós	89
<i>O ensino da enfermagem: de Nightingale a Bolonha</i> Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves	119
<i>Evolução do ensino das aulas práticas laboratoriais em enfermagem</i> Verónica Rita Dias Coutinho	131
<i>Ensino Clínico: perspetiva do estudante face ao seu processo de aprendizagem</i> Ana Maria Perdigão; Ana Paula Almeida; Fernando José Gama.....	145

<i>O Ensino Clínico em Enfermagem, stresse e resiliência</i> Alfredo Cruz Lourenço; Elisabete Pinheiro Alves Mendes Fonseca	171
<i>Ensino Clínico de Enfermagem: Crenças e Atitudes acerca das Doenças e Doentes Mentais</i> Isabel Maria de Assunção Gil	183
<i>Empreendedorismo em Enfermagem – O Legado de Florence Nightingale</i> João Manuel Garcia do Nascimento Graveto; Manuel Carlos R. F. Chaves; Pedro Miguel dos Santos Dinis Parreira	201
<i>Competências Relacionais de Ajuda nos enfermeiros: um estudo empírico</i> Rosa Cândida Carvalho Pereira Melo; Maria Júlia Paes Silva; Pedro Miguel Dinis Parreira	219
<i>O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem</i> Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu	247
<i>Segurança do doente: velho desígnio, novos desafios. A mudança de paradigma cultural nas organizações de saúde</i> António Manuel Martins Lopes Fernandes	265
<i>Infeção associada aos cuidados de saúde – de Nightingale aos nossos dias</i> Célia Cristina Almeida Quadrado	289
<i>Treino da capacidade de auto-cuidado centrado na deglutição</i> José Carlos Januário	303

NOTA DE ABERTURA DO EDITOR

A Unidade de Investigação em Ciências da Saúde [UICISA-E] da Escola superior de Enfermagem de Coimbra [ESEnfC] integra, no seu plano de desenvolvimento, o importante objectivo de promover a divulgação do conhecimento produzido pelos investigadores e colaboradores no contexto dos projectos de investigação, das redes de projectos associados ou das iniciativas de equipas ou grupos de especialidade.

Com o primeiro número “Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos” inauguramos uma edição monográfica em série que esperamos poder continuar de forma regular. A série é identificada pelo número ISSN 1647-9440 e a cada número publicado será atribuído um número ISBN específico.

Saudamos os autores deste primeiro número da série, bem como o Coordenador desta edição, pela iniciativa de escrever e organizar um conjunto de textos relevantes relacionados com o centenário da mais relevante figura no processo de construção da história da profissão de Enfermagem.

Manuel Alves Rodrigues

Coordenador Científico da Unidade de Investigação
Editor Chefe da Revista de Enfermagem Referência



NOTA DE ABERTURA

Florence Nightingale nasceu em 12 de maio de 1820 e morreu a 13 de agosto de 1910, faz agora 100 anos. Viveu 90 anos.

Uma oportunidade para lembrar a iniciadora de um processo extraordinário — o desenvolvimento de uma profissão e de um domínio do saber. Convencionalmente atribui-se a Florence Nightingale o marco profissionalizante e de sistematização de saberes, ensinados, e aprendidos por aqueles, sobretudo aquelas, que era necessário qualificar para melhor responder ao que se estava a tornar uma exigência social.

Procurar a actualidade de Florence Nightingale, seu pensamento e sua obra, é um exercício interessante que nos leva às preocupações higienistas “ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz” — cinco pontos essenciais na observação de uma casa saudável (...). Nightingale conhecia a teoria dos germes e, antes da sua ampla publicitação, ela tinha deduzido que a limpeza, o ar fresco, os aspectos sanitários, o conforto e a socialização eram necessários para a cura.”

Mas também ao valorizar da colheita de dados e do uso da estatística — “estatísticas rigorosas, sendo pioneira na utilização de métodos de representação visual de informação como por exemplo o gráfico sectorial” (...) “criou o modelo *Comb de Cock* para apresentação de estatísticas”.

Interessou-se pela observação cuidadosa dos pacientes, pela organização e liderança, “colocando o paciente nas melhores condições para que a natureza actue sobre ele”. Ensinamentos que serviram de base ao desenvolvimento do ensino de enfermagem.

Há um antes e um após, quando algo é marcante. Após a vitoriana Nightingale — no seu tempo e no(s) seu(s) lugar(es) —, ou melhor, desde Nightingale, o conhecimento em enfermagem, a reflexão da enfermagem sobre si e o seu papel, não mais parou.

Virgínia Henderson com as 14 actividades para assistência ao paciente; Dorotheia Orem com o conceito de autocuidado; Peplau com a valorização das relações interpessoais; Roy com o modelo de adaptação; Neuman com o modelo de sistemas; Levine com o modelo de conservação; Watson com o cuidado como ciência sagrada; Pender com o modelo de promoção de saúde; Leininger com a teoria da diversidade e da universalidade cultural.

Cem ricos anos, em apenas algumas referências, já elas clássicas. As teorias e modelos possibilitaram por sua vez desenvolvimentos por outros pensadores de enfermagem — uma segunda geração. Nesta encontramos as experiências de transição de Schumacher e Meleis; o autocuidado estimativo, transitivo e produtivo de Söderhamn; os papéis de transição eficaz e ineficaz de Nuwaghid; os cuidados como encontros culturais de Campinha-Bacote; a teoria da incerteza na doença de Mishel ou a do conforto de Kolcaba, entre outras tantas.

Alguém pegou na candeia e a transportou ao longo de um século, um século de cuidados.

As razões para a Comemoração e para este Fórum *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje — 100 anos* fundam-se no atrás aduzido. Uma oportunidade para nos pensarmos e reflectirmos sobre aspectos dos cuidados, do ensino e da construção de saberes. Além do mais estamos cá, já não de candeia na mão, mas com o mesmo entusiasmo.

A presente coletânea de textos resulta do conjunto de pesquisas e reflexões que serviram de base às comunicações apresentadas no Fórum *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje — 100 anos*, da responsabilidade dos autores.

Paulo Joaquim Pina Queirós

O Coordenador da edição
Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos

FLORENCE NIGHTINGALE. ALGUMAS REFLEXÕES

MANUEL LOPES*

Falar acerca de um mito é sempre uma tarefa difícil. À distância de um século, os mitos são como astros, têm luz própria, ofuscando intensamente tudo à sua volta e dificultando assim a percepção dos que pretendem uma compreensão para além dos lugares comuns.

A esta dificuldade há que acrescentar que não sou historiador, estando portanto limitado nas minhas competências metodológicas de compreensão. Farei, apesar de disso, um esforço de compreensão da mulher no seu tempo, considerando sucessivamente diversas facetas sobre as quais deixarei principalmente interrogações. Estas interrogações, em diversos momentos, porão em causa a visão mitificada de Florence Nightingale (FN) que tem sido alimentada ao longo de muitos anos. Para isso não precisarei tanto das ferramentas de investigador histórico, mas mais das de académico. Um académico tem a obrigação de analisar criticamente o que lhe é presente. É isso que tentarei fazer, convicto que tal não é fácil, até porque nem sempre é compreendido.

Florence Nightingale e o seu contexto

É sabido que FN nasceu em Florença (Itália) no seio de uma rica e tradicional família inglesa e viveu em plena era Vitoriana (designação dada ao reinado

* Doutor em Ciências de Enfermagem. Diretor e Professor Coordenador na UÉ-ESESJD – Portugal. Diretor do CIC&TS – Universidade de Évora.

da Rainha Vitória 1837-1901). Desta época destaco alguns acontecimentos que me parecem relevantes para a compreensão da vida e obra de FN.

Começo por destacar a Revolução Industrial, a qual se iniciou em Inglaterra ainda no século XVIII, mas atingiu o seu apogeu durante o século XIX. Esta profunda alteração do tecido produtivo, fruto da incorporação das mais recentes descobertas, teve repercussões humanas e sociais aos mais diversos níveis. Assistiu-se, assim, a um período de mudança das formas tradicionais de produção, com êxodo dos campos para as cidades, com conseqüente crescimento desordenado destas e todas as problemáticas de saúde pública que lhe estão associadas. Compreende-se assim que em 1848, em Inglaterra, tenha ocorrido uma epidemia de cólera que se calcula tenha vitimado cerca de 2.000 pessoas. Nesse mesmo ano produziu-se uma reforma do Sistema de Saúde inglês conhecida como *Public Health Acts* (1848, 1869), sendo aí preconizadas diversas medidas de higiene nomeadamente o uso do sabão.

A Revolução Industrial trouxe ainda a melhoria das redes de transportes e comunicações e, de forma geral, a melhoria progressiva das condições de vida e um aumento populacional considerável.

A espiral de descobertas deste período áureo e as profundas alterações que as mesmas introduziram na vida das pessoas levou à organização daquela que é considerada a primeira grande exposição mundial (*The Great Exhibition*) em Londres em 1851. Londres afirmava-se assim como o centro do mundo.

De entre as inúmeras descobertas, assinalo apenas algumas pela sua relevância para o tema em análise. O primeiro destaque vai para a publicação do livro "*On the origin of Species*" de Charles Darwin no ano de 1859, com toda a controvérsia que lhe esteve associada e pelo que representa enquanto verdadeira revolução no pensamento, até então vigente, afrontando toda a Academia e principalmente o poder religioso.

Em França, Pasteur desenvolvia os seus estudos com enormes repercussões na área da saúde. Na Alemanha, Robert Koch desenvolvia os estudos conducentes à descoberta da relação entre um microrganismo concreto (*Bacillus anthracis*) e uma doença específica, o carbúnculo. Em 1847, o clorofórmio foi introduzido como anestésico por James Young Simpson. Cerca de 1867 foi introduzido o uso de antissépticos (fenol) nos cuidados de saúde por Joseph Lister.

Ao nível social e político são de assinalar, ainda, como factos relevantes, as diversas alterações e convulsões do Império britânico, nomeadamente na Índia, na Austrália, bem como, no Médio Oriente, que culminaram com algumas profundas alterações do mapa geopolítico, como é o caso da Guerra da Crimeia em 1854 e do denominado *Constitution Act* (1867), através do qual foi criado um domínio federal e ficou definido muito do funcionamento do Governo do Canadá, incluindo a sua estrutura federal, da Câmara dos Comuns, o Senado, o sistema de justiça e o sistema fiscal.

Por último, sublinho uma importantíssima alteração denominada *Elementary Education Act* (1870-1891), através do qual se definiu o quadro para a escolarização de todas as crianças entre os 5 e os 12 de idade na Inglaterra e País de Gales. Recordo que, em Portugal, apenas na segunda metade do Século XX se introduziu a escolaridade obrigatória até idade semelhante.

Em resumo, FN nasceu numa tradicional e rica família inglesa mas também num determinado momento histórico de profundas alterações a todos os níveis e de uma riqueza de acontecimentos inigualável. Talvez isso possa ajudar a explicar a sua precoce atitude de rebeldia que a levou a recusar o tradicional papel reservado às mulheres aristocratas, ou seja, educar-se nas artes de uma boa esposa, esperar por um pretendente e tornar-se uma esposa submissa. Essa rebeldia levou-a a estudar assuntos tão esotéricos, para as mulheres de então, como a matemática e a interessar-se por questões sociais e políticas, nomeadamente as relacionadas com as condições sanitárias dos mais desfavorecidos. Levou-a também a entrar em ruptura com a sua família, especificamente com a sua mãe, quando anunciou a sua decisão de trabalhar, dedicando-se à caridade como enfermeira. Para compreender o tamanho da afronta familiar que tal acto comporta é preciso que se saiba que, à época, aquela profissão (?) era exercida por mulheres consideradas desqualificadas, nomeadamente, prostitutas que, como castigo, eram obrigadas a prestar serviços de enfermagem.

Este radical acto de rebeldia foi mitigado por aquilo que a própria referiu ter sido um chamamento de Deus. Esta filiação religiosa cristã tornou-se uma presença constante ao longo de toda a vida de FN, ao ponto de anos mais tarde escrever no seu diário, “Deus chamou-me de manhã e disse-me que eu iria fazer o bem para ele, sozinha, sem prestígio”. Mais à frente voltarei a explorar esta faceta.

A sua dedicação à enfermagem exigiu-lhe um estudo de diversos hospitais por toda a Europa, nomeadamente na Alemanha. Desse modo, conheceu múltiplas formas de prestação e de organização de cuidados. Constatou-se, assim, que a sua formação é multifacetada. Ao fácil acesso à cultura, inerente à condição social de que desfrutava, associou uma formação em matemática e em cuidados e organização de serviços de saúde. Este é, em meu entender, um dos mais importantes aspectos que nos permitem compreender o papel de FN na Inglaterra Vitoriana. Estamos a falar de uma mulher culta, viajada e com vasta formação numa área específica.

Florence Nightingale a mulher política

Ao atrás descrito, FN associou uma outra dimensão de vital importância. A sagesa política. Se bem que o seu estatuto social lhe permitisse conhecer importantes e influentes pessoas, foi, sobretudo, a sua perspicácia e inteligência política, bem como, a sua militância que lhe permitiram tirar partido disso. Assim, em dezembro de 1844, a morte de um mendigo numa enfermaria em Londres, evoluiu para escândalo público, uma vez que, se evidenciaram as condições precárias dos hospitais ingleses, principalmente para os mais pobres. FN aproveitou esta oportunidade para se tornar a principal defensora da melhoria das condições de tratamento nos hospitais, tendo de imediato obtido o apoio de Charles Villiers, presidente do *Poor Law Board*. Isto levou-a a ter um papel activo na reforma das Leis dos Pobres, estendendo o papel do Estado muito além do fornecimento de tratamento médico.

Nesta dimensão política teve especial importância Sidney Herbert, um importante político inglês que FN conheceu em Roma. Herbert tinha sido Secretário de Guerra e voltaria a sê-lo aquando da Guerra da Crimeia, tendo tido um papel determinante na proposta do nome de FN para a missão na referida guerra, na facilitação do seu trabalho em Scutari, bem como no trabalho de retaguarda de angariação de fundos e divulgação da sua actividade. Por sua vez, FN tornou-se conselheira política de Herbert até à sua morte, em 1861.

Todavia, a sua participação na vida política fez-se notar a diversos níveis, movendo influências diversas para conseguir atingir os seus objectivos. É disso um exemplo perfeito, a já referida campanha da guerra da Crimeia.

Para que FN pudesse participar daquela forma precisou de ter autorização para o fazer. Fácil nos será imaginar o quão difícil tal terá sido no contexto da sociedade Vitoriana. Quando tal aconteceu, FN já não era propriamente uma desconhecida. Ou seja, já não ia como uma simples “enfermeira”, sem formação, que acompanharia os exércitos e faria de tudo um pouco. Ia, isso sim, com um grupo de enfermeiras por si treinadas, após ter reunido os meios logísticos que considerava indispensáveis (alguns dos quais, pagos do seu bolso) e com autoridade para introduzir as mudanças que considerasse necessárias na organização dos serviços de saúde aos soldados feridos na frente de batalha. Apesar disso, essa autoridade teve que ser conquistada no dia-a-dia das relações, com uma hierarquia militar rígida, nada habituada à presença de mulheres, muito menos de mulheres que dessem ordens. FN teve a inteligência de, não só, localmente desenvolver as medidas necessárias à conquista do poder que precisava, mas também, manter na retaguarda um apoio político que lhe garantisse esse poder, nomeadamente através de Sidney Herbert. Teve ainda a inteligência de mobilizar a opinião pública em seu favor através de campanhas de angariação de fundos de apoio ao seu trabalho, servindo-se para o efeito de diversos contactos no jornal *Times*. Tudo isto lhe viria mais tarde a granjear um reconhecimento público que a tornaram, pelo menos, tão famosa como a própria Rainha.

Por tudo isto, a Guerra da Crimeia constitui-se como o verdadeiro acto fundador do mito de FN. Para além da dimensão política, revelou-se aí a sua capacidade organizativa, de liderança, de definição de uma filosofia de cuidados e a capacidade de, através de um registo sistemático, demonstrar a eficácia da sua intervenção a todos os níveis. Ficou assim demonstrada a drástica redução da mortalidade dos soldados, mas também a criteriosa aplicação dos fundos que tinha ao seu dispor. Tais argumentos foram cruciais para demover diversas resistências que ainda persistiam, quer localmente, quer em Inglaterra e para lhe granjear uma enorme simpatia junto dos soldados feridos, os quais sentiram que passaram a ser tratados com dignidade. Porém, a onda de apoio que a notícia de tais actos ia gerando em Inglaterra, ultrapassava tudo.

A sua carreira política continuou após o seu regresso, tendo ganho um considerável incremento. Foi, então, nomeada para a *Royal Commission on the Health of the Army*. Escreveu um livro denominado “*Notes on Hospital*”, considerada, à época, uma obra de referência na reforma da construção e organização hospitalar.

Com a ajuda do fundo público que se tinha constituído, bem assim como com a sua influência política, reuniu as condições necessárias para a criação da *Nightingale School & Home for Nurses*, no Hospital *John Hopkins*, apresentada por muitos como a primeira escola de enfermagem do mundo. Tal todavia, não corresponde à verdade. Havia vários exemplos, por toda a Europa, de escolas de enfermagem seculares anteriores a essa. Também a *École normale de gardes malades indépendantes de Lausanne*, fundada por Valérie de Gasparin, é anterior à Escola fundada por FN, sendo considerada a primeira escola não secular (Nadot, 2010).

Curiosamente, a escola fundada por FN assentava em dois princípios fundamentais: Primeiro as enfermeiras deveriam ter treino prático em hospitais especialmente organizados para este fim; Segundo, as enfermeiras deveriam viver numa casa baseada em princípios morais e de disciplina. Encontramos aqui semelhanças com uma certa ordem castrense e/ou secular. Também se percebe a origem do modelo de formação adoptado por muitas das escolas portuguesas.

Em resumo, sustento que a faceta política da vida de FN, uma das menos valorizadas nas imensas biografias, é uma das mais relevantes. Soube definir uma estratégia, rodear-se das pessoas certas e mobilizar a opinião pública para a concretizar.

Florence Nightingale e a teorização dos cuidados de enfermagem

Há quem defenda que FN é a primeira teórica de enfermagem, vendo no seu mais conhecido livro (i.e., *Notes on Nursing*) um modelo teórico que alguns autores denominam de ambientalista. Todavia, tal não resiste a uma análise mais rigorosa, nomeadamente, se nos servirmos dos instrumentos de análise dos modelos teóricos como os propostos por Meleis ou outros.

Apesar disso, FN tinha uma “filosofia de cuidados”, baseada em elementos simples mas de elevada eficácia (e.g., higiene, alimentação adequada, organização de cuidados, respeito), sendo este um outro aspecto que, penso, deva ser evidenciado como fundamental no seu percurso. Essa filosofia está patente no seu livro, “*Notes on Nursing*”. Basta repararmos no índice para

a compreender. Aí estão expressos os aspectos que FN valorizava como importantes, a saber: ventilação e aquecimento, condições sanitárias das casas, ruídos, variedade, alimentação, iluminação e higiene pessoal entre outros. Também é clara relativamente às competências que as enfermeiras precisavam de desenvolver, explicando-as ao longo de todo o livro mas, principalmente, nos capítulos “Gestão básica das actividades”, “Criar falsas expectativas e conselhos” e “Observação do doente”.

Podemos, assim, entender que este livro se constitui como um passo importante no processo de profissionalização e de autonomização da enfermagem como disciplina. Mas terá sido o mais importante passo? Não estaremos a esquecer outros contributos pelo menos tão importantes, se não mais, como o de Ethel Fenwick (1856-1947)? Curiosamente esta enfermeira, contemporânea de FN, defendia, a inscrição num organismo de controlo, autorizado pelo Estado (equivalente à actual Ordem dos Enfermeiros), a separação das escolas de enfermagem em relação aos serviços hospitalares, a definição de apertados critérios de recrutamento e selecção e a eliminação da remuneração hospitalar aos estudantes (Whittaker e Olesen, 1978). Esta postura era muito mais avançada e promotora de uma enfermagem autónoma enquanto profissão e disciplina, do que a defendida por FN.

Apesar disso, admitimos que o contributo de FN é um marco histórico no que concerne à profissionalização da enfermagem. Todavia, também temos que admitir que o mesmo está indelevelmente marcado por um conjunto de elementos que, no mínimo, nos devem interrogar.

A existência de uma “filosofia de cuidados”, sob a forma de manual, pressupõe que as enfermeiras precisavam de formação para exercer a profissão. Pressupõe ainda um corpo de conhecimentos específico diferente do conhecimento médico. Para além disso e, de acordo com Joan Quixley, “O livro foi o primeiro do género a ser escrito. Apareceu num momento em que as regras simples de saúde estavam apenas começando a ser conhecidas, em que seus temas foram de vital importância não só para o bem-estar e recuperação de pacientes, em que os hospitais estavam cheios de infecção” (Nightingale, 1974). Mas também é inquestionável que a autora afirma a submissão das enfermeiras ao poder médico, tal como se pode constatar nesta afirmação “Seria um grande auxílio, ao invés de obstáculo, se os médicos soubessem fazer com que as enfermeiras obedecessem às suas ordens” (Nightingale, 2005, p. 177).

Por outro lado, ao longo de toda a obra nunca fica claro qual o papel da ciência e de Deus na explicação dos processos de doença. Para além de inúmeras referências a Deus, FN dedica-lhe alguns subcapítulos (e.g., “Será que Deus pensa nestes factos com tanta seriedade?”, “De que maneira Deus cumpre as suas próprias leis”, “Como ensina Ele as suas leis”). Em contrapartida e apesar dos conhecimentos já então existentes, a que FN teve com certeza acesso dada a sua formação e as suas viagens por diversos países da Europa e não só, não é claro que este livro esteja marcado pelas teorias mais recentes, como por exemplo, a que atribuía aos germes a causa das doenças infecciosas. Aliás, de acordo com Strachey (1996), FN referia-se a essa teoria como “*germ-fetish*”, dizendo que ao longo da sua experiência junto dos doentes nunca os tinha visto. Bostridge (2008) daria uma interpretação diferente a tal facto e diria que, anos mais tarde, FN teria escrito recomendações específicas relativas aos cuidados para matar os germes. Apesar da perspectiva deste autor, curiosamente, e apesar da diminuição da taxa de mortalidade que terá conseguido na campanha da Crimeia, FN não terá reconhecido a importância das medidas de higiene que ela própria implementou nesse processo. FN continuava a acreditar que a mortalidade era devida à má nutrição e à sobrecarga de trabalho dos soldados.

Em conclusão, indubitavelmente estamos perante uma obra marcante para a enfermagem pelo momento histórico em que surgiu e pelo que representa no processo de profissionalização, todavia está marcado por “zonas cinzentas” dificilmente compreensíveis numa pessoa com a formação e a posição de FN. A pessoa que viajou por toda a Europa, que contactou com o que de mais recente havia, que assumiu posições de ruptura quando tal foi necessário, que possuía um imenso poder e uma imensa projecção social, é a mesma pessoa que parece desvalorizar algumas das mais recentes descobertas, que parece pôr Deus em tudo, na linha da mais pura tradição secular e que advoga a submissão das enfermeiras aos médicos.

Florence Nightingale a religiosa

A dimensão religiosa cristã marca toda a vida de FN e contribui para lançar algumas sombras sobre as motivações de FN. Começa com aquilo que FN designou como o “chamamento” aos seus 17 anos de idade e permanece

presente em toda a sua vida, tendo inclusivamente escrito uma obra intitulada *“Suggestions for Thought to Searchers after Religious Truths”*, que se apresenta como um tratado de teologia e que traduz o seu posicionamento no movimento do cristianismo universalista. Fica-se assim com a ideia que a sua carreira se ficou mais a dever a um chamamento divino, a uma devoção, a uma vocação, do que a uma ideia de profissão autónoma exercida por homens e mulheres livres. Curiosamente, parece prevalecer nos seus escritos uma clara associação entre o exercício da enfermagem e o género feminino. Segundo algumas interpretações, FN teria criado as condições para que mulheres da alta sociedade tivessem uma carreira, mas reproduzindo o modelo social de prevalência do papel masculino sobre o feminino, dando assim corpo a uma certa ideia romântica própria da era Vitoriana. Assim se compreenderia a sua ideia de submissão das enfermeiras às ordens médicas. Em favor desta posição pode citar-se o facto de mulheres como Elizabeth Garrett Anderson e Sophia Jex-Blake, terem ficado tremendamente desapontadas porque FN não as apoiou na campanha em favor da possibilidade de as mulheres poderem ser médicas. FN terá argumentado que era mais importante ter mais enfermeiras do que mulheres médicas.

Mas também neste caso parecem persistir algumas contradições, pois na obra atrás referida (*“Suggestions for Thought to Searchers after Religious Truths”*) são desenvolvidos alguns argumentos a favor dos direitos das mulheres, nomeadamente o direito a uma carreira.

Conclusão

Estas breves reflexões não tiveram outro objectivo que não o de introduzir outras dimensões possíveis de análise de um mito denominado *“Florence Nightingale”*. Com isto, não pretendo marcar a diferença apenas porque apeete ser diferente. Pretendo, isso sim, criar as condições para uma análise rigorosa dos pilares estruturantes da enfermagem. Isto porque, a afirmação da enfermagem como disciplina e profissão não se faz com base em mitos, mas em factos e principalmente na capacidade de análise crítica dos mesmos.

Nesta perspectiva, FN terá sido uma figura menor no contexto da história da enfermagem? Com certeza que não. Todavia, outras figuras menos mediatizadas, em diversas partes da Europa e dos Estados Unidos da América,

terão tido um papel pelo menos tão importante. Então o que terá feito a diferença? Provavelmente, a sua sageza política que começou por lhe permitir usufruir de um ponto de partida excepcional (i.e., a sua posição social), a que se seguiu rodear-se de pessoas de enorme influência, mas também o saber utilizar a comunicação social, nomeadamente o *Times* e através disso, a opinião pública em seu favor. Tudo isto não é pequeno, nem despidendo mérito, mas coaduna-se mais com uma carreira política que com qualquer outra coisa.

Urge agora, um século após a sua morte, olhar com o distanciamento que o tempo nos permite e analisar melhor os fundamentos históricos da disciplina e profissão de enfermagem. Diria que esta deverá ser uma área temática a considerar no contexto dos diversos doutoramentos em enfermagem que se vão desenvolvendo.

Referências Bibliográficas

Bostridge M. (2008). *Florence Nightingale: The woman and her legend*. London: Viking.

Graça, L. & Henriques, A. (2000). *Florence Nighthingale e Ethel Fenwick: Da ocupação à profissão de enfermagem*. Retrieved outubro 2008 from <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos63.html>

Nadot, M. (2010). The world's first secular autonomous nursing school against the power of the churches. *Nursing Inquiry*, 17, 118-127. doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00489.x

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures, Lusociência.

Nightingale, F. (1974). "Introduction by Joan Quixley". In *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Philadelphia: Blackie & Son. (First published 1859).

Strachey, L. (1918). *Eminent Victorians*. New York: G.P. Putnam's Sons. Retrieved from <http://www.bartleby.com/189/>. [Date of Printout].

Whittaker, E. & Olesen, V. (1964). The faces of Florence Nightingale: Functions of the heroine legend in an occupational sub-culture. *Human Organization*, 23, 123-130. (Reproduzido em R. Dingwell & J. McIntosh. ed. lit. (1978) — *Readings in the Sociology of Nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone).

O VALOR DA ENFERMAGEM*

ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL**

“Se não podemos mudar a direção do vento temos que aprender a velejar” (desconhecido).

Em 2002, com o documento *Nursing’s Agenda for the Future*, a *American Nurses Association* estabelecia como prioritária a necessidade de reconhecimento e de valorização dos cuidados de enfermagem dentro do sistema de saúde (American Nurses Association, 2002). O documento apelava aos enfermeiros para a necessidade de quantificar *“a sua contribuição para a qualidade dos cuidados e para a poupança nos cuidados de saúde”* (Kany, 2004).

Nightingale fez o mesmo quando denunciou a necessidade de se criarem condições de alojamento e de bons cuidados, praticados por mulheres com formação, aos soldados da Crimeia. Provou que os bons cuidados levavam a bons resultados.

Demonstrar o valor individual e coletivo da enfermagem tem sido reconhecido, pelas várias associações políticas e profissionais, como fundamental para defender a mudança necessária na força de trabalho de enfermagem e nos ambientes de cuidados de saúde. Nos últimos anos, a profissão tem estimulado e apoiado a investigação que documente a visibilidade e o impacto da enfermagem na qualidade e nos custos em saúde, principalmente através

* Artigo realizado no âmbito do projecto PTDC/CS-SOC/113519/2009 “Resultados dos cuidados de enfermagem: qualidade e efetividade”, financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Factores de Competitividade (POFC) do QREN.

** Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, MSc.

da incorporação de padrões sobre definições e terminologias ligadas aos seus domínios de intervenção (Keenan, Yakel, Tschannen e Mandeville, 2008).

As mudanças e as reformas na forma de pagamento às instituições prestadoras de cuidados, torna-se imperioso definir a contribuição da Enfermagem para tornar essas reformas bem sucedidas do ponto de vista económico, sem que isso acarrete novos custos sobretudo em termos da diminuição da qualidade dos cuidados com repercussões ao nível dos resultados (positivos ou negativos) obtidos nos doentes, na satisfação dos enfermeiros e na sustentabilidade do sistema de saúde.

Escrever sobre o valor da enfermagem é pensar sobre a sua utilidade social, refundar a sua definição, as fronteiras da sua prática e explicar os valores filosóficos da disciplina, especialmente no que concerne à sua missão social percebida.

Discutir o valor de um bem ou produto é também pensar sobre a disponibilidade dos potenciais utilizadores para despende, do seu orçamento, um determinado montante, ao quererem utilizar uma certa quantidade desse bem ou serviço (valor de mercado) é, no entanto, necessário pensar que nas suas opções de consumo, sobretudo quando é um consumo informado, os agentes pretendem sempre maximizar a sua satisfação, o que só é possível alcançar quando os padrões de qualidade são os esperados para um determinado custo (Patterson, 1992).

Quando um cidadão decide consumir um qualquer bem (quer pague de uma forma direta, quer indireta) vai sempre desejar incrementar o valor total do seu dinheiro e não apenas o custo, isto é, quer que a aplicação que faz do seu dinheiro seja aquela que, no momento, é a melhor opção alternativa (voltaremos a estes conceitos mais tarde). Assim, quando pretendemos pensar num bem, em termos do seu valor, não nos podemos limitar a decidir pelo seu consumo ou utilização com base apenas no seu custo, mas necessariamente na qualidade e utilidade que lhe está associada, sabendo que para a avaliação dessa qualidade um conjunto de variáveis pode estar em jogo.

Os sistemas de saúde e genericamente todo o fornecimento de bens sociais necessitam de uma reflexão profunda, nomeadamente, por ser necessário pensá-los não numa perspetiva meramente financeira, mas numa perspetiva de valor. Significa isto dizer que temos que pensar todo o esquema de pres-

tação de cuidados na perspetiva daquilo que os utentes dos serviços podem obter, em termos de resultados ou de ganhos em saúde, com a prática dos prestadores em geral e de cada um em particular (*accountability*), incluindo a intervenção do próprio doente. A saúde e o valor associado aos cuidados de saúde são alcançáveis pelo esforço dos profissionais, mas também pela forma como o doente adere aos tratamentos ou regimes terapêuticos, como procura cuidados e os utiliza e como modifica os seus estilos de vida em função das suas potencialidades de produzir saúde (Porter, 2009).

Os sistemas de prestação de cuidados de saúde vivem momentos paradoxais, atingiram um elevado desenvolvimento da prestação, quer em termos tecnológicos, quer em termos de diferenciação do conhecimento para o tratamento das doenças, mas pode estar a colocar em causa a sua própria sustentabilidade.

O avanço das ciências da saúde atingiu, como é reconhecido, um elevado nível de diferenciação tecnológica e de qualidade ao nível do tratamento das doenças, mas este aspeto associado ao envelhecimento da população e a um constante aumento das expectativas dos cidadãos, face aos serviços de saúde, colocam o aumento de custos no centro das preocupações, colocando em causa a sustentabilidade financeira do sistema de prestação de cuidados de saúde. Por outro lado, em alguns países é a idade dos prestadores que, a prazo, pode comprometer a disponibilidade dos próprios serviços, o que coloca políticos e decisores em geral perante desafios difíceis de resolver na organização da prestação.

No plano social é de esperar que aquelas que foram as grandes conquistas do estado social se mantenham e até melhorem. O acesso e a equidade continuam a ser conquistas e características dos vários sistemas de saúde [mesmo nos países de economias mais liberais como os USA a tendência vai nesse sentido (lei Obama)], mas, para que isso seja garantido, os sistemas têm o grande desafio de utilizar os recursos que por natureza são escassos, de forma a garantir uma maior efetividade. O que equivale a dizer que o valor criado pelo sistema, como um todo, deve ser continuamente melhorado para que cada euro gasto, possa satisfazer um cada vez maior número de necessidades.

Neste ambiente complexo encontra-se a enfermagem que, em momentos de contenção económica, é tida como um alvo privilegiado, porquanto muitos

administradores, não percebendo a forma como os enfermeiros produzem valor, ou não valorizando o valor produzido pelos enfermeiros, os colocam como um custo e não como uma receita ou investimento no contexto hospitalar. Em grande medida, esta visão tem a ver com o facto das instituições prestadoras ainda serem financiadas na perspectiva do diagnóstico médico e dos serviços que lhe estão associados, não o sendo de forma direta pelos cuidados de enfermagem. Desta forma, podemos dizer que, nomeadamente, os hospitais não contam com incentivos para o fornecimento da “dose” adequada de cuidados de enfermagem para a satisfação das necessidades de cada doente que é naturalmente variável (Aiken, 2008).

Neste sentido vão também Welton, Fischer, DeGrace e Zone-Smith (2006), quando referem que a compensação dos hospitais pelos cuidados de enfermagem, nomeadamente na sua quota-parte do *case-mix*, teria um impacto positivo na qualidade dos cuidados por uma prestação mais alinhada com as necessidades dos doentes.

Assim, pensamos que as lideranças de enfermagem devem tentar sistematicamente encontrar as formas para dar visibilidade e aumentar o valor do seu produto junto dos atores envolvidos nas decisões de consumir ou recrutar cuidados de enfermagem — pessoas individuais, instituições prestadoras, financiadores e políticas. Necessitamos documentar e encontrar uma boa forma de divulgação do valor acrescentado que os cuidados de enfermagem trazem para os resultados que os doentes obtêm com os cuidados de saúde em contrapartida com os custos. Para isso, é necessário que seja produzida, guardada e utilizada informação sobre os cuidados prestados e sobre os resultados que são obtidos pelos doentes tendo em conta esses cuidados. Desta forma as decisões de gestão serão mais informadas e responderão de forma mais sustentada às solicitações e necessidades dos doentes e utilizadores em geral (Rothert, Wehrwein e André, 2002).

A atribuição de valor aos cuidados resulta da agregação de um conjunto de variáveis estruturais, organizacionais, mas também do tipo e quantidade de recursos disponíveis para a obtenção da qualidade que os utentes dos serviços de saúde esperam e merecem (Aiken, 1990; Ehrat, 1987). Daí que Pruit e Jacox (1991), bem como Porter (2009), refiram que, sendo a noção de valor um conceito essencial para a sustentabilidade dos sistemas, não

pode ser analisado apenas numa perspetiva de custos, mas de qualidade, no sentido de garantir a satisfação dos clientes e permitir a obtenção de ganhos reais em saúde.

Parece resultar destes pressupostos que nos devemos centrar sobre a primeira linha de consumidores nos seus vários ciclos de vida e nos vários grupos socioeconómicos para identificar aquilo que cada grupo valoriza e necessita. Por outro lado, também é importante que as prioridades das políticas de saúde possam ser conhecidas e claras para que os profissionais e, nomeadamente, os enfermeiros possam dirigir as suas respostas para esses objetivos.

A enfermagem está, no entanto, exposta a um conjunto de constrangimentos, alguns históricos que influenciam o seu valor percebido e que têm a ver com algumas imperfeições do mercado de cuidados de saúde, como sejam a assimetria de informação que existe entre os vários atores, ou seja, para perceber o alcance das medidas, a sua qualidade e natureza, bem como, os custos envolvidos na sua produção é necessário possuir um conhecimento cada vez mais especializado; — o que dificulta todo o processo de escolha livre e informada, por parte dos consumidores (doentes) como acontece com outros produtos no mercado. Para além destes aspetos existem, ainda, barreiras à entrada e saída de prestadores no mercado e ainda uma imperfeição económica que tem a ver com a indução de procura motivada pelos médicos (Jacobs, 1987).

Por outro lado, qualquer consideração acerca do valor de um bem ou serviço tem que estar ligada ao conceito de risco e à forma como este pode ser medido. O potencial de risco é habitualmente muito valorizado e visto pelos enfermeiros, quer em termos legais quer clínicos. Questões como os erros na administração de medicamentos, as quedas dos doentes, vários tipos de incidentes, queixas..., estão habitualmente ligados à gestão do risco que os enfermeiros fazem.

Dum ponto de vista económico o conceito de risco é interpretado como o grau de incerteza associado à escolha entre alternativas de ação ou investimento (Brealey e Myers, 1988). Do ponto de vista financeiro, quando algum dos atores assume a maior fatia de risco é expectável que daí resulte também a expectativa de um maior retorno.

Quando um financiador se compromete, por exemplo com enfermeiros, na atribuição de salários, está a assumir um risco que está relacionado com a relativa incerteza das necessidades de cuidados, que pode ser maior ou menor do que a quantidade de cuidados disponível. O enfermeiro que se comprometeu a prestar uma dada quantidade de trabalho para um determinado salário, não assume o risco financeiro que lhe está associado.

Daí que os financiadores (estado ou seguradoras) tenham tendência a partilhar ou disseminar esse risco pelos vários intervenientes no processo. Instituinto medidas de gestão que partilhem risco vão responsabilizar os intervenientes de forma diferente e garante-lhes maior autonomia. Segundo Patterson (1992) a criação de departamentos de enfermagem mais flexíveis para atender as várias necessidades dos doentes é uma forma de partilha de risco o que aumenta o valor da própria enfermagem para os compradores de segundo nível (os hospitais etc.). Nos centros que desenvolveram experiências neste sentido (processos de contratualização interna), verifica-se que nos modelos que partilham recursos e existe flexibilidade, o risco de ineficiência diminui (Patterson, 1992).

A partilha de risco tem sido também entendida como um fator para o aumento da produtividade, o que resulta em ganhos de eficiência. Em resumo, isto significa que um departamento de enfermagem bem gerido, que faz bom uso dos seus recursos, produz um produto de qualidade e, enquanto diminui os desperdícios, vai diminuir a incerteza e por isso o grau de risco. Contudo a assumpção desta realidade nem sempre resulta como um resultado positivo para a enfermagem, porquanto, em muitos casos, o grau de incerteza não mensurável associado à evolução dos doentes num hospital é atribuído à gestão clínica (leia-se médica), a fatores ambientais e a variáveis associadas aos doentes sobre as quais os enfermeiros têm pouca ou nenhuma influência. Uma compreensão clara das intervenções de enfermagem que influenciam a demora média de internamento, a utilização dos recursos, a existência de recidivas, a morbilidade e a mortalidade terão que ser reconhecidas e valorizadas por todos os agentes envolvidos, nomeadamente os potenciais utilizadores.

Os custos associados ao risco estão em grande medida associados à imprevisibilidade ou incerteza dos resultados que está associada aos processos de produção de cuidados de saúde. O principal quadro de referência para o

financiamento dos cuidados de saúde tem sido a classificação por grupos de diagnóstico homogêneo que, de uma forma clara, tenta redistribuir o risco entre financiador e prestador ao considerar para os montantes a pagar o consumo de recursos envolvidos com a prestação dos cuidados em cada GDH, sendo que a distribuição para cada um destes grupos é caracterizada pelo seu desvio padrão que é uma medida do risco associado a cada grupo diagnóstico.

Neste domínio existe um intenso debate sobre a correlação, entre um determinado diagnóstico médico e as necessidades em cuidados de enfermagem, para um dado GDH (Bostrum e Mitchel, 1991). Alguns GDH estão mais relacionados com o consumo associado aos cuidados de enfermagem do que outro, isso parece evidente, mas o aumento do consumo em qualquer GDH está muito relacionado com a dependência em cuidados de enfermagem e muitos dos problemas são resolvidos por intervenções de enfermagem, o que nos leva a concluir que a enfermagem tem aqui a oportunidade e a responsabilidade de diminuir a variabilidade associada à gestão do risco.

Se pensarmos que os cuidados de enfermagem podem alterar o curso da permanência dos doentes num episódio de internamento (muitos estudos demonstram isso), então devemos acreditar que os cuidados de enfermagem influenciam a variabilidade associada aos GDH que estão mais relacionados aos cuidados de enfermagem do que o que se pretende fazer crer (Patterson 1992). Sendo assim, faz sentido que os enfermeiros assumam esta ideia, deem-lhe visibilidade, testem e implementem as medidas que melhorem os resultados que produzem nos doentes.

Toda esta questão centrada no aumento de custos da hospitalização tem também conduzido a que, cada vez mais, se pense em colocar os doentes mais cedo em suas casas. Naturalmente que este princípio tem vantagens para as pessoas, mas tem também vantagens económicas. Se nos focalizarmos nos programas de convalescença e de preparação para o regresso a casa temos aqui uma grande área onde a enfermagem pode demonstrar que pode acrescentar valor. Muitos dos problemas que os doentes e famílias enfrentam no regresso a casa cabem dentro do domínio da intervenção de enfermagem — estratégias adaptativas, *coping*, ensino, reabilitação, etc.. Um estudo sobre recém-nascidos de baixo peso concluiu que uma alta precoce com acompanhamento de *follow-up* levado a cabo por enfermeiros no domicílio,

está associada a uma maior segurança e a cuidados mais custo-efectivos (Brooten *et al.*, 1986). Os doentes a quem foi planeado o regresso a casa e que foram seguidos por enfermeiros após a alta têm menos readmissões e consomem menos recursos (Huang e Liang, 2005). Os idosos de risco que, nos lares ou no domicílio, têm um acompanhamento regular de enfermagem, recorrem menos vezes a serviços de urgência hospitalares e incorrem em menos custos (Naylor *et al.*, 1999).

A noção de bem substituto

A construção da teoria económica e dos modelos do pensamento económico baseia-se no princípio de que os recursos são escassos/limitados e que as necessidades dos indivíduos para o consumo ou utilização desses recursos são ilimitadas (Call e Holahan, 1984). A constatação deste conceito é bem evidente na prática de enfermagem, está aceite que existe escassez de enfermeiros (ainda que haja enfermeiros no desemprego, a evidência mostra que existe falta de enfermeiros), mas o nível de dependência associado à gravidade das doenças e a estrutura demográfica da população, faz com que as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem sejam cada vez maiores. Fica-se sempre com a sensação que seria possível fazer mais e melhor se tivéssemos mais enfermeiros ou mais tempo para cuidar dos doentes. Esta dialética entre escassez de recursos e necessidades ilimitadas introduz um outro conceito económico que tem a ver com a utilização de bens substitutos.

Este conceito emerge quando os consumidores assumem que a utilização de um qualquer substituto pode satisfazer as suas necessidades a um custo menor (seja em termos de dinheiro, de tempo ou noutra qualquer medida de custo). À medida que o preço de um bem sobe, o pensamento sobre as alternativas ou substitutos cresce. À medida que os salários dos enfermeiros aumentam, a tentativa para reduzir custos envolvendo substitutos para os enfermeiros tem maior probabilidade de ser implementada (Smith, 1986).

O cuidado de enfermagem, enquanto produto tende a ser muito simplificado ou pouco valorizado por não enfermeiros que não têm uma ideia clara do que os enfermeiros podem e devem fazer e como o seu trabalho é diferen-

te daquele que é levado a cabo por indivíduos com menores competências e formação. Esta falta de informação dos gestores é talvez a base para a substituição de enfermeiros por outros a mais baixo custo em situações de constrangimento financeiro.

Uma dimensão pouco estudada, mas muito importante, associada aos custos de investimento em cuidados de enfermagem é a relação entre os tipos de custos, os custos e os resultados do investimento. Os cuidados hospitalares são intensivos em termos de utilização de mão-de-obra ou força de trabalho e existe um interesse habitual no potencial de substituição de trabalho mais caro por trabalho menos caro, nomeadamente substituindo enfermeiros por profissionais com menores qualificações, competências menos diferenciadas e portanto menos dispendiosos (Aiken, 2008).

A questão é que estes profissionais vão produzir cuidados de menor qualidade ou cuidados para os quais não se encontram habilitados, o que pode ter efeitos nos resultados de longo prazo e nas soluções de curso prazo. Torna-se, por isso, imperativo que os enfermeiros sejam capazes de clarificar as suas práticas e de realçar os resultados que os doentes podem alcançar com elas, explicitando assim a diferença entre o produto oferecido por um enfermeiro ou um produto oferecido por um outro profissional menos qualificado, ainda que, mais barato. O mesmo acontece aos médicos que não sejam capazes de demonstrar o valor que acrescentam para os seus mais elevados custos.

Os consumidores diretos dos cuidados sentem a falta de enfermeiros numa perspetiva mais individual do que os gestores e pagadores (compradores de 2.º e 3.º nível), já que, a escassez pode afetar quer a satisfação das suas necessidades, quer as suas expectativas, no entanto, o que acontece é que os indivíduos e as famílias nem sempre se apercebem (por falta de informação) da quantidade de cuidados que não são realizados, porque dada a escassez de profissionais, os enfermeiros consideram muitos dos cuidados como não prioritários e desvalorizam-nos. Neste caso, o valor atribuído aos cuidados é certamente afetado pelo conhecimento, bem como, pela perceção do consumidor acerca da importância dessas intervenções (Aiken, 2008).

Na literatura que reporta investigação sobre os serviços de saúde existem muitos estudos que abordam a questão do *Skill-mix* das equipas de presta-

ção de cuidados. A maioria destes sugere que os melhores resultados são atingidos pelas equipas onde existe uma maior proporção de enfermeiros. (Estabrooks *et al.*, 2005; Landon *et al.*, 2006; McCloskey e Diers, 2005). Needman e colaboradores concluíram nos seus estudos que, ao contrário, a substituição de auxiliares por enfermeiros, pode poupar vidas e dinheiro nos hospitais (Needman *et al.*, 2006).

A revisão sistemática da literatura e meta-análise, efetuada pela *Agency for Health-care Research and Quality*, concluiu que existe uma clara evidência de que o aumento do número de enfermeiros está associado a melhores resultados alcançados pelos doentes (maior valor) (Kane *et al.*, 2007). Estes resultados vêm colocar a tónica no facto de que os cuidados de enfermagem se pagam a si próprios pela prevenção de resultados adversos, habitualmente caros.

Cabe aqui falar, porque é importante para os leitores, da fragmentação do financiamento da saúde ou dos cuidados de saúde que faz com que nem sempre se perceba que quando se poupa num lado se gasta noutro, ou vice-versa. Isto é, dada a fragmentação do financiamento, nem sempre os balanços beneficiam quem fez o investimento inicial. Por exemplo, um melhor *ratio* enfermeiro/utente nas *nursing homes* (os nossos lares ou unidades de cuidados continuados) resulta numa menor utilização dos serviços de urgência (Aiken, 2008). Contudo, mais enfermeiros nessas instituições vai custar mais dinheiro aos seus proprietários (segurança social e ministério da saúde em parceria, misericórdias e privados), enquanto que quem beneficia são os hospitais porque é onde se dá a redução.

No caso dos hospitais, a relação entre número e qualidade dos enfermeiros com os melhores resultados produzidos, resulta em benefício para essas organizações ao prevenir complicações e, portanto, a necessidade de utilização de recursos mais dispendiosos (Aiken, 2008).

Um estudo realizado aos cuidados a doentes com SIDA em 20 hospitais dos USA, demonstrou que nos hospitais onde existiam melhores equipas de enfermagem, equipas mais envolvidas, mais satisfeitas e com maior número de enfermeiros, os resultados ajustados pelo risco eram melhores sem aumento das despesas globais. Possuíam também menor risco de mortalidade ajustada, usavam menos dias de cuidados intensivos, tinham uma demora

média ajustada menor e uma média de custos com medicamentos e meios auxiliares de diagnóstico também menor (Aiken *et al.*, 1999).

Ainda que possamos pensar que estes resultados necessitassem de um maior aprofundamento por estudos clínicos, Kane *et al.* (2007), na meta-análise que efetuou, concluiu que existe uma associação causal entre os melhores ratios de enfermeiros e os melhores resultados. Refere Kane que uma enfermeira a mais por doente/dia evita a infeção em 7 casos de ferida e 4 casos de *sepsis* nosocomial por cada 1000 doentes cirúrgicos hospitalizados, para além da prevenção da mortalidade que lhes estaria associada. Em UCI um aumento de uma enfermeira a tempo inteiro por doente/dia evita 7 casos de pneumonia nosocomial, 7 casos de insuficiência respiratória, 6 casos de extubação acidental e 2 casos de paragem cardíaca por 1000 doentes.

Por seu lado Rothberg *et al.* (2005) demonstraram que o custo de salvar uma vida através do investimento em cuidados de enfermagem, está em linha com os custos de salvar uma vida através de uma prática médica globalmente aceite como é o uso de trombolíticos no enfarte agudo do miocárdio e o rastreio do cancro cervical.

Os hospitais que têm um número de enfermeiros mais ajustado às necessidades e um ambiente de trabalho onde pontuam o trabalho em equipa, a autonomia e o bom relacionamento, não têm, segundo Aiken *et al.* (2008), apenas, melhores resultados obtidos nos doentes, o que anularia os custos do aumento de enfermeiros, como possuem também maior nível de retenção de enfermeiros (menor mobilidade), o que pode fazer também diminuir custos, já que, a uma maior mobilidade de enfermeiros associar-se-á sempre necessidade de tempo para integração, tempo de formação e portanto mais custos.

Aiken estudou não apenas o impacto do número de enfermeiros, mas também o seu nível de diferenciação e ambiente de cuidados, considerados individualmente e de forma agregada. A sua pesquisa mostrou que a cada doente acrescentado à carga de trabalho dos enfermeiros estava associado um aumento de 7% na mortalidade e no *failure to rescue* (mortes evitáveis) (Aiken *et al.*, 2002).

Também a Universidade da Pensilvânia relacionou a carga de trabalho com a mortalidade no *International Hospital Outcomes Study*. Tendo encontrado a

mesma associação nos Hospitais Ingleses (Raffaty *et al.*, 2007), no Canadá (Estabrooks *et al.*, 2005) e na Nova Zelândia (McCloskey e Diers, 2005).

A formação ou o nível de diferenciação dos enfermeiros foi também associado a uma melhoria da qualidade dos cuidados e a melhores índices de mortalidade (Aiken, 2008).

A introdução de tecnologia

Na indústria em geral e também, em alguns casos na saúde, sobretudo nas áreas do diagnóstico, a introdução de tecnologias tem um caráter substitutivo e serve para obter escala, isto é, produzir mais sem aumentar o custo unitário de produção. O objetivo é, nos modelos económicos tradicionais, substituir postos de produção para reduzir custos (Patterson, 1992). Dada a natureza do bem cuidados de enfermagem, a capacidade das tecnologias substituírem enfermeiros é muitíssimo limitada. No entanto a utilização de sistemas computadorizados para a documentação dos cuidados, para a classificação dos doentes, para a produção de horários e para muitas funções administrativas, pode libertar os enfermeiros para as atividades para as quais lhes foi conferido o seu mandato social: cuidar de pessoas.

As tecnologias, sobretudo os sistemas de informação, podem aumentar a produtividade dos enfermeiros, porquanto os podem libertar de atividades que não são de enfermagem, aumentando assim o valor das suas práticas (*idem*).

O lado da procura

Uma outra análise que se tem que ter em conta quando se fala de valor dos cuidados de enfermagem é a perspetiva da procura.

Dum ponto de vista dos modelos económicos é muito difícil de construir a verdadeira curva de procura dos cuidados de enfermagem. Para além disso deve distinguir-se *a priori* o conceito de necessidade e o conceito de procura. O mercado satisfaz procuras, não necessidades (Call e Holahan, 1984). Necessidades em cuidados de enfermagem e de saúde em geral ficarão sempre

por satisfazer, dada a escassez de recursos. Daí a dificuldade, em prever procuras para cuidados de enfermagem e a necessidade de descrever quais as necessidades das pessoas para esses cuidados e quais os resultados obtidos com as intervenções desenvolvidas face às necessidades.

A alocação dos recursos necessários dependerá muito da informação que se possa produzir sobre as necessidades, sobre as respostas dos enfermeiros e, no final, sobre os resultados que os indivíduos podem obter desses cuidados. Uma questão pertinente a colocar, neste campo, tem a ver com quem será que vai determinar os conteúdos informativos relevantes para chegar a conclusões e quem vai avaliar os doentes sobre esses dados. O background disciplinar e educacional, assim como os interesses envolvidos nesse processo pode influenciar as leituras sobre os resultados.

Sobre a procura de profissionais de saúde podemos ainda referir que ela pode vir a decrescer, devido à crise do estado social e às imperfeições deste mercado, os cuidados vão tornar-se mais caros para os cidadãos.

Medidas para baixar os custos têm sido ensaiadas pelos vários governos e todas elas vão no sentido de instituir mecanismos de partilha de risco entre quem financia e quem presta cuidados e por medidas de maior partilha de custos entre quem financia e quem consome. Podemos vir a assistir a uma competição entre os diversos tipos de prestadores (na perspetiva de que as suas competências são substituíveis), o que trará efeitos nos enfermeiros. Por outro lado, as alterações demográficas na nossa sociedade e a expectativa de uma alteração no perfil de necessidades, que a idade fará emergir, resultarão numa alteração da procura dos serviços de saúde.

As políticas de reembolso por terceiros pagadores a profissionais não médicos que prestarão alguns serviços selecionados podem demonstrar-se efetivos do ponto de vista dos custos e com uma qualidade aceitável (Gates, 1990). Por exemplo, os financiadores privados (seguros) podem escolher pagar a qualquer prestador, desde que, isso caia dentro do seu espectro de prática. Esta situação pode levar a uma oportunidade, para alguns enfermeiros, de oferecer os seus serviços de uma forma direta ao mercado.

Claro que também se podem notar fenómenos de complementaridade de bens (ou seja, um bem é complementar a outro quando são usados em conjunto

e o uso de um obriga à utilização do outro, por exemplo, as bolas e as raquetes de ténis). Este conceito económico pode ser utilizado, se quisermos perspetivar a procura de cuidados de enfermagem, nos casos em que esses cuidados resultam como complementares de um conjunto de cuidados de saúde. Uma maior diferenciação e sofisticação médica e cirúrgica implicará, também, a aquisição de serviços de enfermagem necessários. É expectável que, à medida que se dão estes desenvolvimentos e aumente a procura desses serviços, aumentará a procura de serviços complementares nos quais se incluirão os cuidados de enfermagem.

Conclusões

Os cuidados de saúde em geral e os cuidados de enfermagem em particular têm que centrar-se no valor que acrescentam, assumindo como paradigma os cuidados de valor acrescentado, sendo que, os cuidados que promovem valor acrescentado são definidos como os que se centram no doente e que o beneficiam de forma direta (Paterson, 1992).

Para garantir visibilidade a essa prática, a profissão de enfermagem tem de continuar a documentar o que acrescenta de valor nos cuidados de enfermagem, medindo e aferindo os resultados obtidos pelos doentes e os custos de atendimento. Para fazer isso, as informações sobre os cuidados de enfermagem e os resultados obtidos pelos doentes que sejam atribuídos às intervenções de enfermagem, devem ser recolhidos, registados e utilizados na tomada de decisão de enfermeiros e gestores (Rothert, Wehrwein e André, 2002).

O desenvolvimento de estudos que meçam a qualidade, bem como a relação custo-benefício da assistência de enfermagem são fundamentais para definir prioridades na alocação de recursos (Spetz, 2005). A formação em enfermagem deve privilegiar modelos de atuação que representem com precisão o valor que as suas intervenções incrementam na obtenção de ganhos em saúde pelos doentes e pelas populações, sem esquecer que as suas práticas têm um custo. "Já não é aceitável olhar apenas o custo dos cuidados de enfermagem, mas também as economias, o valor dos resultados e a qualidade que proporcionam" (Nowicki Hnatiuk, 2006).

Needleman, Buerhaus, Stewart e Zelevinsky (2006) concordam que os custos são apenas parte da equação, o valor será evidenciado no melhor atendimento ao doente e na redução de custos para o sistema de saúde. Os resultados de valor acrescentado, relacionados com o aumento da satisfação dos doentes e o aumento da satisfação dos enfermeiros com o trabalho, devem ser quantificados para demonstrar e articular o verdadeiro valor da enfermagem (Nowicki Hnatiuk, 2006).

Para isso existem um conjunto de estratégias de que os enfermeiros se devem munir:

- Valorização enquanto enfermeiro e valorização da contribuição dos cuidados na obtenção dos resultados que os doentes identificam.
- Identificar-se perante os doentes/utentes e outros prestadores como Enfermeiro(a) ou Enfermeiros especialista.
- Tomar medidas para garantir que se utiliza uma terminologia que permita apoiar a comunicação, a representação exata do processo de pensamento em enfermagem e a avaliação e melhoria dos cuidados de enfermagem.
- Apoiar sempre os colegas nos esforços para melhorar a prestação através de evidência com base na prática.
- Prosseguir o desenvolvimento profissional através da formação contínua e revisão da literatura profissional, a fim de aplicar práticas baseadas em evidências.
- Manter um conhecimento atualizado sobre as tendências de pesquisa, demonstrando o valor da enfermagem e do contributo das intervenções de enfermagem para melhorar os resultados nos doentes e possibilitar um atendimento seguro.
- A liderança de Enfermagem deve estar envolvida no desenvolvimento e implementação de padrões de produtividade e de financiamento da saúde.
- Utilizar evidências da investigação relacionadas com o número de enfermeiros e os resultados obtidos nos doentes na conceção de sistemas de prestação mais seguros e mais centrados nos doentes.

Referências Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality (2006). *Final contract report: Pay for performance: A decision guide for purchasers*. Retrieved março 2008 from <http://www.ahrq.gov/qual/p4pguide.pdf>
- Aiken, L. H. (1990). Charting the future of hospital nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(2), 72-78.
- Aiken, L. H. (2008). Economics of nursing. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 9(2), 73-79.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatients AIDS care. *Medical Care*. 37(8), 760-772.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T.; Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Alliance for Health Reform. (2006). Rewarding quality performance: *The multidisciplinary approach*. Retrieved maio 2008 from http://www.allhealth.org/briefing_detail.asp?bi=78.
- American Nurses Association (2002). *Nursing's agenda for the future: A call to the nation*. Washington: ANA. Retrieved from <http://www.nursingworld.org>.
- Bostrum, J. & Mitchel, M. (1991). Relationship of direct nursing care hours to severity of illness. *Nursing Economics*. 9(2), 105-111.
- Brealey, R. A. & Myers, S. C. (1988). *Principles of corporate finance*. (3rd ed.) New York: McGraw-Hill Book.
- Brooten, D., Kumar, S., Brown, L. P., Butts, P., Finkler, S. A., Bakewell-Sachs, S., et al. (1986). A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. *The New England Journal Of Medicine*, 315(15), 934-939.
- Call, S. T. & Holahan, W. L. (1984). *Managerial economics*. Belmont. CA: Wadsworth Publishing.
- Ehrt, K. S. (1987). The cost-quality balance: An analysis of quality, effectiveness, efficiency and cost. *JONA*. 17(5), 6-12.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. C., Ricker, K. L., Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

Gates, S. J. (1990). Direct third-party reimbursement for nursing. *Orthopaedic Nursing*, 9(4), 24-27.

Huang, T. T. & Liang, S. H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10), 1193-1201.

Jacobs, P. (1987). *The economics of health and medical care*, (2nd ed.). Rockville, MD: Aspen.

Kane, R. L., Shamliyan, J., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T. J. (2007). Nurse staffing and quality of patient care. (Evidence Report/Technology Assessment No. 151 Agency for Healthcare Research and Quality).

Kany, K. A. (2004). Nursing in the next decade: implications for health care and for patient safety. *OJIN: Online Journal of Issues in Nursing*, 9(2). Retrieved março 2008 from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/>.

Keenan, G., Yakel, E., Tschannen, D. & Mandeville, M. (2008). Documentation and the nurse care planning process. In R. Hughes (Ed) *Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses*. (AHRQ Publication No. 08-004), Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.

Landon, B. E., Normand, S. L., Lessler, A., O'Malley, A. J., Schmaltz, S. *et al.* (2006). Quality of care for the treatment of acute medical conditions in the US Hospitals. *Archives of Internal Medicine*, 166(22), 2511-2517.

McCloskey, B. A. & Diers, D. K. (2005). Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patients outcomes. *Medical Care*, 35(11), 1140-1146.

Naylor, M. D., Broten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M., *et al.* (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 281(7), 613-620.

Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K. & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25(1), 204-211.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

- Nowicki Hnatiuk, C. (2006). The economic value of nursing. *AAACN Viewpoint*, 28(4), 1, 15.
- Patterson, C. (1992). The economic value of nursing. *Nursing Economics*, 10(3), 193-204.
- Porter, M. E., Teperi, J., Vuorenkoski, L. & Baron, J. (2009). The Finnish health care system: A value-based perspective. Helsinki: Edita Prima.
- Pruit, R. H., Jacox, A. K. (1991). Looking above the bottom line: Decisions in economic evaluation. *Nursing Economics*, 9(2), 87-91.
- Rothberg, M. B., Abraham, I.; Lindenaur, P. K. & Rose, D. N. (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost effective safety interventions. *Medical Care*, 43(8), 785-791.
- Rothert, M., Wehrwein, T. & Andre, J. (2002). Informing the debate: Health policy options for Michigan policymakers: Nursing workforce requirement for the needs of Michigan Citizens. Retrieved junho, 2010 from <http://ippsr.msu.edu/Publications/Nursing.pdf>.
- Smith, C. T. (1986). High expectations versus limited resources. *Health Affairs*, 5(3), 86-90.
- Spetz, J. (2005). The cost and cost-effectiveness of nursing services in health care. *Nursing Outlook*, 53(6), 305-309.
- Upenieks, V., Akhavan, J. & Kottlerman, J., Esser, J. & Ngo, M. (2007). Value-added care: A new way of assessing nursing staffing ratios and workload variability. *Journal of Nursing Administration*, 37(5), 243-252.
- Upenieks, V., Akhavan, J. & Kottlerman, J. (2008). Value-added care: A paradigm shift in patient care delivery. *Nursing Economics*, 26(5), 294-300.
- Welton, J., Fischer, M. H.; DeGrace, S. & Zone-Smith, L. (2006). Hospital nursing costs, billing and reimbursement. *Nursing Economics*, 24(5), 239-245.

A PRODUÇÃO E USO DE INFORMAÇÃO DESDE NIGHTINGALE AOS NOSSOS DIAS

ANABELA DE SOUSA SALGUEIRO OLIVEIRA*

MARIA DA CONCEIÇÃO GONÇALVES MARQUES ALEGRE DE SÁ**

MARIA ARMINDA GOMES***

ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL****

“O homem bem sucedido na vida é aquele que dispõe, no momento exato, da melhor informação” (Paulino, 2006).

A informação é, cada vez mais, um recurso indispensável à obtenção de vantagens competitivas (Zorrinho, 1999). Para as organizações ela é um dos recursos cuja gestão e aproveitamento mais influencia o seu sucesso. Onde a importância de saber usá-la e aprender novas formas de entender este recurso. Na era da globalização e da sociedade interativa em que os fluxos de informação são instantâneos e interligados, esta passa a ser o recurso básico na procura de um desenvolvimento sustentável a ponto de podermos afirmar que a informação se tem constituído como um elemento central no desenvolvimento de todas as esferas da actividade humana.

A linguagem enquanto elemento da informação é o mais subtil reflexo das mudanças sociais. Isto pode ser visto a cada momento nos nossos dias, quando a sociedade absorve novas formas de linguagem para comunicar,

* Professora Adjunta na ESEnC, MsC.

** Professora Adjunta na ESEnC, MsC.

*** Professora Adjunta na ESEnC.

**** Professor Coordenador na ESEnC.

como as mensagens de texto nos telemóveis e nos e-mails que, mais ou menos lentamente, se vão introduzindo na cultura, surgindo assim novas palavras e também novos conceitos para as palavras.

O séc. XIX é disso o exemplo; a industrialização e a máquina a vapor introduziram fortes mudanças no tecido social, acompanhadas por uma evolução, mais rápida do que até aí, do significado das palavras e até da introdução de muitos novos termos.

Está bem documentado o facto da sociedade Vitoriana já perspetivar que os transportes, as tecnologias da informação, a disseminação da informação, bem como, o desenvolvimento de algumas ferramentas para a sua organização (catálogos, bibliotecas públicas...) iam ser a chave para o desenvolvimento das nações, já que, se tinha a visão de que estes aspetos iriam melhorar a literacia, a educação, o aumento dos recursos disponíveis e o aumento da liberdade e independência das pessoas.

As sociedades que possuíam como elementos estruturantes: o trabalho, a terra e o capital, deram origem a sociedades em que a informação se transforma num novo capital e o sucesso das organizações passa a depender dos conteúdos informativos de que dispõem.

A palavra "informação" não é uma palavra nova. A sua origem etimológica pode encontrar-se a partir da Idade Média, onde foi derivada do latim medieval *informationem* e do francês antigo *enformacion*, que significa "formação da mente, ou ensino". Analisado o termo de acordo como é utilizado em várias áreas do conhecimento, a informação será matéria-prima para a construção do conhecimento, tal como os dados são a matéria-prima com que se estrutura a informação (McGarry, 1984; Weller e Bawden, 2006; Sousa, 2006) A informação pode também ser definida como o conteúdo da comunicação humana, "a comunicação é um ato de transmissão cujo produto é a informação..." (Lussato, 1995, p. 95).

A informação é um elemento central na tomada de decisão clínica e um requisito fundamental para a gestão dos cuidados de saúde (Marin, *et al.*, 2001, p. 1). Contar com informação pertinente e adequada é o ingrediente fundamental que transforma uma decisão numa decisão fundamentada, a qual tem muito mais probabilidade de ser correta. Para a prática de enfermagem a informação útil deverá ser aquela que é relevante para o processo e para a

formalização do resultado dos cuidados (Tierney, 2001). Compreender como é que a informação se relaciona com os dados e com o conhecimento é por isso fundamental. “Na realidade, informação refere-se a um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, ficando este mais habilitado para desenvolver determinada actividade ou decidir face a um determinado contexto” (Sousa, 2006).

Os dados são elementos em bruto: o valor da tensão arterial, a temperatura, o nome de um fármaco, a data de admissão de um doente. Por si só os dados não têm nenhum significado, são elementos totalmente isolados.

A informação produz-se quando os dados são agrupados de acordo com um conjunto de fatores comuns e passam a ter sentido, i.e. um conjunto de dados biométricos converte-se em informação acerca dos sinais vitais de um doente, um conjunto de datas de admissão de um doente converte-se nos seus antecedentes de hospitalização, por seu lado as datas de admissão de diferentes doentes num determinado período indicam a taxa de actividade de um hospital. Em muitas situações a informação ocupa a parte intermédia de um processo que é contínuo e pode ser assim considerada quer como produto quer como um recurso.

O conhecimento, por seu lado cria-se quando a informação se coloca num determinado contexto, por exemplo se relaciona com o que era previsível que acontecesse aos sinais vitais numa determinada situação clínica, os produtos farmacêuticos e os seus efeitos colaterais comprovados ou o nível de actividade de um hospital se relaciona com o seu orçamento e a população que serve.

“Data combined gives information. Information, placed in the appropriate context, forms knowledge. And knowledge, combined with experience, judgment and a whole range of other things, gives us wisdom. Somewhere in between, there is creativity and inventiveness” (Weir, 1996).

O setor da saúde é por natureza um setor de utilização intensiva de informação, já que, a produção se baseia em informação, ou seja, consumidores e prestadores são clientes e fornecedores de informação a cada momento.

Os profissionais e os utentes são chamados a processar um conjunto de dados que transformam em informação e lhes permite tomar as decisões mais adequadas, de acordo com o conhecimento que possuem, para atingir um conjunto de resultados que, no momento, são os que otimizam a sua utilidade.

A enfermagem profissão baseia a sua actividade na interação humana. Neste processo de proximidade é produzida uma quantidade imensa de informação o que exige todo um processo de reflexão sobre as características dessa informação, sobre o seu valor e naturalmente sobre os recursos que têm que ser mobilizados para o seu processamento, gestão e armazenamento.

Um dos aspetos que, desde cedo, se tornou claro é a possibilidade de, pela gestão da informação, ser possível dar visibilidade não apenas ao que fazem os enfermeiros, mas também às razões que os levam a fazer o que fazem e sobretudo aos resultados que podem ser obtidos com o que fazem.

A enfermagem é a área, da prestação de cuidados de saúde, que mais recursos disponibiliza, mas tem, apesar disso, permanecido invisível nas decisões políticas em saúde e nas descrições dos cuidados de saúde (Clark, 1999, Scott *et al.*, 2006). Embora as definições contemporâneas da enfermagem destaquem os diversos aspectos observáveis e não observáveis da profissão, na prática parece existir falta de clareza na definição e identidade profissional. (Clark, 1999; Buller e Butterworth, 2001; MacNeela *et al.*, 2006; Maben, 2008; International Council of Nurses, 2009).

A falta de reconhecimento da identidade da profissão de enfermagem tem sido atribuída ao facto de que, historicamente, ela se tem desenvolvido e sustentado a partir de conhecimentos e competências que se têm mantido invisíveis, em grande parte devido à não utilização de um vocabulário formal próprio. Desta forma, o trabalho de enfermagem tem ficado fora do alcance da visão de outros não enfermeiros (Bone, 2002; Bjorklund, 2004).

Pesquisas recentes sobre a forma como os enfermeiros documentam e articulam a sua contribuição para os cuidados demonstraram que muito do que os enfermeiros fazem não é registado, ficando assim invisível (Hyde *et al.*, 2005; Butler *et al.*, 2006) e, tal como afirmam Clark e Lang (1992), "Se nós não podemos nomeá-lo, não podemos controlá-lo, financiá-lo, pesquisar, ensinar, ou colocá-lo nas políticas públicas" (p. 109).

Ao usar estatísticas para a mortalidade e morbidade, Florence Nightingale foi, reconhecidamente, a primeira a utilizar informação produzida nos contextos para medir o resultado dos cuidados de saúde (Pringle, *et al.*, 2003). Apesar do seu caráter visionário no uso dessas medidas, para avaliar o resultado dos cuidados, algumas continuam hoje a ser utilizadas. Entendemos, no entanto, que no atual panorama dos cuidados de saúde, a aplicação de medidas para avaliação de resultados tem que necessariamente ser muito mais complexa, porque mais complexo é o ambiente onde os cuidados são prestados. As organizações de saúde oferecem uma ampla gama de serviços prestados por múltiplos profissionais que possuem diferentes opiniões sobre o que deve ser avaliado, o que torna esta tarefa num desafio que os enfermeiros devem adotar.

Refletir sobre o contributo que Nightingale deu à enfermagem, é hoje inegável e amplamente reconhecido. Neste âmbito, perceber de que forma utilizou e valorizou a informação em benefício do desenvolvimento da enfermagem e da saúde, só poderá ser verdadeiramente reconhecido se conseguirmos ter em consideração duas perspetivas fundamentais. Por um lado, a importância que essa informação desempenha na sociedade atual e o uso que a enfermagem tem efetuado da mesma e por outro, contextualizarmos os mesmos aspetos no século XIX.

A importância que a informação tem na atualidade, é indubitável e amplamente reconhecida por todos. Ela é pautada pela cibercomunicação, acessibilidade e rapidez, mas, acima de tudo, pela consciência que temos do seu poder de persuasão e mudança. No entanto, no contexto da saúde, ainda continuamos a defender a necessidade crescente de sistemas de informação, capazes de sustentar a monitorização das atividades clínicas realizadas e a medição de resultados. Também percebemos que, na enfermagem, os registos têm vindo a assumir-se como essenciais e indispensáveis, sendo através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional (Dias *et al.*, 2001). Porém, ainda encontramos referências ao facto dos registos de enfermagem necessitarem de maior clareza e informações mais completas para cumprir o seu propósito de comunicação e servirem de base para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados (Törnvall Wilhelmssons, 2008).

Considerando os aspetos atrás referidos e acima de tudo, o caminho que ainda é importante realizar para a informação em enfermagem ser verda-

deiramente valorizada, certamente compreenderemos melhor o contributo de Nightingale neste âmbito, inserida na sociedade do século XIX.

A Revolução Industrial conduziu a alterações em diferentes dimensões da vida social e cultural, muito provavelmente, tal como assistimos hoje, na forma como era percebida e gerida a informação. As mudanças nos transportes, a criação e disseminação de bibliotecas, novas tecnologias e a disseminação da informação foram mais intensas e geraram ambientes propícios à mudança social. A maior facilidade de mobilidade gerou processos de trocas, também culturais, que influenciaram decididamente o clima social, intelectual e político da época (Weller e Bawden, 2006).

Todas estas alterações certamente tiveram reflexos nos serviços de saúde que, na época, ofereciam condições com diferenças abismais, relativamente à sociedade atual.

Nightingale cresceu neste ambiente de mudança, inserida numa família de classe média alta, com ideias avançadas para a época, sobre a educação da mulher.

Na sua educação recebeu formação diferenciada em várias vertentes, entre as línguas, teologia e matemática. Por outro lado, desde muito cedo mostrou um enorme fascínio pelos números, por volta dos 20 anos quis ter aulas de matemática com um professor de Cambridge (Magnello, 2006; Ellis, 2010).

Decorrente das relações privilegiadas que sua família mantinha com pessoas influentes da sociedade britânica, muito jovem começou a participar em jantares sociais e conviver com cientistas da época o que, certamente, também favoreceu a projeção social que o seu trabalho veio a ter mais tarde.

Outro aspeto, não menos importante, foi o interesse que manifestou desde muito jovem, por assuntos sociais relativos à saúde. Durante uma viagem ao Egito, em 1849, aproveitou para estudar os diferentes sistemas hospitalares existentes no mundo. Indiferente ao conceito depreciativo que na época se tinha da enfermagem e contra a vontade da família aos 24 anos, decide ser enfermeira (Ellis, 2010).

Se pensarmos nos aspetos atrás referidos de forma individualizada, certamente não lhe reconheceremos a importância devida, porém se o fizermos

de forma conjunta, poderemos mais facilmente perceber que a forma como Nightingale percebeu e utilizou a informação resultou da influência de um conjunto de fatores, decorrentes da sua educação, vivências sociais durante o processo de crescimento e do próprio conceito de informação existente na época.

Em todas as histórias de vida, percebemos que, por vezes, algumas ocorrências pessoais, sociais ou naturais, podem conduzir a percursos nunca antes perspectivados.

Assim, outro acontecimento importante, que poderá ter contribuído para dar visibilidade ao trabalho de Nightingale, prende-se exatamente com interesses britânicos e a participação das tropas inglesas na guerra da Crimeia.

Pela primeira vez foi efetuada pela imprensa a divulgação dos factos aí ocorridos. As reportagens no *The Times*, sobre o sofrimento dos soldados e a incompetência dos comandantes do exército Britânico na referida guerra, indignaram e revoltaram os ingleses na época (Gill e Gill, 2005).

O Secretário de Guerra, Sidney Herbert era amigo pessoal de Nightingale e conhecia as suas capacidades de liderança. Pensando que poderia acalmar o público, endereçou-lhe um convite, para ir para o contexto de guerra. Seria superintendente de enfermagem num hospital de Scutari, na Turquia e levaria consigo 38 enfermeiras (Magnello, 2006).

Até ao momento, as mulheres nunca tinham podido servir oficialmente. Ter tido a ousadia de ir para a guerra, permitiu dar visibilidade à informação que recolheu de uma forma nunca feita até então, mas acima de tudo, utilizá-la para a mudança.

Ao chegar à Crimeia, constatou com uma realidade absolutamente inacreditável. As enfermarias encontravam-se superlotadas, os doentes cobertos de trapos sujos de sangue e excrementos. A água estava contaminada e os alimentos não eram comestíveis (Winkelstein, 2009).

A sua formação teológica e o interesse que desde sempre manifestou pela estatística, foram interligadas na análise dos fenómenos que experienciou. Ela acreditava que os padrões identificados pelas estatísticas, eram expressões das “leis de Deus” deixadas pelo Criador para serem descobertas e

agir sobre eles. Considerava que para entender o pensamento de Deus, se devem estudar as estatísticas que são medidas para o Seu fim (Weller e Bawden, 2006). O seu trabalho foi assim influenciado pela religião e pela filosofia, o que favoreceu a abordagem sistémica dos fenómenos (McDonald, 2001).

Durante os primeiros sete meses na Crimeia, conseguiu detetar uma taxa de mortalidade de 60% em doenças como o tifo, febre tifoide e cólera, superior à morte por peste negra em Londres (Magnello, 2006).

A taxa de mortalidade hospitalar durante os primeiros meses, foi de 32% (Vandenbroucke Vandenbroucke-Grauls, 1988; Winkelstein, 2009), tendo caído para cerca dos 2% (Winkelstein, 2009), com a implementação de medidas de higiene e alimentação saudável que adquiria com os seus próprios fundos.

Considerava que tal mortalidade não deveria voltar a acontecer, por cada soldado que morreu devido aos seus ferimentos, sete morreram por doença (McDonald, 2001).

Com base na evidência recolhida durante a sua permanência na Crimeia (1854 e 1856) e após regressar a Londres, comparou através das estatísticas, as taxas de mortalidade dos militares com as da população civil. Descobriu que as taxas de mortalidade, entre os 25 e 35 anos, nos militares em tempo de paz, eram o dobro da população civil (Magnello, 2006). Nightingale queria mostrar que eram as péssimas condições sanitárias dos militares que contribuíam para as desnecessárias altas taxas de mortalidade (Weller e Bawden, 2006).

Solicitou a formação de uma *Comissão Real para a Saúde no Exército* em novembro de 1856 e recomendou que William Farr, perito em estatística social, fosse apontado como seu membro. Farr não apenas lhe ofereceu os seus conselhos, como colaborou na execução das estatísticas (Magnello, 2006).

O relatório produzido deu visibilidade ao trabalho de Nightingale, desde a sua conceção, análise de dados até às recomendações de mudança. Uma das recomendações resultantes da realização do trabalho foi, precisamente, a criação de um departamento de estatística do exército, para controlar as taxas de mortalidade e identificar problemas para que pudessem ser tratados de imediato (McDonald, 2001).

Nightingale, foi uma das primeiras pessoas a perceber, a importância dos gráficos em detrimento da utilização de tabelas, para questões relacionadas com as estatísticas vitais. Usava-os recorrendo a cores para destacar factos importantes, nomeadamente as taxas de mortalidade durante a guerra da Crimeia (McDonald, 2001).

Foi Nightingale que divulgou e desenvolveu os gráficos setoriais, “gráficos de *pizza*” ou “*coxcombs*” como os denominava, apesar de terem sido criados cerca de 50 anos antes por William Playfair (Weller e Bawden, 2006). Através da criação de 12 ângulos iguais que correspondiam aos meses do ano, revelava assim alterações nos fenómenos, ao longo do tempo (Magnello, 2006). O recurso a cores, permitia evidenciar, com o azul, as doenças preveníveis como a cólera e o tifo, com o vermelho, na zona central, as mortes por ferimentos, nas zonas interiores a preto, representava as mortes por outras causas (Magnello, 2006).

Esta apresentação além de dramatizar as mortes ocorridas, foi usada como uma ferramenta para convencer pessoas estrategicamente influentes, de que muitas mortes poderiam ser evitadas se reformas sanitárias fossem introduzidas nos hospitais (Magnello, 2006).

Percebemos que ter partido para a Crimeia desconhecida e voltado para Inglaterra como heroína nacional (Gill e Gill, 2005), poderá ter sido facilitador para a sua pretensão de continuar a dar visibilidade ao seu trabalho.

O trabalho de Nightingale não ficou, assim, restringido ao que fez durante o contexto de guerra, mas, acima de tudo, o uso que fez da informação que produziu a partir dela.

A sua capacidade de pensar em problemas à escala global, numa época em que a circulação de informação não é comparável à atualidade, torna a sua visão ainda mais importante.

A motivação para influenciar a mudança continuou, como seguidamente apresentaremos em várias vertentes, a partir do seu próprio país, mas muito para além do mesmo.

Como argumento, está sempre presente a informação obtida pela recolha de dados de forma sistemática.

Algum tempo após o regresso da Crimeia (1858), começou a examinar as estatísticas do Hospital de Londres, tendo constatado falta de coordenação científica e precisão. Como resultado da sua análise, publicou o livro: *Estatísticas Hospitalares e Planos*.

A sua primeira recomendação foi a adoção da nomenclatura de doenças usada pelo *Arquivo Geral de Inglaterra* e a utilização de formas estandardizadas de recolha de dados hospitalares (Magnello, 1998).

A sua participação, em eventos científicos de estatística, foi interventiva e reconhecida pela comunidade científica. Em 1860, participou no *Congresso Internacional de Estatística* que se realizou em Londres e aproveitou a oportunidade para influenciar as reformas que considerava importantes. Numa carta enviada, advogava a uniformidade de colheita de dados nas estatísticas hospitalares, pois só assim seria possível comparar resultados entre hospitais, regiões ou países (McDonald, 2001). A sua proposta foi analisada e foram tomadas resoluções nesse sentido. Surge o primeiro modelo de recolha sistemática de dados nos hospitais, utilizando uma classificação de doenças e operações (Keith, 1988).

Enviou uma carta com uma proposta para melhorar as estatísticas das intervenções cirúrgicas, para o *Congresso Internacional de Estatística*, realizado em Berlim em 1863.

Tentou também, embora sem sucesso, incluir perguntas sobre o estado de saúde e habitação, nos Censos de 1861, por considerar que as condições habitacionais influenciavam a saúde dos indivíduos (McDonald, 2001; Winkelstein, 2009).

Na sua perceção, o conhecimento de estatística deveria orientar as políticas públicas. Assim, propôs, embora sem sucesso, uma cadeira de estatística aplicada para a Universidade de Oxford, estando disposta a financiá-la (Weller e Bawden, 2006; McDonald, 2001; Magnello, 2006).

Nesta universidade, eram educados a maioria dos funcionários públicos e políticos. Nightingale estava ciente que os deputados, tinham acesso a uma enorme quantidade de estatísticas, mas que não faziam uso dessa informação. Embora tivessem formação universitária não tinham tido estatística (Magnello, 2006).

Também ao ter conhecimento, através da imprensa, das elevadas taxas de mortalidade dos povos indígenas, com possibilidade de raças inteiras serem dizimadas, persuadiu o *Departamento Colonial*, para enviar questionários com o objetivo de obter a mortalidade nas escolas e hospitais. A maior parte da mortalidade, era resultado direto de doenças preveníveis (McDonald, 2001).

Outro exemplo de contributo social e para a enfermagem, recorrendo, mais uma vez, à informação para persuadir a mudança, prende-se com a inclusão de profissionais de enfermagem nos hospícios.

Na época, estas instituições tinham poucos cuidados médicos. Algumas pessoas sem preparação, também elas indigentes, prestariam supostamente, alguns cuidados de enfermagem. Nightingale conseguiu, pela primeira vez, ter enfermeiros diplomados, nos hospícios em 1865. Acreditava que, se fossem mostrados resultados de sucesso decorrentes da presença destes enfermeiros, esta medida poderia ser estendida a outros hospícios (McDonald, 2001).

Paralelamente, ao contributo dado à epidemiologia por Semmelweis (1818-1865), com o estudo sobre febre puerperal, poderemos também perceber a importância do trabalho de Nightingale, neste âmbito.

Apesar de alguns dados sobre mortalidade materna decorrente da febre puerperal, estarem disponíveis. Nightingale, estava preocupada com a impossibilidade de efetuar comparações entre instituições, especialmente em relação ao tempo de internamento e mortalidade que ocorria nas mulheres, após a alta clínica.

Assim, enviou questionários a todas as instituições com o objetivo de conhecer a mortalidade associada ao parto, em cada instituição e condições sociais das mulheres.

Constatou existirem taxas de mortalidade mais elevadas em mulheres com melhores condições sociais, mas cujos partos eram realizados em instituições em que existiam muitos médicos e estudantes, em detrimento dos partos que ocorriam em hospícios onde acorriam mulheres com reduzidas condições sociais (McDonald, 2001).

A descrição de trabalhos anteriormente apresentada denota, dentro da saúde, as diferentes áreas em que se debruçou. As suas principais armas foram os dados que não via como impessoais e abstratos, mas ajudavam a mostrar como promover mudanças na saúde.

A definição de informação existente na época e anteriormente apresentada (*Inteligência dada*), parece refletir exatamente o uso que Nightingale fez da mesma. Um conjunto de dados, só por si, não teria grande utilidade, no entanto, Nightingale revelou uma sabedoria imensa, acompanhada de um pragmatismo que lhe permitiu utilizar a informação tendo sempre presente a sua função específica.

Enquanto para alguns, a informação era percebida como algo flexível e subjetivo, para Nightingale, a informação era objetiva, racional, fixa e científica. Apesar de se envolver emocionalmente com os factos, nomeadamente, o que tinha vivenciado na Crimeia, considerava que pela informação, poderia comunicar de forma racional factos emotivos e eventualmente abstratos (Weller e Bawden, 2006).

Nightingale foi importante, não apenas para a produção de resultados científicos mas, acima de tudo, para torná-los compreensíveis para leigos, nomeadamente políticos e altos funcionários que faziam e geriam as leis (McDonald, 2001).

Ela utilizava a informação estatística para educar, informar e persuadir o governo e o público, para as necessidades de mudança. Conseguiu convencer vários oficiais do governo, de que as taxas de mortalidade poderiam ser reduzidas no exército e na população civil, com a introdução de medidas de higiene e saneamento (Magnello, 2006).

Outro contributo foi a importância que deu à comparação de resultados entre instituições, regiões e países. Ela estava bem ciente de que as taxas de mortalidade poderiam ser um instrumento poderoso na comparação entre instituições, apesar da manipulação que poderia ser feita dos dados quando, por exemplo, era dada alta num hospital a alguém que depois morria numa outra instituição (Spiegelhalter, 1999).

Em termos globais, podemos afirmar que o relevo do seu trabalho levou a que fosse a primeira mulher a ser eleita pela *Sociedade de Estatística Real*,

em 1858, e membro honorário da *Associação de Estatística Americana* em 1874. Ao longo da sua vida publicou um vasto conjunto de trabalhos. O livro *Notas de Enfermagem continua ainda hoje a ser publicado em variadas línguas* (Ellis, 2010). Fundou em 1860 a primeira escola de enfermagem do mundo e em 1907 foi a primeira mulher a receber a Ordem de Mérito (Spiegelhalter, 1999; Magnello, 2006; Winkelstein, 2009).

McDonald (2001) chama-lhe pensadora sistémica e estatística apaixonada que, efetivamente, foi.

Desde Nightingale até aos nossos dias, a documentação de informação dos enfermeiros têm sido alvo de preocupação. Em 1850, Florence Nightingale registava as suas observações e utilizava informações que recolhia para aferir o nível dos cuidados prestados e melhorá-los, procurava que se produzisse informação sobre os doentes, como estes evoluíam, qual a importância da observação, descrição de pormenores, produção de estatísticas claras, valores importantes e avaliação dos resultados esperados, mantendo uma posição firme relativamente à necessidade de documentação da informação.

Florence Nightingale refere não haver registos nos hospitais que permitissem conhecer a validade do estado de saúde de cada doente; refere mesmo em carta dirigida a Sidney-Herbert London War Office (1885) que *não* se faziam estatísticas, nem da classe etária, na qual ocorrem mais óbitos, nem dos tipos de tratamento, do aspeto do corpo, após a morte, etc. Geralmente, os registos eram tão pobres que, muitas vezes, o único registo existente era: “morreu um homem em determinado dia”. Referia, ainda, que ninguém fornecia dados sobre a evolução das situações.

A produção e documentação de informação têm sido objeto de contínuo e continuado debate no seio da comunidade dos enfermeiros portugueses demonstrando a sua indiscutível utilidade (Pimenta e Vale, cit. por Rodrigues (2005: 6).

Em Portugal, os enfermeiros iniciaram a documentação de informação na década de 50, apesar de só vir a fazer parte integrante do conteúdo funcional dos enfermeiros, a partir de 1991 com o Decreto-Lei 437/91 de 8/11/1991.

O processo clínico, entendido como suporte da documentação produzida sobre o estado de saúde dos utentes, era apenas do interesse médico. Este

constituía uma forma de descrição da evolução clínica e de prova documental das prescrições a serem implementadas pelos enfermeiros.

Por sua vez, os enfermeiros documentavam no processo clínico, para informar o médico dos dados de observação que interessariam a estes, o que resultava da vigilância regular do enfermeiro numa folha designada “*Folha de observação*”, contemplando aspetos como os sinais vitais, eliminação de fluidos corporais, o estado de consciência e atitude psicológica e, ainda, as atividades dos enfermeiros como respostas às solicitações dos médicos, de modo a assegurar o regular funcionamento do serviço e que, quando cumprido o objetivo, podiam ser eliminadas do processo clínico (Guia de Enfermagem Hospitalar, 1950).

Apenas nas situações de maior complexidade ou gravidade se aconselhava um relatório detalhado de “*tudo o que se faz ao doente*” e que podia ser feito “*num caderno*” e não no processo clínico (Guia de Enfermagem Hospitalar, 1950).

Em 1963 a documentação da informação dos enfermeiros, passa a ser efetuada no processo clínico de cada utente e, ainda, num livro de ocorrências onde eram transmitidas informações acerca da evolução clínica. Neste livro, os doentes eram elencados de forma conjunta e os registos não eram individualizados. Para além disso, eram registadas as ocorrências que se entendiam como relevantes (Machado, 2004).

A Reforma do ensino em 1965, com ênfase nos aspetos de enfermagem reduzindo os conteúdos médicos e a atribuição de maior relevância aos estágios e a Influência da Escola do pensamento das Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson, vieram contribuir para a integração de documentos específicos de documentação da informação de enfermagem no processo clínico.

Em 1971, a OMS defende que Cuidar não dispensa a escrita e define o plano de cuidados individual “como um registo por escrito que abrange uma descrição do doente e a identificação das suas necessidades de enfermagem, assim como as ações de enfermagem requeridas para satisfazer essas necessidades” (Deiman, 1971).

De 1981 a 1984, a documentação da informação produzida pelos enfermeiros passou a dar uma visão mais clara das condições do utente, da doença e das ações de enfermagem.

Em 1985, com a nova atualização da carreira e a introdução do método de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem hospitalares, defendida no III Congresso Nacional de Enfermagem; a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico e, ainda, a influência dos vários modelos teóricos de enfermagem fazem emergir novos conceitos na informação produzida, mobilizada e documentada pelos enfermeiros.

Assim, na década de 90, os enfermeiros passam a formalizar no processo clínico, os planos de cuidados de enfermagem e, embora se observe uma documentação de informação referente às ações, estes deixam omissos os resultados dos cuidados. Em alguns casos, os registos feitos pelos enfermeiros não constavam do processo clínico (salvo raras exceções) porque eram muito extensos e, ou, porque não lhe era atribuída importância, já que eram, na sua maioria, resultantes da prescrição de outros profissionais e não da autonomia dos enfermeiros (Machado, 2004).

O sistema de avaliação de desempenho da carreira de enfermagem faz referência aos registos, no seu Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro, no artigo 19.º, n.º 2, considerando como *deficiente desempenho* o incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados.

A aprovação dos estatutos profissionais dos enfermeiros em 1996, para além de definir cuidados de enfermagem, propõe uma metodologia científica para as respostas às necessidades de saúde da população.

Os primeiros cursos de mestrado e de doutoramento em enfermagem em Portugal, em 1991 e 2000, respetivamente, permitiram uma maior consolidação do conhecimento teórico e epistemológico de enfermagem, reconhecendo-se a importância desse conhecimento disciplinar para a saúde dos cidadãos. Surgem alguns estudos, como os de Abel Paiva, Paulino de Sousa, entre outros, que ao se centrarem nos sistemas de informação e nos conteúdos informativos que os enfermeiros produziam, vêm dar uma maior relevância à necessidade de produzir uma informação que seja consistente com a forma de pensamento e de sistematização dos cuidados e, sobretudo, dos resultados que se podem obter a partir desses cuidados. Interessante é verificar que esses estudos apesar de utilizarem a informação como objeto, pretendiam imprimir e promover mudanças qualitativas nas práticas de cuidar.

A Ordem dos Enfermeiros reconhece a importância da produção e documentação de informação quando se refere à necessidade de existir, associado à evolução do exercício profissional, *“um sistema de registo em enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados as necessidades de cuidados do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A partir de 2000, começa então a haver uma maior preocupação com uma documentação em enfermagem que privilegia as necessidades de cuidados de enfermagem descritas como diagnósticos de enfermagem, as intervenções prescritas para dar resposta a esses diagnósticos e uma descrição mais clara dos resultados obtidos que se consideravam sensíveis aos cuidados de enfermagem (Machado, 2004).

A produção de informação e a obtenção do conhecimento que a partir daí pode ocorrer, só faz sentido se tiver uma finalidade e se for entendida por quem faz uso dela. Neste sentido, é de referir, pela sua relevância, a proposta da Ordem dos Enfermeiros para a necessidade de utilizar uma linguagem classificada na documentação de informação clínica, em vez de linguagem natural e se adote nas instituições portuguesas A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem aprovada pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros.

Tal como Nightingale afirmava no século XIX, é a partir da informação que se produz sobre os doentes, submetidos aos cuidados dos enfermeiros que é possível, não só aprender mais sobre como cuidar, mas também reivindicar melhores condições de trabalho e melhores condições para o cuidado das pessoas.

Através da documentação torna-se possível traduzir todo o processo de pensamento dos enfermeiros e verificar que ele está ancorado em conceitos e teorias válidas que sustentam os modelos de prática que, por sua vez, dão resposta às necessidades de saúde de cada indivíduo como ser unitário, de acordo com o mandato social de que os enfermeiros são empossados.

Em saúde, como noutras áreas profissionais, a avaliação da qualidade constitui uma valiosa oportunidade de análise dos problemas e dos desafios para melhorar e, mais criticamente, enfrentar a realidade atual.

Hoje, a qualidade em saúde resulta do desempenho multiprofissional, já que, a qualidade e a saúde são construções coletivas (Leprohon, 2001) e, neste contexto, a gestão da informação produzida e documentada pelos enfermeiros há de resultar em ações promotoras da qualidade dos cuidados que beneficiem a saúde dos cidadãos através de um modelo de produção e documentação de informação ajustado à realidade existente.

A descrição das necessidades de cuidados de enfermagem, das intervenções realizadas e dos resultados obtidos, para além da promoção da continuidade dos cuidados, do valor legal e de dar contributos para a gestão, formação e para investigação, assume um papel fundamental na visibilidade da intervenção da enfermagem e na consolidação do seu domínio próprio de intervenção.

Os ambientes onde os enfermeiros desenvolvem as suas competências, são ambientes complexos e a necessidade de delimitação das fronteiras entre as várias profissões de saúde é um constante desafio. A *accountability* tornou-se incontornável. Isto é, cada uma das profissões da equipa de saúde tem que mostrar que acrescenta valor nas pessoas que cuidam, sem o que correrão o risco de vir a ser dispensadas.

Não está garantido que havendo evidência que demonstre o efeito direto dos cuidados de enfermagem na forma como os doentes recuperam a sua saúde, ou sobre a forma como as pessoas em geral obtêm ganhos em saúde, ou sobre o bem-estar financeiro do próprio sistema de saúde, isso tenha repercussões na forma como a profissão é valorizada, respeitada e ouvida na determinação das políticas para a saúde. Contudo, a evidência produzida pela informação fiel da produção dos cuidados, pode melhorar a sua qualidade e evitar a erosão da profissão enquanto tal, como demonstra a experiência de Nightingale.

Mas num ambiente complexo e onde as opiniões são tão díspares sobre o que são resultados, como fazer?

Nunca seremos capazes de perceber e documentar a saúde das populações se continuarmos a ver os resultados em saúde como aquilo que os profissionais fazem às pessoas (número de cirurgias, número de consultas, número de...), em vez de os analisarmos do ponto de vista dos ganhos que as pessoas podem obter com o que os profissionais lhes fazem.

Os fenômenos como o envelhecimento das populações, o aumento da dependência, o surgimento de doenças prolongadas, o aumento das expectativas dos cidadãos, associados a recursos cada vez mais limitados, tornam necessário clarificar quais as intervenções que produzem maiores ganhos na saúde das populações e isso torna-se mais fácil com o recurso a bons sistemas de informação.

O conceito de resultados em saúde e, nomeadamente, em enfermagem, não sendo um conceito novo, começa a ser visto com muita acuidade pela necessidade que as profissões têm de mostrar a sua efetividade, i.e., mostrar quais são os ganhos que as pessoas, ou a sociedade no seu conjunto, podem obter pelo seu contributo.

Referências Bibliográficas

Bjorklund, P. (2004). Invisibility, moral knowledge and nursing work in the writings of Joan Liaschenko and Patricia Rodney. *Nursing Ethics* 11(2), 110-121.

Bone, D. (2002). Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. *International Journal of Public Sector Management* 15(2), 140-150.

Buller, S. & Butterworth, T. (2001). Skilled nursing practice — a qualitative study of the elements of nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 38(4), 405-17.

Clark, J. (1999). A language for nursing. *Nursing Standard*, 13(31), 42-47.

Clark, J. & Lang, N. M. (1992). Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), 109-112.

Deiman, P. (1971). O plano de cuidados individual. [S.l.]: [s.n].

Ellis, H. (2010). Florence Nightingale: Nurse and public health Pioneer. *British Journal of Hospital Medicine*, 71(1), 51.

Gill, C. & Gill, G. (2005) Nightingale in Scutari: Her legacy reexamined. *Clinical Infections Disease*, 40(12), 1799-1805.

Guia de enfermagem hospitalar (1950). Lisboa: Livraria Bertrand.

Hyde, A. et al. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: Biology, biography and the marginal "voice of nursing". *Nursing Inquiry* 12(2), 66-77.

- International Council of Nursing. (2009). The International classification of nursing practice Retrieved from <http://www.icn.ch/definition.htm>
- Keith, J. (1988). Florence Nightingale: statistician and consultant epidemiologist. *International Nursing Review*, 35(5), 147-150.
- Keith J. (2001). Florence Nightingale: statistician and consultant epidemiologist. *Evid Based Nursing* 4(3), 68-69.
- Leprohon, J. (2001) A qualidade dos cuidados de enfermagem. In *1.º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor enfermagem, melhor saúde*. Lisboa: OE.
- Lussato, B. (1995). *Informação, comunicação e sistemas*. Lisboa: Dinalivro.
- Machado, N. (2004). *A evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000: Análise numa perspectiva histórica*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- MacNeela, P., Scott, P., Treacy, M. & Hyde, A. (2006). Nursing minimum data sets: A conceptual analysis and review. *Nursing Inquiry* 13(1), 44-51.
- Magnello, E. (1998). Karl Pearson mathematization of inheritance: from ancestral heredity to Mendelian genetics (1885-1909). *Annals of Science*. 55(1), 35-94.
- Magnello, E. (2006). Victorian vital and mathematical statistics. *BSHM Bulletin*, 21(3), 219-229.
- Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nielsen, G. & Yan, J. (2001). *Building standard-based nursing information systems*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Mcdonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence based nursing. *Evidence Based Nursing*, 4(3), 68-69.
- Monjardino, J. (1999). *Por bem: Ensaio de estado sobre evolução da enfermagem*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Pringle, D. & Doran, D. (2003). Patient outcomes as an accountability. In Doran, D. M., *Nursing sensitive outcomes: State of the science*. London: Jones and Bartlet.
- Rodrigues, A. & Oliveira, M. (2005). Registo intra-operatório: Que utilidade na continuidade dos cuidados de enfermagem. *AESOP revista*, 6(16), 6-10.
- Scott, A. et al. (2006). *Report on the delphi study of irish nurses to articulate the core elements of nursing care in Ireland*. Dublin: Dublin City University.

Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação em enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.

Spiegelhalter, D. (1999). Surgical audit: Statistical lessons from Nightingale and Codman. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A*, 162(1), 45-58.

Tierney, W. (2001). Improving clinical decisions and outcomes with information: A review. *International Journal of Medical Informatics*. 62(1), 1-9.

Vandenbroucke, J. & Vandenbroucke-Grauls, C. (1988). A note on the history of the calculation of hospital statistics. *American Journal of Epidemiology*, 127(4), 699-702.

Weir, H. (1996). Digital education. Proceedings of digital knowledge conference. Canada. February 6-7.

Weller, T. & Bawden, D. (2006). Individual perceptions: a new chapter on Victorian information history. *Library History*, 22(2), 137-156.

Winkelstein, W. (2009). Founder of modern nursing and hospital epidemiology. *Epidemiology* 20(2), 311.

Zorrinho, C. (1999). O mundo virtual: *Cadernos de Gestão dos Sistemas e Tecnologias da Informação Henrique Marcelino*, 7, 3.

GESTÃO EM ENFERMAGEM DE FLORENCE NIGHTINGALE AOS NOSSOS DIAS

MARIA MANUELA FREDERICO FERREIRA*

Introdução

A origem da gestão remonta a alguns séculos, no entanto é com o aparecimento do capitalismo industrial que se cria uma sociedade onde impera o interesse próprio e prevalece o contrato de trabalho entre empregado e empregador e onde a gestão se torna um instrumento imprescindível.

É no despontar do século XX que dois engenheiros desenvolvem trabalhos pioneiros a respeito da gestão. Frederick Taylor desenvolve a Escola da Administração Científica e Henri Fayol desenvolve a Teoria Clássica da Administração. Estamos assim, em presença da Abordagem Clássica da Administração e dos princípios científicos para a gestão.

Os pressupostos desta abordagem revelam-se, na prática da gestão, pela necessidade dos trabalhadores serem instruídos sobre a melhor maneira de realizar uma tarefa e por uma função supervisora enfaticamente fiscalizadora e até punitiva.

A reforma da enfermagem iniciada por Florence Nightingale, na Inglaterra, emerge de problemas sociais e constituiu parte integrante de um movimento geral, com o propósito de melhorar as condições da vida humana. O modelo proposto por Florence previa para as *ladies*, categoria distinta da enfermagem

* Professora Coordenadora da ESEnC, PhD.

que procedia das classes sociais mais elevadas, o exercício da liderança (Trevizan, 1993).

As abordagens teóricas que procuram explicar a gestão das organizações em geral e a gestão em enfermagem, em particular, partem de dois paradigmas que coexistem na atualidade. Um paradigma que tem sido hegemónico na abordagem do trabalho em enfermagem e está fundamentado na Teoria Geral da Administração, o paradigma positivista. E um outro, no qual a gestão é apreendida enquanto inserida nas práticas, historicamente estruturadas e socialmente articuladas, sendo que, a gestão de serviços estava subordinada à política vigente, o paradigma materialista. Mas, independentemente do paradigma em presença, no quotidiano do trabalho das instituições de saúde, os enfermeiros têm assumido os cuidados, bem como, as atividades de organização e coordenação do serviço, ou seja, têm assumido atividades de assistência e atividades de gestão. Nos diversos serviços de saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar, as atividades de gestão do enfermeiro assumem significativa importância na articulação entre os profissionais da equipe e na organização do processo de trabalho.

O desempenho dos enfermeiros, enquadra um processo complexo, onde se realça o valor fundamental da vida e da dignidade da Pessoa, fomentando a sua autonomia e independência, para o máximo bem-estar ao longo da vida. É, então, fundamental uma linha de competência, rigor e profissionalismo que propicie a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Estes aspetos pressupõem um *“posicionamento ativo na procura de respostas adequadas e otimizadas, promovendo o planeamento e a execução de atividades baseadas na evidência científica, na análise de custo-benefício, na avaliação, na melhoria contínua da qualidade e na formação”* (Direção Geral de Saúde [2001]). Na mesma linha, Peres e Ciampone, (2006, p. 498), afirmam que *“na área da enfermagem o gerenciamento foi historicamente incorporado como função do enfermeiro”*.

Também Soares (1997) refere que, historicamente, os enfermeiros foram os primeiros a gerir os hospitais, embora tradicionalmente não ocupassem cargos de gestão de topo. A este facto, não será alheio a falta de consenso quanto à classificação da enfermagem como profissão, o que contribui para a sua falta de visibilidade também no domínio da carreira técnica da gestão. Assim sendo, como salientam Walby *et al.* (1994, p. 141), *“a ausência deste*

vasto grupo de profissionais maioritariamente femininos, da hierarquia de gestão é, em si mesma uma fonte de luta”.

Os estudos empíricos centrados na análise da actividade dos enfermeiros em funções de gestão demonstram, no entanto, que no terreno estes possuem um poder superior ao que lhes é concedido em termos formais (Mintzberg, 1994, Carapinheiro, 1998).

Descrever a evolução da gestão em enfermagem torna-se uma tarefa difícil, dada a multiplicidade de factos e de fatores que a influenciam. Mas, com um carácter sintético, descrevem-se factos e realidades que têm acompanhado a história da enfermagem e, em particular, os aspetos da gestão em enfermagem, articulados numa perspetiva cronológica.

Desenvolvimento

É da mais elementar justiça relevar na história da enfermagem e, em particular, na gestão em enfermagem, Florence Nightingale, uma mulher de grande visão que se destacou ao exaltar um perfil de vocação, dedicação, bondade de carácter, obediência às hierarquias e firmeza perante os subordinados, configurando o ideal de servir.

Até ao século XIX, na medida em que a prestação dos cuidados foi, em grande parte, assumida por mulheres consagradas à vida religiosa, a moral passou a ser ditada por regras conventuais, o que marcou e limitou profundamente a evolução da enfermagem como profissão.

O primeiro momento, identificado no processo de profissionalização da enfermagem, caracteriza a época que medeia entre a segunda metade do século XIX e a I.ª Guerra Mundial e cuja figura principal é, sem dúvida, Florence Nightingale, nascida em Florença, Itália, em 1820 (...1910).

Em 1849, enquanto fazia uma viagem pela Europa e Egipto, contactou com diferentes sistemas hospitalares. No início dos anos 1850 realiza “estágio” como enfermeira do Instituto São Vicente de Paula em Alexandria, Egipto; no Instituto para Diaconisas Protestantes em Kaiserswerth (Alemanha) e ainda no hospital St. Germain, próximo de Paris, que era dirigido pelas Irmãs da Caridade (S. João de Deus).

Ao regressar a Londres, em 1853, aceitou o cargo de Superintendente no hospital *Gentlewomen*, em Harley Street, Londres.

Em março do ano seguinte, eclode a Guerra da Crimeia, entre a Turquia e a Rússia. Após o início dessa guerra, o *The Times* criticou as instalações hospitalares britânicas. A situação precária em Scutari, um subúrbio asiático de Constantinopla (atualmente Istambul), já era conhecida dos ingleses, mas, no local, as condições eram ainda piores.

Florence quando chegou a Scutari, a 4 de novembro de 1854, com 38 enfermeiras, voluntárias, umas leigas e outras religiosas, é encarregada pelo Secretário de Estado da Guerra, Sidney Herbert, para organizar e coordenar o serviço de enfermagem dos hospitais militares na Turquia. Teve que enfrentar uma série de dificuldades: (i) falta de recursos, (ii) ausência das mais elementares condições de higiene, (iii) hostilidade dos médicos e demais oficiais militares, (iv) preconceitos do sexo masculino, (v) crescente número de feridos e doentes vindos da frente de batalha, (vi) indisciplina e a falta de preparação das suas *nurses*, etc. (Graça e Henriques, 2000).

Mesmo naquela situação hostil, Florence não perdeu a esperança e com o seu modo cortês e muita dedicação ao trabalho, torna-se indispensável ao hospital. Revela-se uma mulher com grande capacidade de trabalho, de determinação, de gestão e de liderança. Dias depois de assumir o cargo, a falta de limpeza e a desorganização deram lugar à limpeza e à ordem. Destaca-se, na opinião de Arantes (1990), por ser boa observadora, tendo identificado as necessidades básicas dos soldados ingleses que não dependiam diretamente da enfermagem, higienizando os seus alojamentos, alimentando-os e protegendo-os contra o frio ou curando as suas feridas. A eficácia das suas medidas traduz-se na evidente redução da mortalidade do exército. Por sua vez, Peres e Ciampone (2006) referem o facto de Florence Nightingale ser apontada como exemplo de líder, onde por baixo de seus modos suaves, havia um espírito inflexível, uma lutadora, uma obstinada transformadora de sistemas.

Enquanto esteve na Turquia reuniu dados e organizou um sistema de manutenção de registos que utiliza como uma ferramenta para melhorar as condições dos hospitais civis e militares.

O seu conhecimento matemático é fundamental para se valer das informações recolhidas. Considera a estatística essencial para entender qualquer

problema social e procura introduzir o seu estudo para o cálculo das taxas de mortalidade nos hospitais e para justificar as conclusões. Estes cálculos mostram que uma melhoria nas condições sanitárias resultaria num decréscimo no número de mortes.

Utiliza gráficos para apresentar dados de uma forma clara para que todos, inclusive os generais e membros do parlamento, pudessem compreender. Torna-se, assim, pioneira na utilização de gráficos para apresentar dados.

Acabada a guerra da Crimeia, em 1856, regressa ao seu país onde é recebida como uma verdadeira heroína, sendo aclamada e consagrada como “*the lady with the lamp*” ou “*the Angel of the Crimea*” (Woodham-Smith, 1951 citado por Graça e Henriques, 2000). Sem que existam provas concretas, o “mito da enfermeira como *anjo da guarda*” (Graça e Henriques, 2000), protagonizada por Florence, diz que visitava os militares doentes, alumando o caminho com uma lamparina (como tributo à fundadora da enfermagem profissional, a lamparina é adotada como símbolo dos enfermeiros e significa a vigília constante sobre os doentes).

No mesmo ano, quatro meses após a assinatura do tratado de paz, Florence descobre que os soldados durante os tempos de paz, com idades entre os 20 e os 35 anos, tinham uma taxa de mortalidade duas vezes superior à dos civis. Utilizando estas estatísticas, mostra a necessidade de uma reforma nas condições sanitárias de todos os hospitais militares.

O seu desejo, por uma investigação formal, é atendido em maio de 1857 e leva ao estabelecimento da Comissão Real Sobre a Saúde nas Forças Armadas. Entretanto, é nomeada para a *Royal Commission on the Health of the Army*. Das actividades desta comissão sai a criação da *Army Medical School*. Em 1858, pelas suas contribuições para as forças armadas e para a estatística hospitalar, Florence torna-se a primeira mulher a ser eleita membro da Sociedade Estatística Real (Graça e Henriques, 2000).

É com estas experiências que Florence adquire o conhecimento prático que lhe vai permitir criar as bases para a reforma hospitalar da segunda metade do Século XIX, onde se inclui a reorganização dos serviços de enfermagem.

Considera-se que, com Florence Nightingale se iniciou uma nova era da Enfermagem, a da Enfermagem moderna ou profissional, onde se passa a

falar da enfermeira com uma conotação mais técnica, embora o caráter religioso ainda permaneça. É nesta altura que se começa a falar de formação, de escolas e “*Nightingale, ao defender, em 1859, uma enfermagem profissional, empenhou-se em insistir no comportamento ético como uma teoria ou ciência do comportamento moral das enfermeiras*” (Ribeiro, 1995, p. 41).

Em 1860, escreve um dos seus mais conhecidos livros: *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not* (1860) e funda a *Nightingale School for Nurses*, anexa ao St. Thomas’s Hospital, em Londres.

Apesar de reconhecida a necessidade de treino técnico das enfermeiras aliado a algum conhecimento de caráter geral sobre a doença, é sobretudo atribuído lugar central à vocação, pelo que, mais do que a formação, o critério de recrutamento das candidatas é o perfil moral estabelecido como dominante aos quadros sociais de referência da época (Soares, 1997; Lopes, 2001; Escobar, 2004). Os objetivos dos cuidados de enfermagem passavam por controlar o meio ambiente do doente. Destacam-se as intervenções no sentido de promover o uso de ar puro, da iluminação, do aquecimento, da limpeza, do silêncio e da dieta adequada, que resumem o modelo de prática de cuidados centrado no ambiente (Lopes, 2001).

A escola de Nightingale forma duas categorias distintas de enfermeiras, as *ladies* — que procediam de classe social mais elevada, respondiam pela administração, supervisão e controle dos serviços. E as *nurses* — que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual da Enfermagem (Crozara, 2010).

Florence era consultada por todos os que pretendiam construir hospitais, em Inglaterra, Alemanha, Suécia, Noruega, Canadá ou mesmo nos Estados Unidos, analisando a construção, a instalação de equipamento e a rotina administrativa (Crozara, 2010).

Sob a liderança de Florence Nightingale, na Inglaterra, surge a enfermagem moderna, que se preocupa em sistematizar e normalizar o seu trabalho. A prática passa a ser exercida por pessoas com preparação formal. O ensino de enfermagem passa a preparar pessoal para a assistência ao doente hospitalizado ou no domicílio e, ainda, para administrar, supervisionar e ensinar (Olivi e Oliveira, 2003).

Também em Portugal, concretamente em Lisboa, em 1901, é criada uma Escola de Enfermagem, a Escola Profissional de Enfermeiros, com dois níveis de formação: o Curso Ordinário, que correspondia à habilitação mínima e o Curso Completo onde acrescia formação em Economia Hospitalar, Escrituração de Enfermaria e Regime de Serviços e Doentes Hospitalares.

É este contexto técnico e organizacional que propicia a histórica “reforma de Nightingale” e em cujo âmbito se inscreve a reelaboração da natureza do trabalho de enfermagem, concretizada na sua progressiva dissociação do trabalho doméstico a que estivera associado (Lopes, 1994). Esta demarcação, constituiu uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade de enfermagem enquanto grupo socio-profissional com conteúdo próprio.

Embora a subordinação da profissão face à profissão dominante dos médicos seja um traço marcante, neste período começa a assistir-se a uma tentativa de criar uma atmosfera de autonomia da estrutura de enfermagem dentro do hospital.

A emergência da enfermagem, enquanto grupo socio-profissional, está indissociavelmente ligada à expansão do sistema hospitalar ocorrida a partir do séc. XIX, assim como, às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão (Frederico, 2005).

Nos anos 1920, começam a surgir empregos alternativos para as mulheres, o que se traduz nalguma escassez de enfermeiras. Também o Estado Novo traz uma reforma do ensino e da prática de enfermagem. Algumas medidas são tomadas, como a *proibição do casamento* às enfermeiras (1942). Situação que terá sido um dos fatores que “*determinou uma imagem social pejorativa da profissão de enfermeira, que chegou a ser considerada socialmente indigna*” (Escobar, 2004: 56).

Por outro lado, a expansão do sistema hospitalar determinou a entrada de homens para profissão, tendo uma pequena parte assumido posições de topo. Em 1947, embora se mantenha a preferência pelo sexo feminino, formam-se alguns enfermeiros destinados sobretudo aos serviços de urologia e psiquiatria, considerados contrários à natureza feminina.

Na perspetiva de Carpenter (1978), o acesso dos homens à formação em enfermagem é potenciada, nos finais da década de 1960 e início da década

de 1970, pelo espírito *managerialista* presente no relatório Salmon. Esse espírito potenciou a ascensão dos homens cujos traços ou características se enquadravam em (...) estar mais horas no serviço, trabalhar a tempo inteiro (...), procurar escapar aos salários baixos, sentiam-se, provavelmente marginalizados nas áreas clínicas e, possivelmente, o mais significativo é que possuíam uma maior mobilidade geográfica do que as suas competidoras femininas. A mesma autora, aponta que esta primeira fase do *managerialismo* afeta a masculinização da estrutura de autoridade da enfermagem, conduzindo à emergência de um novo grupo de líderes que o autor apelida de *managerialistas*.

Em 1962 é criada, em Portugal, a 1.ª Direção do Serviço de Enfermagem da Direção Geral dos Hospitais.

Passados três anos, é aprovado um novo plano curricular, para a formação em enfermagem, que tinha como finalidade proporcionar formação em qualquer campo da enfermagem. Contava com um período escolar relativo ao ensino e administração de que faziam parte as disciplinas “Organização geral e administração dos serviços de saúde e assistência” e “Administração dos serviços de enfermagem”. É de salientar que do programa da disciplina “Organização geral e administração dos serviços de saúde e assistência” fazia parte um capítulo intitulado “Financiamento”.

Fernandes (1998, p. 35) faz referência a este plano curricular, concretamente, à introdução de algumas disciplinas, entre elas, a de Administração de Serviços de Enfermagem e acrescenta que “*os programas de Administração de Serviços de Enfermagem preparam os enfermeiros para as atividades de gestão das unidades de saúde*”.

Em resultado de alterações nas concepções sociais dominantes sobre a saúde, na década de 1960, emerge uma nova fase que corresponde à passagem do modelo curativo para o modelo de saúde. Nesta fase, a valorização dos atributos pessoais, como critério fundador de competência profissional, é deslocada para a valorização das competências adquiridas através da aprendizagem certificada pelo diploma (Lopes, 2001).

Em 1967, o Decreto-Lei n.º 48: 166, de 27 de dezembro, define a estruturação das carreiras de Enfermagem Hospitalar, de Saúde Pública e a do Ensino.

No ano seguinte, os hospitais e as carreiras da saúde entre as quais a carreira de enfermagem são objeto de uniformização e de regulação através dos Decretos-Lei n.º 48357 e n.º 48358, de 27 de abril de 1968, que criam, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais.

A “nova enfermagem”, movimento que, ao longo dos anos de 1970, foi tomando corpo nos departamentos de enfermagem das universidades anglosaxónicas, inicialmente nos EUA e só depois expandindo-se para Inglaterra.

É também a partir dos anos 70 que, nos países que desenvolveram sistemas mais avançados de Estado Providência, as mulheres passam a ter um acesso mais alargado à educação e à cidadania, o que permite à enfermagem apoiar a sua profissionalização na educação superior.

A partir dos anos 60-70 o grupo profissional de enfermagem sofre uma grande evolução, adotando como paradigma de cuidados o modelo holístico, centrado no utente/meio ambiente, com base na saúde, na comunidade e apresentando perante o trabalho e as relações com o meio, pressupostos como a participação, a delegação e o equilíbrio harmonioso dentro da organização (Carapineiro, 1998). Durante a década de 1980, o processo de profissionalização da enfermagem em Portugal ganha novos contornos. É publicado, em novembro de 1981, o Decreto-Lei n.º 305 que redefine a carreira de enfermagem e consagra uma carreira única para todos os enfermeiros, definindo cinco categorias profissionais e hierarquizando, assim, a carreira de enfermagem hospitalar. Esta hierarquização assume vários significados, entre os quais, a presença de uma visão hierárquico-burocrática na estruturação da profissão.

Na mesma década, define-se que para gerir unidades ou serviços é necessária competência em Administração. Assim, em termos do ensino da enfermagem pode-se relevar a criação do Curso de Pedagogia e Administração para enfermeiros especialistas e do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem e a integração de disciplinas de Administração nos cursos de especialização (Frederico, 2003).

A década de 1990 é particularmente importante na história do desenvolvimento da profissão. É nesta década que, entre nós, é aprovado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e a constituição da sua Ordem e há reconhecimento da autonomia da profissão.

No que respeita ao regime de carreira, o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, estipula uma nova carreira da Enfermagem, estabelecendo que os enfermeiros passam a ter três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria. À área de atuação da gestão correspondem as categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor e o cargo de enfermeiro-diretor.

As competências definidas para o enfermeiro chefe estão estritamente ligadas às atividades de gestão. As suas funções passam pela definição de padrões, normas e critérios que respondam aos objetivos da instituição e da unidade que gere, a avaliação e o controlo da qualidade, a formação em serviço, a investigação, a implementação de sistemas de informação para a gestão, a gestão de cuidados de enfermagem, de recursos humanos e, ainda, a gestão de recursos materiais e equipamentos.

Para o enfermeiro supervisor são definidas competências ao nível do conjunto de unidades prestadoras de cuidados, assim como, atividades que se centram na interligação e articulação entre os enfermeiros-chefe e os enfermeiros-diretores.

Aos enfermeiros-diretores cabe, genericamente, integrar os órgãos de gestão, desempenhando tarefas ao nível da elaboração do plano anual de enfermagem, em consonância com o plano global do estabelecimento de saúde em que se integram, definir os critérios de avaliação de desempenho, definir políticas de formação e de investigação, elaborar propostas relativas ao quadro de pessoal, em particular no âmbito do recrutamento de enfermeiros, participar na classificação dos utentes e coordenar o trabalho dos restantes enfermeiros com funções de gestão.

Nesta fase fazem-se já sentir, em termos de políticas de saúde, alguns efeitos, das propostas de mudança do sistema e das instituições delineadas no contexto da Nova Gestão Pública (NGP)¹ e da ideologia *managerialista*, tal como vinha a acontecer na maioria dos países desenvolvidos.

¹ A expressão Nova Gestão Pública (NGP) é referenciada na literatura (Hood, 1991) para designar as transformações introduzidas por alguns países anglo-saxónicos nos seus sistemas de administração pública, a partir dos anos oitenta. Embora para alguns autores (p.e. Osborne, McLaughlin e Ferlie, 2002), seja difícil definir correctamente a NGP enquanto modelo e gestão, esta denominação para Hood (1991) serve, sobretudo, para identificar os esforços desenvolvidos, nas últimas décadas do século XX, para modernizar e reformar o modelo de gestão pública.

Efetivamente, em Portugal, no final dos anos de 1990, o Conselho de Reflexão para a Saúde sugere como proposta para uma reforma estrutural, que “*As Escolas Superiores de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros e outras instituições deverão criar as condições específicas para que seja ampliada a informação e a formação, pré e pós-graduada, em economia e gestão dos cuidados de saúde, avaliação da qualidade, direito bio-médico. ...*” (Serrão *et al.*, 1998, p. 184), áreas de extrema importância para o desempenho de funções de gestão.

As dinâmicas introduzidas pela NGP parecem estar a produzir algum impacto ao nível das práticas e do envolvimento da enfermagem na gestão. Antes de mais, as reestruturações em curso têm aumentado claramente as responsabilidades de gestão ao nível do serviço/unidade. Apesar da retórica sobre a incompetência de gestão dos enfermeiros, em parte relacionada com a estreita ligação da profissão ao mundo feminino (Carpenter, 1978), a introdução de orçamentos por serviços, juntamente com as pressões para descentralizar a organização da distribuição dos cuidados estão a criar pressões para que sejam desenvolvidas novas formas de competências de gestão (Walby *et al.*, 1994). Os enfermeiros com funções de gestão são agora mais responsáveis, sobretudo, localmente nas enfermarias, pela gestão dos cuidados e das equipas de trabalho e, conseqüentemente, estão menos envolvidos na prestação direta de cuidados. Nem todos os enfermeiros perspetivam estas mudanças de forma negativa. Alguns fazem sobressair as competências múltiplas que têm de desenvolver e estabelecem ligações positivas com os novos movimentos que, supostamente, tornarão a profissão mais autónoma. Não obstante, a maioria continua a reproduzir a ideia dominante de que os enfermeiros não devem gerir, e definem-se a si próprios, antes de mais, como profissionais e só depois como gestores (Halford, Svage e Witz, 1997).

Embora se trate de um fenómeno bastante abrangente que exige abordagens aprofundadas e contextualizadas que inter-relacionem vários níveis de análise: sistemas, instituições, grupos profissionais e atores individuais, a NGP representa uma tentativa para reestruturar os serviços públicos, alterando a natureza da sua organização e gestão. Estas reestruturações não pretendem ser apenas incrementais ou estratégicas, mas transformacionais em relação ao sistema, às instituições e às culturas e práticas profissionais tradicionais.

Partilhamos da opinião de Carvalho (2006) de que, se existem aspetos consonantes entre a enfermagem preconizada na atualidade e a NGP, outros

são de alguma forma incompatíveis. Efetivamente, por um lado, assiste-se, na enfermagem, a um afastamento do método de trabalho à tarefa, surgindo alternativas que tomam o alvo de cuidado como um todo individualizado na tentativa de encontrar a melhor solução possível para a resolução do problema de saúde. Mas, por outro lado, assiste-se a um critério económico que prevê a rotinização e padronização das tarefas como uma forma de diminuição dos custos associados ao trabalho e ao aumento da produtividade.

O estudo de Wiggins (1997) mostra que os enfermeiros, que nele participaram, percecionam a existência de uma perda de poder com as reformas, quer porque os gestores conquistaram algum desse poder, quer mesmo porque as suas decisões são influenciadas por pressões diretas para reduzir as listas de espera e atingir os objetivos defendidos pela administração. Os resultados deste estudo parecem traduzir um confronto entre duas culturas distintas — a profissional e a de gestão.

Também o estudo levado a cabo por Mendes (2007), para analisar o papel do enfermeiro-chefe nos serviços de saúde de dois hospitais da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, conclui *“uma menor participação do enfermeiro-chefe na gestão do serviço, onde, de uma participação em órgão colegial, passou a existir uma centralização na figura do diretor de serviço, com perda de poder e de intervenção em determinadas áreas (...) desconhecimento de aspetos básicos da organização, quer a nível de processos, quer a nível de políticas e estratégias...”* (p. 51).

Tendo por referência o contexto de mudanças nas políticas de saúde no Reino Unido, Kirkpatrick, Ackroyd e Walker (2005) concluem que as condições de trabalho dos enfermeiros se deterioraram fortemente nos últimos anos. A sua participação nos processos de tomada de decisão foi extremamente reduzida, limitando-se, agora, a lidar com decisões que foram tomadas por outros. Estes autores salientam, ainda, que o forte aumento do controlo dos gestores sobre o trabalho dos enfermeiros foi indireto, processando-se através da intensificação do trabalho a que os enfermeiros passaram a estar sujeitos.

Assim, poderemos partilhar da opinião de Gaspar e Cardoso (2005, in Mendes 2007, p. 58) quando afirmam que *“parece existir uma certa tendência para remeter os responsáveis da gestão em enfermagem a «mera consultadoria técnica, o que implica o afastamento dos centros de decisão?»”*.

Esta tendência é, no entanto, contraposta por outra que resulta do aumento de poder dos gestores hospitalares no atual contexto das reformas na saúde. Para Robinson (1992), uma das consequências da aplicação da NGP no Reino Unido, com base nas recomendações do relatório Griffiths, foi, precisamente, a emergência de um novo grupo ocupacional (os gestores) e a exclusão dos enfermeiros da gestão.

O trabalho dos profissionais com funções de gestão parece crescentemente assentar em tarefas mais rotineiras que permitem a manutenção do funcionamento quotidiano dos serviços, mas que os afastam da decisão estratégica. Por outro lado, a ação dos gestores contribui, de igual forma para limitar a autonomia dos profissionais, em particular através da introdução de *“mecanismos de controlo indireto e do aumento da sobrecarga de trabalho o que poderá significar, em última análise, que a intervenção do Estado nos processos de profissionalização não é apenas direta (consubstanciada, por exemplo, na aprovação ou não das Ordens) mas, também, indireta (através de alterações nas formas de controlo organizacional)”* (Carvalho, 2006, pp. 505-506).

Parece ser evidente uma tendência para os profissionais de enfermagem, particularmente os que desempenham funções de gestão, perderem poder institucional com as reformas inspiradas na NGP, decorrente das alterações introduzidas na organização do trabalho e nas políticas de recursos humanos e, ainda, do aumento do poder de gestão de outros grupos, em particular médicos e gestores. Todavia, a análise das dinâmicas de ganho e de perda de poder, ficam aqui incompletas, pois são bastante mais complexas do que algumas análises superficiais podem fazer crer.

Embora sendo incontestavelmente importante que os enfermeiros prestem bons cuidados ao utente, é também importante que conheçam o que se está a fazer no âmbito das políticas de saúde e, ainda que de alguma forma possam contribuir para a definição dessas políticas. Carapinheiro (1998), refere que no modelo geral de divisão do trabalho, nos serviços hospitalares, os enfermeiros-chefes desempenham um papel central, na supervisão do trabalho de enfermagem (...) e são o elo de ligação entre o pessoal de enfermagem e o pessoal médico em virtude de ter no âmbito das suas funções, a supervisão de atividades de cuidados com a realização de trabalho administrativo.

Na mesma linha, da atribuição do papel central aos enfermeiros-chefes, Marquis e Huston (1999) salientam que este se revela decisivo para o cuidado efetivo e com qualidade para o utente, havendo a necessidade de desenvolver competências em gestão e liderança em enfermagem.

No mundo contemporâneo, onde as mudanças são constatadas como algo permanente, as organizações são pressionadas a mudar, a adaptar-se e a antecipar situações, mesclando, constantemente, o novo com o tradicional, buscando, num processo coletivo, novos comportamentos e instrumentos de gestão, com o objetivo de vencer os desafios das incertezas e da complexidade. É nesse quadro que se insere o perfil do gestor dos novos tempos.

A necessidade de desenvolver as habilidades de liderança e estratégias de gestão na enfermagem, no sentido de influenciar ideias e ações de forma positiva para que as pessoas trabalhem entusiasticamente para obter objetivos comuns, nunca foi tão grande como actualmente. O enfermeiro utiliza diferentes ferramentas e instrumentos de gestão, bem como, uma forma de comunicação, que deve ser clara e objectiva, desenvolvidos em boa parte pelo treino, mas obrigatoriamente aliando conhecimentos científicos.

Podemos complementar esta visão com a reflexão de Ciampone e Kurcgant (2004), de que a década de 90 foi extremamente produtiva para a enfermagem, tanto na produção científico-académica, como na prestação de cuidados e na gestão. Porém, nesta última, no que diz respeito aos saberes e fazeres específicos, a produção mostrou-se insuficiente, o que indica necessidade de se pensar formas alternativas de gestão em saúde.

Nota final

Florence Nightingale demonstrou a importância da aplicação da ciência da administração nos hospitais. Desde então, a enfermagem tem absorvido funções de administração, quer a nível organizacional, quer a nível da unidade e da equipa.

Compreendemos que, para se realizar uma gestão de qualidade nos dias de hoje, é preciso que se reconheçam as transformações, no plano económico,

político e tecnológico, se estão a acontecer nas organizações de um modo geral, o que não é uma tarefa fácil e faz com que no campo da gestão em enfermagem tenha de se procurar uma mudança de paradigma, quer na gestão clínica, quer na gestão organizacional.

O gestor eficiente, para o momento atual, deve estar apto à construção de organizações que procurem a humanização do trabalho, por intermédio de uma gestão democrática, flexível e de programas de enriquecimento pessoal dos seus atores, considerando os resultados como um trabalho coletivo.

Para responder às exigências do processo de gestão, se há que rever ou recompor os modelos de gestão, há também que investir fortemente na formação dos enfermeiros gestores.

Neste contexto, como salientam Ciampone e Kurcgant (2004), é importante a participação da academia, juntamente com as organizações no sentido de repensar as intervenções necessárias, possibilitando visualizar as práticas e teorias relacionadas tanto à gestão clínica, quanto à gestão organizacional, proporcionando a introdução da dimensão política no saber e no fazer crítico do gestor em enfermagem.

Referências bibliográficas

Arantes, D. (1990). As enfermeiras e a comunicação. *Revista Paulista de Enfermagem*, 6(6), 105-108.

Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*. (3.ª ed.) Porto: Afrontamento.

Carpenter, M. (1978). Managerialism and the division of labour in nursing. In R. Dingwall e J. McIntosh (Eds.), *Readings in the sociology of nursing* (pp. 87-106). Edinburg: Churchill Livingstone.

Carvalho, T. (2006). *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Ciampone, M. & Kurcgant, P. (2004). O ensino de administração em enfermagem no Brasil: O processo de construção de competências gerenciais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 401-407.

- Crozara, G. (2010). *Florence Nightingale: Precedências profissionais*. Retrieved julho 2010 from <http://www.webartigos.com/articles/32492/1/FlorenceNightingale.Precedencias-profissionais>.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Novos desafios para a enfermagem*. Retrieved from http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/enf_1.html
- Escobar, L. (2004). *O sexo das profissões: Género e identidade socioprofissional em enfermagem*. Porto: Afrontamento.
- Fernandes, J. (1998). A construção do currículo em enfermagem — concepções educacionais e pedagógicas: Da Normatividade à autonomia. *Referência: Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 0, 33-39.
- Frederico, M. (2003). O ensino da economia da saúde na formação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 7(1), 41-48.
- Frederico, M. (2005). *Empenhamento dos profissionais de saúde e novos modelos de gestão das unidades de saúde*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Braga.
- Graca, L. & Henriques, A. (2000). Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: Da ocupação à profissão de enfermagem [*Florence Nigthingale and Ethel Fenwick: from occupation to profession in nursing*]. Retrieved julho 2010 from <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos63.html>
- Halford, S., Savage, M. & Witz, A. (1997). *Gender, careers and organisations*. London: MacMillan.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. & Walker, R. (2005). *The managerialism and public service professions*. London: MacMillan.
- Lopes, N. (1994). *A recomposição dos saberes, ideologias, e identidades de enfermagem*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Lopes, N. (2001). *A recomposição profissional da enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Marquis, B. & Huston, C. (1999). *Administração e liderança em enfermagem: Teoria e aplicação* (2.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, L. (2007). O papel do enfermeiro-chefe nos serviços de saúde: Contextualização das práticas de gestão. *Enfermagem*, 2.ª Série (47/48), 51-29.

- Mintzberg, H. (1994). Managing as blend care. *Journal of Nursing Administration*, 24(9), 29-36.
- Olivi, M. & Oliveira, M. (2003). Educação para saúde em unidade hospitalar: Um espaço profissional do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2(2), 131-138.
- Osborne, S., McLaughlin, K. & Ferlie, E. (2002). *The new public management in context*. London: Routledge.
- Peres, A. & Ciampone, M. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15(3), 492-499.
- Portugal. Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998). *Recomendações para uma reforma estrutural*. Lisboa: Conselho de Reflexão sobre a Saúde.
- Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: Educa.
- Robinson, J. (1992). Introduction: Beginning the study of nursing policy. In J. Robinson, Gray e R. Elkan (Eds.), *Policy issues in nursing*, (pp. 1-8). Philadelphia: Open University Press.
- Soares, M. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa / APE.
- Trevizan, M. (1993). *Liderança de enfermeiro: O ideal e o real no contexto hospitalar*. São Paulo: Sarvier.
- Walby, S., Greenwell, J.; Mackay, L. & Soothill, K. (1994). *Medicine and nursing: Professions in a changing health service*. London: Sage.
- Wigens, L. (1997). The conflict between “new nursing” and “scientific management” as perceived by surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1116-1122.



O ENFERMEIRO COMO GESTOR DO PROCESSO DE PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

ANA FILIPA CARDOSO*

HELENA MARIA FELIZARDO**

JOSÉ CARLOS JANUÁRIO***

A preparação do regresso a casa é uma preocupação transversal que pauta o quotidiano dos enfermeiros e espelhou-se nas preocupações de Florence Nightingale. É um processo de primordial importância que desafia a disciplina de enfermagem a uma atitude de mudança nos seus modelos de exercício profissional. O regresso a casa representa um momento crítico e complexo para a pessoa dependente e para o seu agente de autocuidado terapêutico informal, consignando ao enfermeiro uma missão preponderante nos vários processos de transição, constituindo-se, assim, como o gestor de caso, dando suporte à capacidade da tomada de decisão da pessoa ou agentes, para a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado.

Ao longo dos anos a ciência e a tecnologia evoluíram em conjunto, influenciando-se mutuamente, no sentido de promover a qualidade de vida humana. Atualmente, assistimos às consequências do marcado desenvolvimento das últimas décadas, particularmente evidente no aumento da longevidade que se traduz, inevitavelmente, no aumento da esperança de vida e consequente

* Assistente/Equiparado da ESEnC, MsC.

** Assistente/Equiparado da ESEnC.

*** Assistente/Equiparado da ESEnC.

número de pessoas com dificuldade para o auto cuidado, sem que tenha havido o desenvolvimento paralelo de estruturas que deem resposta ajustada às necessidades individuais.

Surge a necessidade de pensar na reorientação do sistema de prestação de cuidados, enfatizando a continuidade de cuidados na comunidade. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) apresenta-se como uma resposta, mas é ainda manifestamente insuficiente como solução. Os cuidados de saúde são transferidos para ambiente familiar, onde a pessoa é responsável pelo seu autocuidado terapêutico, mas também recetora, sendo dentro do seio familiar que ocorre, na maioria das vezes, a assunção do papel de agentes de autocuidado terapêutico, neste caso informal, mas também pode a família contratualizar e gerir os cuidados prestados por outros.

Neste contexto, a preparação de regresso a casa torna-se num processo de primordial importância, desafiando a disciplina de enfermagem a uma atitude de mudança nos seus modelos de exercício profissional, centrando-se na *“ajuda profissional que os enfermeiros podem oferecer às pessoas e famílias para lidar com transições na saúde/doença, transições geradas pelo envelhecimento ou transições para o exercício do papel de prestador de cuidados”* (Paiva, 2009: 10). Pode, então, incrementar-se a importância do papel do enfermeiro no processo de preparação de regresso a casa dando resposta àquelas que são as metas definidas pela OMS no seu plano. O Plano Nacional de Saúde para 2011-2016 tem como visão o *“maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania”* (Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

A preparação do regresso a casa é uma preocupação transversal que pauta o quotidiano dos enfermeiros e espelhou-se nas preocupações de Florence Nightingale. A sua teoria centrava-se no ambiente, sendo que, considerava que as defesas naturais das pessoas eram influenciadas por um ambiente saudável. Congregava cinco componentes essenciais de saúde ambiental: ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz e são tão essenciais como há 150 anos (Pfetscher, 2004).

Nightingale acreditava que a enfermeira permanecia encarregue pelo ambiente mesmo quando não estava fisicamente presente, tendo que orientar

e formar outras enfermeiras que trabalhavam na sua ausência. Na sua obra, referiu-se às enfermeiras como executoras de tarefas para e pelo doente e controlavam o ambiente do doente para apresentação e recuperação. Apesar do conceito estar relacionado com a manutenção dos elementos externos que afetam a saúde das pessoas doentes e saudáveis, os pressupostos acerca das condições sociais são igualmente importantes para a sua teoria.

Ainda na sua obra, realçou o facto de a enfermeira ter controlo sobre o ambiente do doente e particularmente das condições do domicílio, manifestou já uma antecipação da preparação do domicílio e ambiente social para receber a pessoa para o alcance da homeostasia.

Assumir a liderança efetiva da preparação de regresso a casa, é o meio para a promoção da visibilidade do papel do enfermeiro na sociedade, pois constitui-se um momento determinante na vida das pessoas, no qual o enfermeiro pode assumir a promoção do potencial de autonomia face ao autocuidado e promoção das competências dos agentes informais de autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, necessidades reais de cuidados na sociedade atual (Paiva, 2007).

Apesar de inscrita na matriz conceptual da profissão, a preparação de regresso a casa, como foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem, é ainda uma temática recente nas práticas dos enfermeiros. O enfermeiro tem um papel central neste processo, no entanto, constitui-se como evidência científica que não é ainda assumido como uma prática profissionalizada por parte dos mesmos, tal como conclui Petronilho (2007). O autor indica que o envolvimento da família na preparação do regresso a casa é, ainda, uma iniciativa individual de alguns enfermeiros, surgindo como um processo pouco sistematizado.

O regresso a casa representa um momento crítico e complexo para a pessoa dependente e seu agente de autocuidado terapêutico informal, consignando ao enfermeiro uma missão preponderante nos vários processos de transição, constituindo-se assim como o gestor de caso.

A evidência de um planeamento do regresso a casa inadequado tem suporte em estudos que identificam, após a alta, a existência de necessidades não satisfeitas (Maramba *et al.*, 2004; cit. por Gonçalves, 2008). Um inadequado planeamento de alta contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o

auto cuidado e o recurso a serviços de saúde por insuficiente educação da pessoa ou do agente de auto cuidado. Como causa de ineficácia do processo de preparação de regresso a casa, pode estar a comunicação deficitária, bem como, a falta de organização do processo de educação.

Urge desenvolver um processo de preparação do regresso a casa sistematizado, fomentando a qualidade dos cuidados, tendo como principal propósito a capacitação da pessoa para o autocuidado e capacitação do agente informal de autocuidado terapêutico para cuidar, permitindo, deste modo, uma adaptação aos novos desafios de saúde.

A preparação para o regresso a casa é um processo que pressupõe todo um trajeto a percorrer pela pessoa, preconizando o envolvimento dos profissionais de saúde com a pessoa dependente e o membro da família prestador de cuidados desde a sua admissão até à integração em contexto familiar, ou seja, numa perspetiva de continuidade de cuidados (Petronilho, 2007). Este processo de carácter interdependente, resulta da colaboração e integração dos diferentes profissionais numa vertente de transdisciplinaridade, em que existe o reconhecimento do contributo de cada profissão e se privilegia o conhecimento transversal às diferentes profissões (Guyonente e Adam cit. por Figueiredo, 2007).

Voltando aos constructos de Nightingale, os conceitos da relação (enfermeira, doente e ambiente) são aplicáveis em todos os quadros de enfermagem atuais. Diversos autores analisaram, recentemente, os conceitos e ações da gestão secundária de Nightingale, identificando novamente alguma intemporalidade e universalidade do seu estilo de gestão, embora as atividades específicas já não sejam relevantes. Na sua obra: *Notas sobre Enfermagem*, repara-se na insistência com que fala na importância da observação e da tomada conscienciosa de decisões, da previsão de cuidados permanentes, quase como uma antevisão da gestão de caso, na necessidade de formação de outras enfermeiras que deem continuidade ao cuidar como processo sistemático.

A continuidade dos cuidados é fundamental para o doente, família/comunidade, uma vez que se preconiza um investimento efetivo na capacitação da pessoa, num momento cada vez mais inicial do internamento hospitalar, pois, atualmente, as políticas de saúde estão direcionadas para a transferência de cuidados de saúde para a comunidade, privilegiando a inserção da pessoa

doente no ambiente familiar o mais cedo possível, tornando-se um desafio acrescido.

A resposta do Governo para o cumprimento da premissa enunciada anteriormente, passa pela implementação de medidas que fomentem aquilo a que se chama, atualmente, os cuidados de proximidade, entendidos como *“o conjunto articulado dos serviços e outros recursos de saúde que se encontram disponíveis para os cidadãos, o mais próximo possível (não apenas distância física), a que os mesmos podem ocorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar”* (Jesus, 2005).

Assim, foi criada em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cumprindo com o que foi enunciado no Programa do XVII Governo Constitucional, relativo à implementação de medidas de política de saúde e políticas sociais com o objetivo de *“desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciar os recursos locais criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar soluções ou respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”* (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Na maioria das vezes, a pessoa depara-se com as suas limitações para o autocuidado em contexto hospitalar, seja após um evento programado ou inesperado. Importa refletir sobre o processo de transição de saúde/doença e de que forma o enfermeiro, como profissional de saúde que reúne as condições necessárias como cuidador mais próximo, pode intervir e promover uma transição saudável.

A capacidade para o autocuidado é inerente ao ser humano, sendo pressuposto um grau de autonomia, que se desenvolve ao longo do ciclo de vida, de acordo com o projeto de vida de cada um. Este auto cuidado é universal, e tal como adianta Queirós (2010), *“não se restringe às atividades de vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária, mas é abrangente de todos os aspetos vivenciais”*.

Para uma compreensão mais abrangente da temática, é interessante explorar o contributo de Dorothea Orem para este domínio. A autora entende

autocuidado Universal como autocuidado natural, que existe para suprir, satisfazer necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. A estas necessidades de autocuidado, a pessoa responde com um conjunto de recursos pessoais e sociais e exigências do meio.

Contudo, quando os recursos existentes não permitem a auto satisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de auto cuidado terapêutico, podendo tornar-se imperioso a ajuda de terceiros, os agentes, que fornecem autocuidado (suplementar e seletivo) (Queirós, 2010). Esses agentes podem ser informais ou profissionais, organizados para o cuidar e então estaremos em presença de agentes de autocuidado terapêutico, que ajudam a alcançar o que o próprio realizaria de forma independente e autónoma, assim tivesse força, vontade e conhecimento necessários, tal como afirmou Virginia Henderson em 1956.

O conceito de autocuidado, que encerra as noções de autonomia e independência é, muitas vezes, utilizado de forma indiferenciada. Estes estão intrincados e são complementares, sendo pertinente discernir sobre os mesmos, particularmente para o desempenho em pleno do papel de agente de autocuidado terapêutico. Assim, Vieira (2004) concebe autonomia na esfera da capacidade de decisão, definindo-a como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão. Mas também como capacidade de comando e como faculdade de se governar a si próprio. A independência reporta-se à capacidade funcional da pessoa na realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Na perspetiva de Lezuan e Salanova (2001, cit. por Figueiredo, 2007), o conceito de dependência reúne três noções fundamentais: a multidimensionalidade, que abarca os diferentes domínios da Pessoa; a multicausalidade, pois são múltiplos os fatores associados à dependência e a multifuncionalidade, em que a nível funcional, não tem que assumir apenas uma função, nem o caráter de irreversibilidade com que muitas vezes é encarada.

Ainda relativamente ao autocuidado, a capacidade de adquirir, ter ou recuperar o auto cuidado, de forma autónoma ou com ajuda de outros, acontece de forma faseada, como afirma Söderhamn (cit. por Queirós, 2010), considerando o autocuidado estimativo, o autocuidado transitivo e por fim o autocuidado produtivo.

O autocuidado estimativo reflete a capacidade que as pessoas têm que adquirir para a identificação do que precisam para recuperar autonomia. Trata-se de fazer uma estimativa. Por outro lado, o autocuidado transitivo traduz a capacidade da pessoa para identificar as várias opções para a aquisição ou recuperação e escolher uma delas e finalmente o autocuidado produtivo, quando existe a capacidade real de autocuidado, onde é demonstrada a capacidade da pessoa se cuidar.

Reside aqui o cerne da gestão dos cuidados de enfermagem, o suporte à capacidade da tomada de decisão da pessoa ou agentes, para a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado. Os cuidados de enfermagem tomam por foco a ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2000; cit. por Petronilho, 2007).

As mudanças que pautam o nosso desenvolvimento ao longo do ciclo vital, podem ser entendidas como transições, que segundo Schlossberg (1981, cit. por Queirós, 2010), são acontecimentos ou não acontecimentos, que o autor define como sendo algo que se tinha a expectativa e não se concretiza, mas que provoca mudança. *“Trata-se de um processo no qual entramos, consciente ou inconscientemente, acidental ou naturalmente, vivemos (adaptando-nos ou não nos adaptando) e saímos. As transições colam-se ao processo de vida, fazendo parte delas, e podem ser de vários tipos”* (Queirós, 2010: 6).

Meleis (2000) reforça, considerando a pessoa como um elemento intencional, proativo, com grande dinamismo, por conseguinte, um elemento essencial e determinante para a efetivação de uma transição saudável. A autora traz a descoberto novas áreas de atenção para a conceção de cuidados que são essenciais para o enfermeiro promover o desenvolvimento de uma transição saudável, enfatizando a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, a duração da transição e os eventos críticos, como propriedades inerentes ao fenómeno. É então perentório fazer a avaliação diagnóstica da consciencialização, potencial e envolvimento do indivíduo nos processos de transição.

No processo de saúde/doença, em que há a aquisição de dependência, é importante, à medida que a transição vai decorrendo, a necessidade de apreciar os indicadores de processo que conduzem a pessoa para uma vida saudável

ou em direção à vulnerabilidade ou risco. O resultado esperado é a mestria, que significa o domínio demonstrado e a aquisição de competências e comportamentos necessários para lidar com situações novas e ambientes novos (Meleis *et al.*, 2000) e, portanto, a capacidade para o autocuidado.

O envolvimento da pessoa no seu processo de transição, assumindo-se como objeto de cuidados e sujeito, responsável pela sua própria recuperação, é o pilar estruturante do sucesso de uma transição saudável, culminando na sua adaptação à vida quotidiana em contexto domiciliário, havendo a aceitação das suas limitações, se for o caso, assim como a sua aceitação por parte daqueles que integram o meio em que se insere. Alcançando-se assim, o expoente máximo da transição na componente saúde, sendo um indicador para o sucesso da gestão de autocuidado.

A preparação para o regresso a casa, assume-se assim como um momento de capital importância no processo de transição saúde/doença, determinando a continuidade do processo em contexto domiciliário, sendo necessário ser encarado como um processo ajustado às necessidades, não só da pessoa dependente, mas também dos agentes de auto cuidado terapêuticos do sistema informal de prestação de cuidados de saúde (Vicente, 2001).

Existe, em matéria de saúde e autocuidado, uma importante influência mútua entre o indivíduo e a família que, de acordo com Goldenberg (1997) se manifesta em alguns aspectos, tais como a aprendizagem e interiorização das bases do autocuidado e do cuidado a dependentes que o ser humano desenvolve, aprende e interioriza no seio da família. As características da família determinam o tipo de acções que os seus membros realizam para se autocuidarem e essas mesmas características condicionam por sua vez a capacidade e a possibilidade de uma pessoa levar a cabo o seu autocuidado. As acções do autocuidado específicas de cada um dos membros repercutem-se de um modo ou de outro no funcionamento e bem-estar de toda a unidade familiar.

A hospitalização de um membro da família, ou a sua permanência em casa resulta em desorganização temporária do funcionamento familiar. É importante enfatizar que adoecer provoca um desequilíbrio individual e familiar que requer uma mobilização conjunta de estratégias de confronto e de resolução de problemas em busca da reorganização. A família tende a encontrar um equilíbrio

quando ocorre uma situação de rutura de seu funcionamento e organização familiar. Essa busca por equilíbrio da unidade familiar, muitas vezes, é dificultada pela deficiência da rede de apoio da família ou pela inabilidade, ou falta de recursos do familiar na administração e na manutenção da casa.

O processo de doença acarreta naturalmente implicações à unidade familiar. A resposta da família depende do momento evolutivo em que a família se encontra. *“Portanto a perturbação produzida pela doença vai estar em função das características particulares de cada família, ou seja, mais propriamente da natureza de laços afetivos entre o doente e os restantes elementos da família e das consequências materiais originadas pelo aparecimento da doença”* (Augusto, 2002: 43). Na perspetiva de Martins (2002), a funcionalidade conseguida vai, sem dúvida, interferir na forma como a família integra a doença e a crise subsequente, bem como, na reorganização que consegue implementar.

Minuchin (1979; cit. por Alarcão, 2002) alerta-nos para o que designa de padrões transacionais, que regulam não só as trocas afetivas, cognitivas e comportamentais dos diferentes membros como lhes especificam papéis particulares. Estes padrões de transação são mantidos quer pelas regras universais da própria família, quer pelas expectativas específicas de cada sistema familiar que tem origem no processo de socialização dos membros uns com os outros, decorrentes de negociações implícitas e explícitas mantidas ao longo do tempo.

O autor propõe uma segmentação em subsistemas familiares que determinam a definição de papéis, ou seja, aquilo que é esperado no seio da família de cada um dos seus elementos, pelos próprios e pelo ambiente ou contexto que os rodeiam. Assim, esta atribuição apenas existe porque cada um individualmente e todos no geral manifestam comportamentos face a essa determinação, muitas vezes ténue, pouco definida, ou pelo contrário, bem identificado. Parece-nos residir aqui o cerne da aproximação do enfermeiro à família, que deve interessar-se por perceber a forma como cada um aprendeu a ser membro do seu sistema familiar. *“É a inserção dos papéis nesse contexto mais amplo, que lhes dá o poder especial de influenciar — e inclusivamente compelir — a maneira pela qual a pessoa se comporta numa determinada situação, as actividades nas quais ele se engaja e as relações se tornam estabelecidas entre aquela pessoa e as outras presentes no seu ambiente”* (Brofenbrenner, 2002: 69).

A CIPE/ICN (2006) define o foco de enfermagem Interação de Papéis como *um tipo de Acção Interdependente com as seguintes características específicas: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados pelos outros*. É neste sentido que entendemos ser de cimeira preocupação o entendimento do enfermeiro face a estas fontes de dificuldade, uma vez que, o assumir de papéis pelos seus elementos, pode trazer dificuldades ao sistema familiar, como por exemplo, o assumir do papel de prestador de cuidados.

A identificação do prestador de cuidados é tarefa que pode ser complexa para a família, uma vez que, implica com a reestruturação de papéis e tarefas. O enfermeiro, como gestor de caso, encontra-se uma posição privilegiada para participar na tomada de decisão, portanto, esta deve ser pautada por equilíbrio e discernimento. Todavia, a selecção do mesmo não é, por vezes, concretizada com base num juízo conjunto e consensual com os elementos do sistema familiar. A decisão da constituição do elemento prestador de cuidados relaciona-se de muito perto com pressupostos sociais e conceitos que emanam de crenças e juízos que remanescem em sociedade, por exemplo, o facto de dever ser atribuído os elementos femininos do sistema familiar.

Também os padrões transaccionais estabelecidos entre as pessoas ao longo do seu ciclo vital, determinam o desempenho do papel e as dificuldades na aceitação do papel, ou mau desempenho do mesmo. Ao enfermeiro cabe a sensibilidade para perceber a dinâmica familiar para potenciar o exercício saudável do papel de prestador de cuidados.

Estes problemas exercem pressão sobre o sistema familiar e as soluções para estes problemas divergem muito, tal como os aspetos que lhes estão inerentes. É o enfermeiro que está mais próximo do utente, sendo quem geralmente o conhece melhor e o compreende como pessoa na sua singularidade, assumindo um papel fulcral, por serem os profissionais que possuem maior interação dentro da equipa multidisciplinar.

A reflexão sobre a implicação que um evento gerador de incapacidade para um dos elementos da estrutura familiar tem no saudável decurso do projeto de saúde e de vida numa família, é de capital importância e deve constituir-se foco da atenção do enfermeiro como gestor de cuidados. Os fatores supra

mencionados devem merecer atenção especial, dado que, a intervenção requer organização do seio familiar para que resulte, bem como, a responsabilidade da gestão das dificuldades que acrescem à família.

O momento da transição da instituição para casa despoleta uma dualidade de sentimentos à pessoa e família: por um lado a satisfação, por estar em fase de recuperação e poder voltar a casa, por outro, o medo, pois sentem-se inseguros sem a presença de cuidadores formais e também, tal como afirma Petronilho (2007), muitas das vezes, as pessoas saem do hospital com um grau de dependência superior face ao episódio de internamento.

Esta situação conduz a uma preocupação acrescida na família que na contingência da sociedade atual exige que se organize de forma a receber a pessoa com necessidade de cuidados. Devido, essencialmente, à mudança registada nas últimas décadas relativas à estrutura e dinâmica familiar, *“sobretudo com a diminuição do número dos seus membros e com o novo papel social desempenhado pela mulher, reduzindo, assim, o tempo e número de pessoas disponíveis para cuidar de um membro em situação de dependência”* (Petronilho, 2007: 44).

Deste modo, pode trabalhar-se com as famílias na aceitação e ajudar na organização de um sistema familiar que se encontra abalado com o reajuste exigido à nova situação, bem como, com os agentes informais para que possam dar continuidade no domicílio aos cuidados.

Assim, de acordo com Rebelo (1996), ao prestador de cuidados informal, devem os enfermeiros, de forma organizada e coordenada, prestar apoio técnico, orientação e formação. A eficácia do suporte institucional aos agentes de cuidados informais é determinante na aquisição de confiança em si próprios e, provavelmente, também numa maior disponibilidade para manter o desempenho desse papel, pois ao assumir o papel de cuidador a pessoa vê-se confrontada com uma situação sem alternativa, pautada por uma forte obrigação moral e social, a qual, raramente, é partilhada por outros elementos.

Na sequência destas circunstâncias, a família é induzida a partilhar a responsabilidade das suas funções, outrora da sua exclusividade, com outros parceiros sociais. Incide neste aspeto também um dos fulcros da gestão de caso, a continuidade e a educação dos cuidadores para uma correta utiliza-

ção de recursos disponíveis para apoio à prestação de cuidados, otimizando a sua resposta. A investigação sobre a temática conclui que o padrão de recursos disponíveis aos familiares cuidadores é determinante para uma transição saudável no exercício do seu papel face à necessidade de cuidar da pessoa dependente no autocuidado (Petronilho, 2007).

Há necessidade de desenvolver um modelo de excelência na preparação do regresso a casa, uma vez que, é sabido através da investigação que existe uma associação significativa entre a preparação da alta e a qualidade de vida dos cuidadores. Tal como afirma Paiva (2007), é necessário evoluir dos modelos tradicionais de exercício da profissão de enfermeiro — biomédicos, centrados na doença, para modelos mais centrados na ajuda profissional que os enfermeiros podem proporcionar as pessoas e famílias para lidar com transições.

Para a família existem necessidades distintas nas diferentes fases do processo de adaptação ao exercício do papel de prestador de cuidados, às quais o enfermeiro deve atender para o padrão estável de cuidar.

A parceria de cuidados entre cuidadores e equipas de saúde deve ser fomentada, garantindo melhor apoio no período de internamento, mas também após, já no contexto domiciliário, proporcionando uma boa gestão de recursos e garantindo o sucesso no regresso a casa. É perentório que os enfermeiros, enquanto agentes de mudança no campo da saúde e parte integrante do sistema, assumam o papel de gestor de situação, focalizando, sistematizando e direcionando a ação de enfermagem para a implementação de um processo de preparação para o regresso a casa devidamente personalizado, no sentido de promover e facilitar os processos de transição, para que, qualquer evento menos positivo constitua uma aprendizagem e não um insucesso gerador de stresse e eventual patologia, fomentando a continuidade efetiva de cuidados.

O processo de preparação do regresso a casa é uma área de excelência, na qual os enfermeiros devem incidir, pois é recetiva e sensível aos cuidados de enfermagem e, por isso, conteúdo integrante do *core* da disciplina, para contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento da profissão, transformando o exercício de enfermagem numa visibilidade que os outros reconheçam.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (1999). *(Des) equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Augusto, B. et al. (2002). *Cuidados continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Brofenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Decreto-Lei n.º 101/06 — D.R. I SÉRIE-A. 109 (06-06-2006), 3856-3865.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Goldenberg, D. (1997). La familia, un paciente olvidado. *Revista Rol de Enfermaria*, 223, 25-30.
- Gonçalves, D. (2008). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta. Retrieved agosto 2010 from http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Deolinda%20Gon%C3%A7alves.pdf.
- International Council of Nursing (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: ICN.
- Jesus, E. (2005). *Cuidados de proximidade*. Retrieved setembro 2010 from http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/jornal_madeira/2005/jm_2005_04_10_03.htm.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Meleis, A. et al. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Pfetscher, S. (2004). Florence Nightingale — enfermagem moderna. In: Tomey, A.; Alligod, M., *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5.ª ed., pp. 73-93) Loures: Lusociência.
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retrieved from <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/CSC-A.pdf>

Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.

Rebelo, M. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: Contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, 9, 13-17.

Vieira, E. (2004). *Manual de gerontologia: Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.

O BEM-ESTAR NA PERSPETIVA DE ENFERMAGEM

PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS*

O BEM-ESTAR NO PENSAMENTO E NOS PENSADORES DE ENFERMAGEM

Pensar a enfermagem inicia-se com Florence Nightingale, são conhecidas as suas notas reunidas no livro *“Nursing, What It Is and What It Is Not”* (“Notas Sobre Enfermagem”, no título da edição portuguesa). Em outra obra — *“Sick-Nursing and Health-Nursing”* —, Nightingale define saúde como “estar bem, mas ser capaz de usar bem todos os poderes que temos”. Nesta afirmação fica “aparente (refere-nos Mc Ewen, 2009) que a saúde significa mais que a mera ausência da doença, uma visão que colocou Nightingale à frente do seu tempo”.

Ainda assim, para Nightingale a enfermagem atuaria para “colocar a estrutura do indivíduo em um estado tal que não tenha doença, ou que possa recuperar-se da doença” (...) e “colocar nas melhores condições possíveis para que a natureza restaure ou preserve a saúde — a fim de prevenir ou curar a doença ou lesão”.

Hildegard Peplau (1990), na teoria das relações interpessoais na enfermagem, define que o “papel do enfermeiro é ajudar o paciente a diminuir a insegurança e melhorar o funcionamento por meio dos relacionamentos interpessoais”. Os propósitos são, então, aumentar a segurança e tornar as pessoas mais funcionais.

* Doutor em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica. Professor Coordenador da ESEnfC. Coordenador da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Fundamental. Investigador Integrado e membro do Conselho e da Comissão Científica da UICISA-E.

O campo de ação de enfermagem é claramente aberto por Virgínia Henderson (1991), indo para além da prevenção da doença e da recuperação para a saúde. “A função exclusiva do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para saúde ou recuperação (ou para uma morte tranquila), que ele realizaria sem auxílio se tivesse força, desejo ou conhecimento necessários. E fazer isso de tal maneira que o ajude a obter a independência tão rapidamente quanto possível”. Ajudar a ter uma morte digna também está presente.

Para Dorothea Orem (1995) a “enfermagem é vista como uma arte por meio da qual o profissional de enfermagem presta assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado.” O autocuidado como potencial presente nos adultos que, fruto de vários processos, pode estar em *deficit* necessitando do fornecimento de autocuidado terapêutico para o superar, tendo em vista o restabelecimento da autonomia, da independência funcional e do bem-estar.

Na abordagem sistémica de Betty Neuman (1995) a saúde é definida como “um *continuum*; a saúde e a doença estão em extremidades opostas (...)”. A saúde do paciente equivale à estabilidade ideal do sistema que é o melhor estado de saúde em determinado momento e em que “variações do bem-estar ou os vários graus de instabilidade do sistema são causados pela invasão da linha normal de defesa pelos stressores”.

“Profissão e disciplina aprendida, humanista e científica” é a forma como Madeleine Leininger define enfermagem, dizendo que “esta focaliza os fenómenos do cuidado humano e as atividades para assistir, apoiar, facilitar ou possibilitar que os indivíduos ou grupos mantenham ou retomem o seu bem-estar (ou saúde), de forma culturalmente significativa e benéfica ou para ajudar as pessoas a enfrentar as deficiências ou a morte” (McEwen, 2009).

O aumento considerável do número de doentes crónicos ligado ao extraordinário aumento da longevidade leva-nos, necessariamente, a repensar os propósitos, os objetivos e as finalidades dos cuidados em enfermagem. Bryant e Benton (2010) chama-nos a atenção que “há uma necessidade urgente de os enfermeiros em todo o lado tomarem a iniciativa e envolve-

rem-se com todas as partes da comunidade e todos os setores para dar resposta à ameaça crescente colocada pelas doenças crónicas à saúde e ao bem-estar globais”.

No documento do ICN “Servir a Comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica” (versão portuguesa da OE, abril 2010), recomenda-se que as Associações Nacionais de Enfermagem “devem ainda ter como propósito garantir que todos os doentes com quadros crónicos recebem os cuidados, tratamento e gestão necessários para promover o bem-estar e garantir os melhores resultados de saúde possíveis”.

Visitando os pensadores de enfermagem e as teorias de enfermagem e apenas alguns, talvez os mais significativos, Nightingale, Peplau, Henderson, Orem, Neuman, Leininger, parece-nos que o bem-estar respira e transpira nos seus conceitos. A atualidade teórica de enfermagem não pode ser referenciada sem Meleis. A sua importância e a chamada a este texto são inquestionáveis, já que, afirma que a “enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994). Regressaremos a esta afirmação no final deste escrito.

ABORDAGEM DO BEM-ESTAR NA LINGUAGEM CLASSIFICADA (CIPE; NOC; CIF)

O conselho de representantes nacionais do ICN (*Internacional Council Nursing*) reunido em Seul, na Coreia, aprovou, em 1989, uma resolução no sentido de estabelecer uma linguagem que traduzisse uma terminologia para expressar os elementos da prática de enfermagem (o que fazem os enfermeiros face às necessidades ou condições dos clientes, para produzir determinados resultados), organizada numa classificação que pudesse ser partilhada internacionalmente.

Em 1990 foi criada uma equipa que deu início aos trabalhos e em 1996 foi publicada a primeira versão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem — CIPE (versão alfa). Esta consiste numa classificação de fenómenos de enfermagem (fenómenos que os enfermeiros diagnosticam) e uma classificação de intervenções de enfermagem. Em 1999 surge uma nova

versão, versão Beta, a que se segue a versão Beta 2 em 2001, a versão 1.0 em 2005 e a versão 2.0 em 2010.

Na versão 1.0 da CIPE, editada em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros, afirma-se “que esta permite aos enfermeiros, em todo o mundo, documentar sistematicamente o seu trabalho com os indivíduos, famílias e comunidades usando diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem normalizados”.

A CIPE, nesta versão 1.0 (2005, ICN; 2006, tradução e edição portuguesa), considera o bem-estar como um foco, sendo que os focos são as “áreas de atenção relevantes para a enfermagem” e estas áreas podem ser “entidades”, “processos” ou “*status*”.

O bem-estar é definido como um foco, na subcategoria *status* “saúde com as características específicas: Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência.”

Para além da definição genérica de bem-estar surgem sub-categorias designadas como “bem-estar com as características específicas”, são elas: bem-estar físico; bem-estar psicológico; bem-estar espiritual; e o bem-estar social.

“A imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente” é considerado como bem-estar físico.

O bem-estar psicológico é um bem-estar com características específicas, considerado como a “imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento”.

A “imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial”, constitui o bem-estar espiritual.

O bem-estar social é remetido sem especificação para a definição de bem-estar.

QUADRO N.º 1. O Bem-estar na CIPE versão 1.0

CIPE versão 1.0	Focos
Bem-estar	Bem-estar Bem-estar Social
Bem-estar com as características específicas	Bem-estar Físico Bem-estar Psicológico Bem-estar Espiritual

Ainda na versão 1.0 da CIPE podemos apreciar a definição de saúde e de saúde ocupacional como *status* incorporando o bem-estar na definição, observe-se:

“Saúde — Status com as características específicas: Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de *bem-estar físico, mental, espiritual e social*, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.”

“Saúde Ocupacional — Saúde com características específicas: Estado em que um trabalhador é capaz de funcionar num *nível ótimo de bem-estar no local de trabalho*.”

Na primeira definição, saúde, surge a troca da designação de bem-estar psicológico (que surgia na explicitação dos conceitos), pela de bem-estar mental. Em ambas está patente a noção de gradação do bem-estar (potencial máximo, nível ótimo) e na segunda definição, de um bem-estar localizado ou situado especificamente no local de trabalho.

Sintetizando o conceito de bem-estar na CIPE aparece como finalidade do estado (“*status*”) de saúde e da saúde ocupacional, claramente ultrapassando a redutora classificação dicotómica de saúde *versus* doença. Mais do que saúde, é “saúde com características específicas”, não apenas a ausência de doença. Ainda assim, sendo saúde com características específicas é algo que se situa num polo oposto à doença. Estão presentes dimensões sociais, físicas, psicológicas e espirituais.

Johnson e Maas, em 1991, formaram uma equipa na Universidade de Iowa para desenvolver uma classificação de resultados nos pacientes que se cor-

relacionasse com a assistência em enfermagem. Do trabalho desta equipa surgiu a proposta de uma classificação a *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

A Classificação dos Resultados em Enfermagem é uma classificação abrangente, padronizada, que pode ser usada para avaliar os resultados das intervenções de enfermagem. Contém resultados individuais, familiares e comunitários. Cada resultado NOC tem um título, uma definição, uma lista de indicadores para avaliar a condição do paciente em relação ao resultado, uma escala tipo Likert de cinco pontos para mensurar o seu estado. A segunda edição da NOC publicada em 2000 contém 260 resultados agrupados em 29 classes e 7 domínios. Os domínios são: 1) Saúde funcional; 2) Saúde fisiológica; 3) Saúde psicossocial; 4) Conhecimento e comportamento de saúde; 5) Saúde percebida; 6) Saúde familiar; 7) Saúde da comunidade.

Na NOC o bem-estar aparece classificado num primeiro patamar (classe) como bem-estar psicológico; bem-estar da família; bem-estar da comunidade. Num segundo patamar, como resultado específico no domínio de saúde percebida, encontramos o bem-estar espiritual e o bem-estar. A satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde, é considerado o bem-estar. Expressões pessoais de conexão consigo mesmo, com os outros, com um poder superior, com a totalidade da vida, com a natureza e com o universo, que transcende e fortalece a própria pessoa, caracterizam o bem-estar espiritual. Já o bem-estar do cuidador atende à satisfação do provedor de cuidado primário com a saúde e as circunstâncias da vida. (Quadros n.º 2 e n.º 3).

QUADRO N.º 2. O Bem-estar na NOC

Domínio III	Saúde Psicossocial
Classe	Resultados
<p>M — Bem-estar Psicológico (Resultados que descrevem a saúde emocional de um indivíduo)</p>	<p>Imagem corporal Nível de depressão Esperança Identidade Solidão Equilíbrio do humor Autoestima Identidade sexual: Aceitação Vontade de viver</p>
Domínio V	Saúde Percebida
Classe	Resultados
<p>U — Saúde e Qualidade de Vida (Resultados que descrevem o estado de saúde de um indivíduo e a satisfação expressa com o estado de saúde e as circunstâncias de vida relacionadas)</p>	<p>Aptidão física Qualidade de Vida Bem-estar espiritual Nível de sofrimento Bem-estar</p>
Domínio VI	Saúde Familiar
Classe	Resultados
<p>Z — Estado de Saúde de Membro da Família (Resultados que descrevem a saúde física, emocional de um membro da família)</p> <p>X — Bem-estar da Família (Resultados que descrevem a saúde física, emocional e social da família como uma unidade)</p>	<p>... Bem-estar do cuidador</p> <p>Enfrentamento familiar Ambiente familiar: Interno Funcionamento familiar Estado de saúde da família Integridade familiar Normalização familiar Participação Familiar no Cuidado Profissional</p>
Domínio VII	Saúde Comunitária
Classe	Resultados
<p>b — Bem-estar da Comunidade (Resultados que descrevem o estado de saúde geral, e a competência social de uma população ou comunidade)</p>	<p>Competência da comunidade Estado de Saúde da Comunidade</p>

QUADRO N.º 3. Definições na NOC para o **Bem-estar**

	Definição
Bem-estar Psicológico	Resultados que descrevem a saúde emocional de um indivíduo
Bem-estar espiritual	Expressões pessoais de conexão consigo mesmo, com os outros, com um poder superior, com a totalidade da vida, com a natureza e com o universo, que transcende e fortalece a própria pessoa
Bem-estar	A satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde
Bem-estar do cuidador	Satisfação do provedor de cuidado primário com a saúde e as circunstâncias da vida
Bem-estar da Família	Resultados que descrevem a saúde física, emocional e social da família como uma unidade
Bem-estar da Comunidade	Resultados que descrevem o estado de saúde geral, e a competência social de uma população ou comunidade

O bem-estar psicológico pode ser avaliado como um conjunto de resultados que descrevem a saúde emocional do indivíduo dentro do domínio saúde psicossocial considerando a imagem corporal, o nível de depressão, a esperança, a identidade, a solidão, o equilíbrio do humor, a autoestima, a identidade sexual: aceitação; e por último a vontade de viver. O sentido que é dado a cada um destes indicadores de resultado está descrito no Quadro n.º 4.

QUADRO N.º 4. Definições dos resultados do **Bem-estar Psicológico**

Bem-estar Psicológico Resultados	Definições
Imagem corporal	Perceção positiva da própria aparência e das funções do organismo
Nível de depressão	Gravidade do humor melancólico e perda do interesse pelos eventos da vida
Esperança	Presença de estado interno de otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida
Identidade	Capacidade para distinguir entre o eu e o não-eu e para caracterizar a própria essência
Solidão	A extensão da resposta de isolamento emocional, social ou existencial

Equilíbrio do humor	Adaptação apropriada do tom emocional predominante como resposta às circunstâncias
Auto-estima	Juízo pessoal sobre a autovalorização
Identidade sexual: Aceitação	Admissão e aceitação da própria identidade sexual
Vontade de viver	Desejo, determinação e esforço para sobreviver

O bem-estar da família é o conjunto de resultados que descrevem a saúde física, emocional e social da família como uma unidade, tem como indicadores: o enfrentamento familiar; o ambiente familiar: interno; o funcionamento familiar; o estado de saúde da família; a integridade familiar; a normalização familiar; a “n” sentidos que são dados nesta nomenclatura a cada um dos indicadores de resultado enunciados.

QUADRO N.º 5. Definições dos resultados do **Bem-estar da Família**

Bem-estar da Família Resultados	Definições
Enfrentamento familiar	Ações da família para administrar estressores que sobrecarregam recursos familiares
Ambiente familiar: Interno	Ambiente social tal como caracterizado pelas relações e metas dos membros da família
Funcionamento familiar	Capacidade da família para atender às necessidades de seus membros através das transições desenvolvimentais
Estado de saúde da família	Estado geral de saúde e competência social da unidade familiar
Integridade familiar	O quanto os comportamentos do conjunto dos membros da família demonstram coesão, força e vínculo emocional
Normalização familiar	Capacidade da família para desenvolver e manter rotinas e estratégias de gerenciamento que contribuam para um ótimo funcionamento, quando um membro possui uma doença crónica ou incapacidade
Participação Familiar no Cuidado Profissional	Envolvimento da família no processo decisório, no oferecimento e na avaliação dos cuidados oferecidos por profissionais de cuidados de saúde

Em relação ao bem-estar da comunidade este é considerado como a descrição do estado de saúde geral e a competência social de uma população ou comunidade. Tem como indicadores de resultado, a competência da comunidade entendida como a “capacidade de uma comunidade para solucionar problemas de forma coletiva para atingir suas metas” e o estado de saúde da comunidade considerado como “o estado geral de bem-estar de uma comunidade ou população”, vide Quadro n.º 6.

QUADRO N.º 6. Definições dos resultados do **Bem-estar da Comunidade**

Bem-estar da Comunidade Resultados	Definições
Competência da comunidade	Capacidade de uma comunidade para solucionar problemas de forma coletiva para atingir suas metas
Estado de Saúde da Comunidade	O estado geral de bem-estar de uma comunidade ou população

Em síntese, o bem-estar na NOC é definido como o grau de satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde. Assim sendo compatibiliza um estado de saúde débil (porventura doença) com a hipótese de estar bem (bem-estar). Nesta classificação a abordagem é feita a três níveis: Eu, Família, Comunidade. Acresce ainda a formulação de bem-estar do cuidador.

Também na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, encontramos a precisão do termo “bem-estar”. Devido à importância que esta classificação assume, importa visitar o sentido atribuído ao termo segundo esta perspetiva.

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para aplicação em vários aspetos de saúde”. O texto atual representa uma revisão da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), publicado com carácter experimental pela OMS em 1980 e que foi objeto de estudos internacionais e aprovada pela quinquagésima quarta Assembleia Mundial de Saúde, em 22 maio de 2001.

“A CIF engloba todos os aspetos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar e descreve-os em

termos de domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde” (DGS, 2004).

“O objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como, uma estrutura de trabalho para a descrição de saúde e de estados relacionados com a saúde” (DGS, 2004).

“A CIF transformou-se, de uma classificação de «consequência da doença» (versão de 1980), numa classificação de «componentes da saúde». Os «componentes da saúde» identificam o que constitui a saúde, enquanto as «consequências» se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. Deste modo, a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia de modo que os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados. De maneira similar, esta abordagem também é diferente de uma abordagem do tipo «determinantes da saúde» ou «fatores de risco». Para facilitar o estudo dos determinantes ou dos fatores de risco, a CIF inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive” (DGS, 2004).

Para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde o “bem-estar é um termo geral que engloba o universo total dos domínios da vida humana, incluindo os aspetos físicos, mentais e sociais que compõem o que pode ser chamado de uma «vida boa». Os domínios da saúde são um subconjunto dos domínios que compõem o universo total da vida humana” (DGS, 2004). O diagrama seguinte representa a relação entre os vários domínios no aspeto de bem-estar:

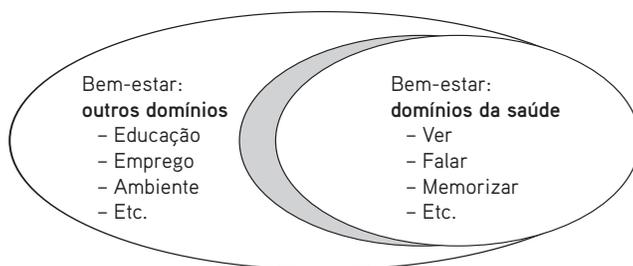


FIG. 1. O universo do Bem-estar

Fonte: Direção Geral de Saúde (2004): Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde. OMS, Lisboa 2004.

A saúde, como sub-conjunto da vida humana, é um domínio entre outros. O bem-estar engloba um universo total (vários domínios) e a CIF cobre apenas domínios de bem-estar relacionados com a saúde.

“A CIF não determina um limite fixo entre os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde. Pode haver uma zona cinzenta dependente das diferenças na conceptualização dos elementos da saúde e dos elementos relacionados com a saúde.” (...) “Os domínios relacionados com a saúde são aquelas áreas de funcionalidade que, embora tenham uma forte relação com uma condição de saúde, não são claramente uma responsabilidade principal do sistema de saúde, mas sim de outros sistemas que contribuem para o bem-estar geral. A CIF cobre apenas aqueles domínios do bem-estar relacionados com a saúde” (DGS, 2004).

O bem-estar na CIPE surge-nos como um estado de saúde, na NOC como um grau de satisfação com a saúde e na CIF como chapéu de abas bem largas, com facetas em todos os domínios de vida na qual se inclui a saúde.

ESCLARECENDO A PROXIMIDADE DE CONCEITOS BEM-ESTAR, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Sirgy (2002) usa o termo bem-estar para designar os aspetos subjetivos da qualidade de vida (satisfação com a vida, felicidade). A satisfação com a vida refere-se à dimensão psicológica subjetiva da qualidade de vida que, por sua vez, inclui outras dimensões objetivas, como as condições de vida e as circunstâncias sociais (Galinha, 2008).

Qualidade de vida para Pais-Ribeiro (2004) inclui dois componentes: um componente subjetivo ou psicológico e um componente objetivo ou socioeconómico, político e ambiental.

Simões *et al.* (2000) referem que a qualidade de vida inclui duas dimensões: as condições de vida e a experiência de vida. Esta última componente — experiência de vida — constitui o domínio de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida). A primeira dimensão — condições de vida — refere-se a um conjunto de fatores como o rendimento, o estado civil e outras características socio-demográficas.

Para Veenhoven (1996) existe a qualidade de vida presumida e a qualidade de vida manifesta. A primeira, a dizer respeito à “presença de condições consideradas necessárias para uma vida boa” e a segunda à “experiência de viver uma vida boa”.

O bem-estar pode nestes termos ser encarado como os aspetos mais subjetivos de um outro constructo de maior amplitude conceptual — a qualidade de vida.

A clarificação diferenciadora e a ligação dos conceitos saúde e bem-estar já foi iniciada no ponto anterior aquando da apresentação do sentido de bem-estar na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Remonta a 1948 a definição de saúde da OMS, adotando o conceito de Andrija Stampá, como um “estado de bem-estar físico, mental e social, completo e não apenas a ausência de doença”. A importância desta definição é sobejamente reconhecida, realça-se, desde logo, o aspeto decorrente desta definição, que não ter doença não é sinónimo de ter saúde, já que esta — ter saúde — é um bem-estar completo, o mais completo bem-estar.

O modelo salutogénico de Antonovsky (1987) por oposição ao modelo patogénico, classifica a pessoa não em saudável/doente, mas num *continuum* (bem-estar/mal-estar). O bem-estar total e o mal-estar total são os extremos dos polos. Ninguém está sempre numa das extremidades, desde o nascimento (ou ainda antes, desde a conceção) até ao momento da morte. Nesta perspetiva, todos estamos em parte “saudáveis” e em parte “doentes” (Carrondo, 2006).

Este modelo salutogénico ajuda-nos a clarificar as relações conceptuais entre saúde, doença e bem-estar. É nesta visão que “a antítese saúde/doença deve ser entendida, não numa dicotomia de lugares marcados, mas como um espaço num contínuo com dois limites: disfuncional/funcional”, levando assim à “rejeição da classificação dicotómica (pessoas saudáveis e pessoas doentes) e estabelecimento de um contínuo multidimensional”, ultrapassando “o redutivismo de tipologização e procurar nos casos desviantes a inspiração de uma compreensão alargada do bem-estar do indivíduo” (Nunes, 1998). Da abordagem do modelo salutogénico, Luís Saboga Nunes sintetiza, afirmando que “cabe por isso ao profissional de saúde atuar na promoção do máximo bem-estar em todas as vertentes da condição humana”.

AS VÁRIAS ASSERÇÕES DO BEM-ESTAR

Bem-estar social

Bem-estar na sociedade e bem-estar usufruindo do desenvolvimento da sociedade. Se quisermos o bem-estar social numa dimensão mais pessoal e noutra dimensão mais estrutural. O segundo aspeto pode ser explicado e discutido reportando o Índice de Desenvolvimento Humano. A primeira vertente liga-se a formulações encontradas em Snyder e Lopez (2007) englobando aspetos como a aceitação, a atualização, a contribuição social, a coerência e a integração social.

Para Costa *et al.* (2008), o bem-estar social refere-se à situação da pessoa em relação ao seu ambiente e à sociedade.

A convicção de que a melhor sociedade é aquela que providencia a melhor felicidade para o maior número de pessoas — princípio do utilitarismo — inspirou o desenvolvimento dos estados providência, desde o início do século XX, com certeza inspirada numa herança socio-histórica — o iluminismo desde séc. XVIII.

Os estados-providência são também designados por estados de bem-estar social. Inserem-se nos princípios de criar uma sociedade mais equilibrada que garantisse respostas adequadas para os grandes males como a pobreza, a indigência, falta de proteção na doença, ignorância.

Neste contexto, iniciou-se a medida de progresso social através de indicadores de literacia, de controlo epidemiológico, de controlo dos males sociais, espelhados através de estatísticas diversas. Posteriormente, o nível de progresso passou a ser medido em termos de ganhos monetários, distribuição e segurança dos rendimentos.

A noção de bem-estar até à década de 60 do século passado é muito a noção de bem-estar material — Welfare. O conceito de bem-estar material relaciona-se com o rendimento individual e à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar para o bem-estar de cada um.

É por volta da década de sessenta que o conceito de bem-estar transcende a dimensão económica e material e assume uma dimensão global (bem-estar global), valorizando outras dimensões da vida dos indivíduos (Novo, 2003).

Esta primeira diferenciação entre bem-estar material e bem-estar global constitui a primeira distinção conceptual de bem-estar, um dos momentos críticos na evolução do conceito, segundo Galinha, 2008.

Em termos práticos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pode-se aproximar daquilo que se considera bem-estar social. Este índice é uma medida comparativa que engloba três dimensões: riqueza, educação e esperança média de vida. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. O índice foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no seu relatório anual.

Todos os anos, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas.

Na edição de 2009, o IDH avaliou 182 países, com a inclusão de Andorra e Liechtenstein pela primeira vez e a volta do Afeganistão, que havia saído do índice em 1996. A Noruega continuou no topo da lista, seguida pela Austrália e Islândia. Já a Serra Leoa, Afeganistão e Níger são os três últimos e apresentam os piores índices de desenvolvimento humano.

Critérios de avaliação

- Índice de educação: Para avaliar a dimensão da educação o cálculo do IDH considera dois indicadores. O primeiro, com peso dois, é a taxa de alfabetização de pessoas com 15 anos ou mais de idade — na maioria dos países, uma criança já concluiu o primeiro ciclo de estudos (no Brasil, o Ensino Fundamental) antes dessa idade. Por isso, a medição do analfabetismo dá-se tradicionalmente a partir dos 15 anos. O segundo indicador é a taxa de escolarização: somatório das pessoas, independentemente da idade, que estão matriculadas em algum curso, seja ele fundamental, médio ou superior, dividido pelo total de pessoas entre 7 e 22 anos dessa localidade. Também entram na contagem os alunos supletivos, de classes de aceleração e de pós-graduação universitária, nesta área também está incluído o sistema de equivalências, apenas classes especiais de alfabetização são descartadas para efeito do cálculo.

- Longevidade: O item longevidade é avaliado considerando a esperança de vida ao nascer. Esse indicador mostra a quantidade de anos que uma pessoa nascida numa localidade, num ano de referência, deve viver. Ocul- tamente, há uma sintetização das condições de saúde e de salubridade no local, já que a expectativa de vida é fortemente influenciada pelo número de mortes precoces.
- Renda: A renda é calculada tendo como base o PIB per capita (por pessoa) do país. Como existem diferenças entre o custo de vida de um país para o outro, a renda medida pelo IDH é em dólar PPC (Paridade do Poder de Compra), que elimina essas diferenças.

Para calcular o IDH de uma localidade, faz-se uma média aritmética entre longevidade, educação e renda. A longevidade é apurada pela esperança média de vida subtraída do valor 25 e dividida por 60. A educação é re- sultante do produto da taxa de alfabetização por dois, adicionada da taxa de escolarização e dividindo o resultado por três. A renda é calculada pelo logaritmo decimal do PIB (produto interno bruto) *per capita* subtraído de 2 com o resultado a dividir por 2,60206.

QUADRO N.º 7. Formulário para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano

$\text{IDH} = \frac{L + E + R}{3}$	$L = \frac{EV - 25}{60}$ $E = \frac{2TA + TE}{3}$ $R = \frac{\log_{10} \text{PIB}_{pc} - 2}{2,60206}$
------------------------------------	---

Legenda: L= Longevidade; E= Educação; R= Renda; EV= Esperança Média de Vida; TA= Taxa de Alfabetização; TE= Taxa de Escolarização; Log10PIBpc= Logaritmo decimal do PIB *per capita* (ou em alternativa do PNB *per capita*).

O índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) até 1 (desenvolvimento humano total), sendo os países classificados deste modo:

- Quando o IDH de um país está entre 0 e 0,499, é considerado baixo — país de desenvolvimento baixo (subdesenvolvido);
- Quando o IDH de um país está entre 0,500 e 0,799, é considerado médio — país de desenvolvimento médio (em desenvolvimento);
- Quando o IDH de um país está entre 0,800 e 0,899, é considerado elevado — país de desenvolvimento alto (em desenvolvimento);
- Quando o IDH de um país está entre 0,900 e 1, é considerado muito elevado — país de desenvolvimento muito alto (desenvolvido).

Portugal está em 34.º no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O instituto classifica como bom o nível de vida, índices a partir de 0,8. No ranking mundial Portugal está à frente dos demais países de língua portuguesa (0,909): o Brasil está em 75.º (0,813); Cabo Verde em 121.º (0,708); Angola em 143.º (0,564); Guiné-Bissau em 173.º (0,396); São Tomé e Príncipe em 131.º (0,651), Timor-Leste em 162.º (0,489) e Moçambique em 172.º (0,402). Portugal melhora gradualmente o seu índice desde que a avaliação foi instituída, em 1975 até o ano de 2007, onde houve uma queda (de 0,904 para 0,897). Não obstante, possui o IDH mais baixo da Europa ocidental e vem perdendo posições no ranking mundial. Em 2007, obteve seu maior nível (0,909).

Portugal tem registado um forte crescimento do IDH, desde 1970, bem como dos índices intermédios que o compõem, principalmente nas décadas de 70 e 80. Relativamente ao ano de observação de 1999, é a Região de Lisboa e Vale do Tejo que apresenta o valor mais elevado, (0,925) superior à média nacional (0,905). As regiões com valores de IDH mais baixos são o Alentejo (0,872) e a Região Autónoma da Madeira (0,889), seguindo-se a Região Centro com 0,894, a Região Norte com 0,899, o Algarve com 0,900, e os Açores com 0,903. Todavia, tratando-se da Europa Ocidental, Portugal é considerando o país mais atrasado no ranking do IDH, bem como, todos os fatores que o compõe. Possuindo a menor renda per capita de toda a Europa Ocidental, os menores indicadores da região, bem como último colocado no ranking de IDH, quando se leva em consideração a antiga UE 15 (que não incluía os países da Europa Oriental).

De notar que ao nível das sub-regiões, a dicotomia entre Litoral e Interior se mantém entre 1970 e 1999, apesar da evolução dos valores de IDH entre essas datas. Por outro lado, o Litoral é mais restrito em 1999, do que em 1970 e do que em 1991. A sub-região com valor mais elevado de IDH, em 1999, é a Grande Lisboa, com 0,938 e a que apresenta valor mais baixo é o Baixo Alentejo, 0,862.

QUADRO N.º 8. Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano em Portugal

1975: (índice = 0,785) — desenvolvimento humano médio
1980: (índice = 0,799)
1985: (índice = 0,821) — desenvolvimento humano elevado
1990: (índice = 0,847)
1995: (índice = 0,876)
2000: (índice = 0,896)
2005: (índice = 0,904)
2007: (índice = 0,897)
2008: (índice = 0,900) — desenvolvimento humano muito elevado
2009: (índice = 0,909)

Como se pode observar, Portugal é, desde 2008, é classificado como país de desenvolvimento humano muito elevado.

Bem-estar espiritual

O bem-estar espiritual aparece definido por Gouveia *et al.* (2009) como um estado dinâmico que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo que transcende o domínio humano. O bem-estar espiritual resulta da perceção da importância da dimensão espiritualidade para a saúde ou estado de saúde.

A multi-dimensionalidade do construto é um dado assente e a maioria dos teóricos formulam-no com independência da dimensão religiosa e, por vezes, até da componente centrada no sagrado.

A noção de que o bem-estar espiritual deve abranger uma perspetiva relacional é assumida amplamente, sendo que deve, pelo menos, envolver relação com o próprio, com os outros e com o transcendente.

As primeiras tentativas de gerar consenso em torno da definição de bem-estar espiritual conduziram a uma definição, em 1975, pela *National Interfaith Coalition on Aging* (NICA; Noberg, 2002).

Considera a espiritualidade como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, o que nos remete para questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.

A OMS 1998 caracteriza o bem-estar espiritual como a percepção subjetiva de bem-estar em relação à sua crença. A importância da inclusão destes aspetos pela OMS resulta das evidências que demonstram a influência da espiritualidade na saúde física, mental e social.

Para Volcan *et al.* (2003), o conceito de espiritualidade envolve um componente vertical e outro horizontal. A componente vertical, de natureza religiosa, comporta um sentimento de bem-estar em relação a Deus. A componente horizontal é de natureza existencial, comportando um sentido de propósito e satisfação de vida. Sendo que este último não implica o conteúdo especificamente religioso.

Esta asserção teórica de bem-estar espiritual permite a operacionalização do conceito em bem-estar religioso e bem-estar existencial.

QUADRO N.º 9. Bem-estar espiritual
(Volcan *et al.*, 2003)

Bem-estar espiritual	Bem-estar religioso
	Bem-estar existencial

Bianchi (2005) *apud* Barros de Oliveira (2010) diz-nos que a “espiritualidade é frequentemente expressa em termos não religiosos, falando-se de um «poder» interior que leva a cultivar a autoestima, a gratidão, a tentar superar a mortalidade, a cultivar mais a liberdade e as amizades, a formar comunidades, a lutar pela justiça, pela paz e pela ecologia”.

Em 1999, Fisher, abrangendo os aspetos propostos pela *National Interfaith Coalition on Aging* – NICA, definiu conceptualmente bem-estar espiritual, considerando os quatro sistemas de relações que interessam para o efeito: consigo, com os outros, com o ambiente, com algo ou alguém que transcende o domínio humano.

Trata-se, para Fisher, de uma forma dinâmica de bem-estar que reflete a qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana: o domínio pessoal; o domínio comunitário; o domínio ambiental e o domínio transcendental.

O significado, o propósito e valores de vida assumem importância na forma como uma pessoa se relaciona consigo própria. O auto-conhecimento e consciência sobre si mesmo são aspetos relevantes que se relacionam com a identidade e a autoestima.

A qualidade e profundidade das relações interpessoais no âmbito da moralidade, cultura e religião inserem-se no domínio comunitário, incluindo sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade.

O domínio ambiental consiste na relação com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger) e expressa-se através da admiração e sentimentos de união com a natureza.

A relação estabelecida do próprio com algo ou alguma coisa que vai para além do humano, uma força cósmica, uma realidade transcendente, Deus, expressando-se através do culto e adoração relativamente à fonte de mistério do universo, constitui o domínio transcendental.

QUADRO N.º 10. Bem-estar espiritual
(Fisher *et al.*, 1999)

Bem-estar espiritual sistema de relações	consigo com os outros com o ambiente com algo ou alguém que transcende o domínio humano
---	---

Marques (2000; 2003), aponta a inter-relação entre o bem-estar espiritual e a saúde geral, mostrando importantes associações entre estas duas vertentes. A relação da espiritualidade com outras dimensões de vida realça o bem-estar espiritual como uma experiência de fortalecimento, de apoio procurado propositadamente pelo indivíduo para a realização de um *enfrentamento* de sucesso com implicação importante para a qualidade de vida e a evolução do ser humano numa visão bio-psico-socio-espiritual.

Bem-estar psicológico

O bem-estar psicológico constitui um campo de estudo diferenciado do bem-estar subjetivo resultante de uma segunda distinção conceptual conforme refere Novo (2003). O bem-estar psicológico fundado nos anos oitenta, por Ryff, integra os conceitos de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal (Galinha, 2008). De acordo com Ryff (1995), o bem-estar psicológico é composto por seis componentes distintas, que são: (1) ter uma atitude positiva perante si próprio e a sua vida passada (autoaceitação); (2) ter metas e objetivos que confirmam significado à vida (objetivos de vida); (3) estar apto a lidar com as exigências complexas da vida diária (domínio ambiental); (4) ter um sentido de desenvolvimento contínuo e autorrealização (crescimento pessoal); (5) possuir vínculos de afeto e confiança com os outros (relações positivas com os outros); e (6) estar apto a seguir as suas próprias convicções (autonomia).

O bem-estar psicológico sendo um construto multidimensional é mais abrangente que o conceito de bem-estar subjetivo e inclui um conjunto de dimensões de funcionamento psicológico.

Segundo Galinha, 2008, a autoaceitação, a autonomia, o controlo sobre o meio, as relações positivas, o propósito da vida, e o desenvolvimento pessoal formam uma constelação que caracteriza o bem-estar psicológico.

QUADRO N.º 11. Bem-estar psicológico (Galinha, 2008)

Autoaceitação	Como dimensão fundamental da Saúde Mental, autorrealização, personalidade adulta
Autonomia	Como sentido de autodeterminação, independência das pressões externas e autocontrolo do comportamento
Controlo sobre o meio	Como a capacidade de adaptação mas também de domínio e mudança dos condicionamentos ambientais
Relações positivas	Como a capacidade de manter relações interpessoais calorosas, empáticas e íntimas
Propósito na vida	Como a capacidade de ter um projeto ou sentido para a vida, direção e intencionalidade
Desenvolvimento pessoal	Como o funcionamento ótimo da personalidade, que requer não apenas as características anteriores mas também a sua continuação e expansão, numa contínua atualização e desenvolvimento

Bem-estar subjetivo

Galinha (2008) refere que após alguma crise de identidade inicial no campo do bem-estar subjetivo “se chegou a um consenso: o conceito é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de Satisfação com a Vida, em termos globais ou específicos, e uma dimensão afetiva, emocional (positiva ou negativa) expressa também em termos globais ou específicos”.

O aspeto cognitivo do bem-estar subjetivo relaciona-se com a satisfação com a vida, enquanto a dimensão afetiva se relaciona com a felicidade (enquanto afeto positivo). Para Galinha (2008) “uma pessoa que tem um nível elevado de bem-estar subjetivo é uma pessoa que tem uma preponderância do afeto positivo sobre o afeto negativo”.

QUADRO N.º 12. Bem-estar Subjetivo (Galinha, 2008)

Bem-estar Subjetivo	Dimensão Cognitiva	Satisfação com a Vida	
	Dimensão Afetiva	Afeto Positivo	Felicidade
		Afeto Negativo	

Galinha, I.; Ribeiro, J. (2005), “o conceito é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de Satisfação com a Vida — em termos globais ou específicos — e uma dimensão emocional, positiva ou negativa — expressa também em termos globais, de Felicidade, ou termos específicos, através das emoções”.

Para Ryff e Keyes (1995) o bem-estar subjetivo é restritivo, já que, o bem-estar é mais do que apenas a Satisfação com a Vida e a Felicidade.

Para Sirgy (2002) o bem-estar subjetivo, sendo um estado afetivo duradouro, tem três componentes avaliados em domínios de vida salientes e importantes que são a experiência acumulada de afeto positivo, a experiência acumulada de afeto negativo e a satisfação com a vida global.

Segundo Galinha e Ribeiro (2005), os autores Diener, Sush, e Oishi (1997), referem três componentes primários do conceito de bem-estar subjetivo: satisfação, afeto positivo e baixos níveis de afeto negativo. Referem, ainda, que cada um destes componentes primários pode ser subdividido. A satisfação com a vida global comporta vários domínios da vida. O afeto positivo comporta emoções como alegria, afeição e orgulho. O afeto negativo diz respeito às emoções negativas, como vergonha, culpa e tristeza.

O conceito de Felicidade tocando-se com o conceito de bem-estar é também de interesse o seu esclarecimento. O professor Ruut Veenhoven é um respeitado cientista da Erasmus University Rotterdam que se dedica ao seu estudo. Um pesquisador da felicidade responsável pelo projeto World Database of Happiness. O Banco Mundial da Felicidade (WDH) é um conjunto de dados que permitem tirar conclusões sobre a felicidade no sentido de “gozo subjetivo da vida como um todo”. Objetivo alcançado através de uma lista de medidas que encaixam nessa definição, na sua maioria conseguidas através de perguntas efetuadas de forma simples e direta. Reúne ainda os resultados que estão espalhadas por muitos estudos e fornecendo um trabalho de síntese.

O acervo do Banco Mundial da Felicidade comporta “6111 publicações na bibliografia da felicidade, dos quais 2.925 relatórios de investigações empíricas com estudos sobre a felicidade; 689 medidas de felicidade utilizadas em 1319 estudos; 4358 resultados da distribuição do público em geral em 155 nações”.

O Banco Mundial da Felicidade facilita-nos um relatório com dados de 2000 a 2009, relativo à felicidade, em média, de 146 nações. Entendida aqui como “o quanto as pessoas desfrutam da sua vida-como-um-todo” e classificados os países numa escala 0-10. Portugal ocupa a sexagésima nona posição. Acompanham-no com os mesmos 5,7 pontos, a Roménia, o Djibuti, o Egito, a Mongólia e a Nigéria. Ainda assim pelo critério do WDH encontramos-nos no ponto intermédio (aproximadamente 6 pontos).

As médias de pontuações resultam de um número diverso de inquéritos realizados nas nações referidas. Para este ranking (2000-2009) Portugal contribuiu com resultados de sete inquéritos, em sete momentos diferentes.

Com pontuações mais baixas situa-se o Tongo, a Tanzânia e o Burundi, no outro extremo, de pontuações mais elevadas encontramos com médias de pontuação superiores a 8, a Costa Rica (1.º), a Dinamarca, a Irlanda e a Suíça. Nos quadros que se seguem podemos apreciar a posição de países mais classificados e menos, de alguns dos nossos parceiros de Comunidade Europeia e de alguns países da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa.

QUADRO N.º 13. Índices de Felicidade Media numa escala de 0 a 10
(*World Database of Happiness, 2010*)

Top >7.9		Middle range ± 6.0		Bottom <4.3	
Costa Rica	8.5	France	6.6	Benin	3.0
Denmark	8.3	China	6.4	Burundi	2.9
Iceland	8.2	Iran	5.8	Zimbabwe	2.8
Switzerland	8.0	India	5.5	Togo	2.6
Canada	8.0	Phillippines	5.5	Tanzania	2.6

Portugal	5.7
Spain	7.3
United Kingdom (Britain)	7.2
Norway	7.9
Netherlands	7.6
Austria	7.7
Angola	4.3
Guinea	4.5
Mozambique	3.8

Muito se tem escrito sobre a felicidade “trata-se duma emoção positiva fundamental” (Barros de Oliveira, 2010). Numa visão hedonista a busca do prazer é o primeiro constituinte da felicidade enquanto uma visão eudaimónica se liga mais ao ter um bom destino e ou ao ter êxito (Barros de Oliveira, 2010).

São múltiplas as asserções de felicidade, em grande número são também os instrumentos (escalas) disponíveis para a sua avaliação (vide informação no Banco Mundial da Felicidade).

Para verificar a diversidade nas abordagens citemos ainda McGregor e Little, 1998 *apud* Barros de Oliveira, 2010: “Há duas espécies de bem-estar: a felicidade e o significado: a felicidade, *comumente* considerada como a plataforma de ouro do bem-estar, refere-se à satisfação com a vida, à emoção positiva e à isenção de emoção negativa. Por sua vez o significado refere-se a sentimentos de integridade, propósito e crescimento”.

Bem-estar físico

A CIPE na versão 1,0 considera o bem-estar físico como “a imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com con-

trolo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente”. Claramente remete-nos para uma dimensão individual, subjetiva, no seguimento do traço comum que temos vindo a encontrar nas definições de bem-estar. Na medida que se trata de uma imagem mental terá forçosamente de ser assim.

A condição física que aqui interessa não é o resultante de avaliações objetivas, nem o resultante de exames diretos sobre o corpo, suas funções e funcionalidades ou mesmo indireta com recurso a meios auxiliares de diagnóstico e análises. Interessa a sensação individual de estar em boas condições físicas, muito perto do conceito de conforto, de se sentir confortável com o seu corpo e o seu funcionamento. Estar confortável é algo que se aproxima e traduz esta noção de bem-estar físico.

Um segundo aspeto a realçar é o do controlo de sintomas, mas a satisfação com essa capacidade concretizada no seu controlo. A dor e a capacidade de lidar com a dor é referenciada como exemplo, talvez por ser o sintoma mais marcante e significativo pelo mal-estar que causa. Mas não exclusivamente, outros sintomas desagradáveis como as náuseas e vômitos e a febre.

Uma terceira referencia remete-nos para o equilíbrio ecológico, — o contentamento com o meio envolvente. O bem-estar, neste âmbito, aproxima-nos das noções de conforto térmico, controlo do ruído, iluminação adequada, qualidade do ar, micro e macro poluentes.

Registe-se, assim, a presença de três aspetos relativos ao bem-estar físico a considerar: o conforto físico; o controlo de sintomas e o equilíbrio com o ambiente.

BEM-ESTAR, UM CONCEITO CENTRAL? UMA VISÃO GLOBAL

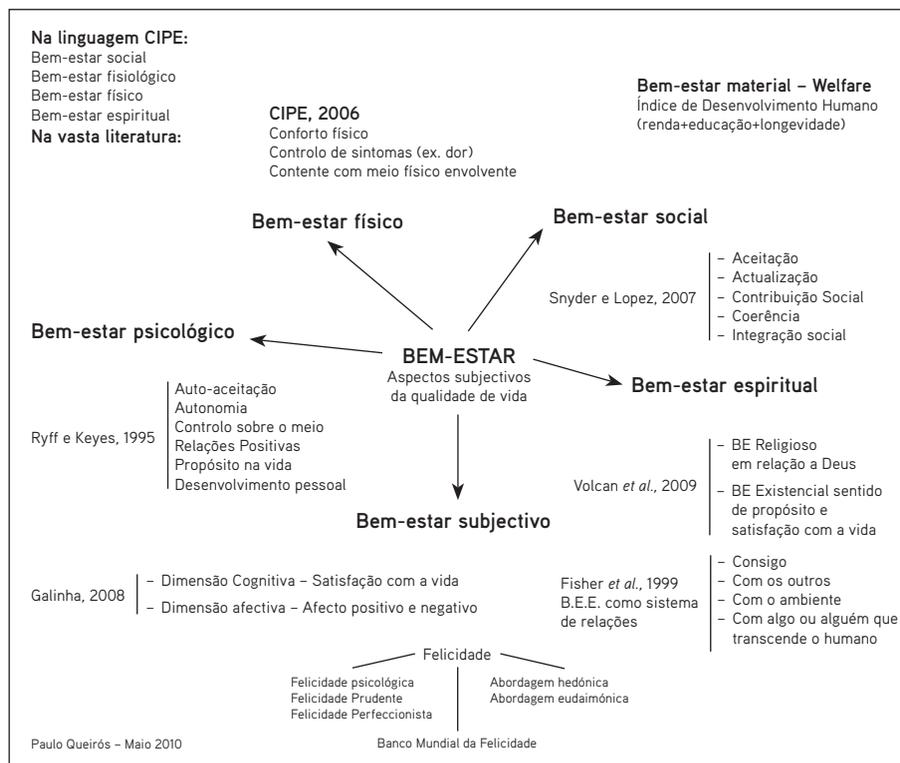
Enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994). O propósito, o objetivo final, se quisermos, a finalidade dos cuidados está expressa na afirmação tão atual destes teóricos de enfermagem. Sobretudo com Afaf Meleis, o bem-estar ganha uma centralidade indiscutível e altamente clarificadora da missão de enfermagem. Somos enfermeiros

para facilitar os processos de mudança, de transição, que proporcionem o bem-estar.

Como conceito central para a enfermagem, necessita ser escutado na diversidade de aspetos que encerra, na riqueza conceptual que comporta, nas hipóteses de trabalho que perspetiva, no poder interpretativo sobre aquilo que fazemos, enquadrador do significado atribuído às práticas clínicas que desenvolvemos.

O bem-estar como conceito representador do fenómeno empírico, indo ao encontro do epistemologista Van Fraassen (1972), quando afirma “o trabalho essencial de uma teoria científica é proporcionar-nos uma família de modelos, para ser utilizada na representação dos fenómenos empíricos”.

QUADRO N.º 14. Visão global do conceito bem-estar



Bem-estar físico, bem-estar social, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico. Em todos estes componentes do bem-estar a enfermagem intervém. Uns completam os outros e, assim sendo, apenas a visão global poli facetada do bem-estar pode constituir-se em conceito ou conceitos operatórios.

Independentemente da importância das linguagens classificatórias na organização disciplinar — da disciplina de enfermagem, a riqueza do conceito e as possibilidades que se abrem à interpretação daquilo que são as práticas clínicas em diversos contextos, não nos autorizam a fechar a análise do bem-estar apenas nessas classificações (ou mesmo apenas numa classificação).

Se para Wagner *et al.*, 1999, “a busca do bem-estar é o motor do desenvolvimento humano” e se para Moreira; Melo (2005) “o aumento do bem-estar genérico conduz a uma menor tendência para desenvolver perturbação”, seriam já razões suficientes para a presença do conceito na abordagem de enfermagem. Mas a sua centralidade, bem colocada por Meleis, deriva, a meu ver, do poder propositório do conceito, onde se alicerça uma prática clínica profissionalizada. Trabalhamos para o bem-estar, seremos também os profissionais do bem-estar.

Cuidamos facilitando as transições, os processos de transição, fornecendo, gerindo autocuidado terapêutico desde a concepção até à morte — ao longo do ciclo vital, procurando que o percurso vivencial de indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas no conceito de saúde ou no de ausência de doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bryant, R. & Benton, D. (2010). Prefácio. In *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Carrondo, E. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Braga.

- Costa, C. *et al.* (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 249-255.
- Ferreira, A. & Ramos, S. (2007). *Sentido interno de coerência e bem-estar psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos*. Retrieved from <http://psicologia.com.pt>
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra. Quarteto.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6(2), 203-214.
- Gouveia, M. *et al.* (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293.
- Henderson, V. (2009). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Índice de desenvolvimento humano*. Retrieved from http://wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_Desenvolvimento_Humano
- Johnson, M. *et al.* (2005). *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed.
- Leite, Â. *et al.* (2002). O bem-estar psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos. *Sociologia, Saúde e Doenças*, 3(2), 113-118.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- McEwen, M. & Wills, E. (2009). *Bases teóricas para enfermagem*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia. (Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas).
- Nunes, L. (1998). Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: Introduzindo o conceito de sentido interno de coerência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4), 25-31.
- Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia positiva: Uma nova psicologia*. Porto: Legis.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 1*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: OE.

Pedrão, R. & Beresin, R. (2010). *Nursing and spirituality: O enfermeiro frente à questão da espiritualidade*. São Paulo: Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Retrieved from <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einste-inv8n1p86-91>.

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Masson-Salvat.

Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Tomey, A. & Alligood M. (2004). *Téóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teoria de enfermagem)* (5.ª ed.). Loures: Lusociência.

Veenhoven. R. *Average happiness in 148 nations 2000-2009*. World Database of Happiness. Rank report Average Happiness, version 10/09. Retrieved from http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/findingreports/RankReport_AverageHappiness.htm.

Volcan, S. *et al.* (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: Estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.

Wagner, A. *et al.* (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1).

World Health Organization (1998). *Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Genève: WHO.

O ENSINO DA ENFERMAGEM: DE NIGHTINGALE A BOLONHA

MANUEL CARLOS RODRIGUES FERNANDES CHAVES*

A história da enfermagem faz, naturalmente, parte integrante da história das sociedades ao longo dos tempos (Araújo, 2005). A formação dos enfermeiros iniciou-se formalmente no século XIX, a partir do empenho e intervenção de Florence Nightingale¹, ao assumir ser possível ensinar enfermagem de forma distinta da medicina. Criou a primeira escola de enfermagem em Inglaterra em 1860, sendo o ensino ministrado fundamentalmente por enfermeiras. Florence Nightingale demarca-se de um modelo até então ligado a princípios religiosos e à ideia da caridade, a uma assistência muito pouco ligada ao tratamento. Surge um novo modelo vocacional e disciplinar, em que o exercício de enfermagem em virtude do constante desenvolvimento da profissão médica, apostava no desenvolvimento do saber técnico, na respeitabilidade, obediência, submissão, lealdade e passividade, enfatizando a execução de tarefas técnicas prescritas pelo médico, centrando a profissão na dimensão curativa (Fonseca, 2006). Nesta perspetiva, o objeto dos cuidados médicos e de enfermagem é o corpo portador de doença e não o doente (Bento, 1997). Como refere Maggs (1985, *cit. por* Soares, 1997, p. 87) que estudou a primeira geração de enfermeiras diplomadas entre 1881 e 1914, o crescimento e a importância dos Hospitais Gerais Ingleses dependeram da criação de uma ampla força de trabalho de enfermeiras competentes que estimulava esses mesmos hospitais.

* Assistente Convidado na ESEnFC, RN, MsC. mchaves@esenfc.pt

¹ Florence Nightingale viveu em Inglaterra (1820-1910). Pertencia a uma família aristocrata em plena época vitoriana.

Na continuidade do trabalho desenvolvido por Florence Nightingale, surgem por toda a Europa as primeiras escolas de enfermagem. O primeiro Curso de Enfermagem em Portugal foi criado nos Hospitais da Universidade de Coimbra na administração do Dr. Costa Simões², em 1881; o segundo curso decorreu em 1886 no Hospital Real de S. José em Lisboa e o terceiro em 1896, no Hospital Geral de Santo António. Todavia, estes cursos decorreram num período relativamente curto por não encontrarem apoio oficial junto do governo de então. Em 1901, Curry Cabral, médico e administrador do Hospital Real de S. José, cria em Lisboa a Escola Profissional de Enfermeiros. Durante este período, o ensino de enfermagem era desorganizado; as escolas não tinham regulamentação própria, sendo consideradas serviços dos Hospitais, estando dependentes destes em todas as dimensões. O diretor da escola era, simultaneamente, o diretor do Hospital (Amendoeira, 2006). A aprendizagem era realizada por imitação e repetição de tarefas quotidianas sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos. Para além dos aspetos técnicos da formação dos enfermeiros, eram tratados temas relacionados com a prática de enfermagem como a boa consciência, a dedicação e o dever moral (Garcia, 2000).

Até ao ano de 1940, o estado português não assumia claramente a coordenação central quanto à preparação das enfermeiras, deixando aos hospitais essa responsabilidade. Refiro enfermeiras e não enfermeiros porque, de acordo com o Decreto-Lei n.º 31913, de 12 de março de 1942, a prestação de enfermagem estava reservada a mulheres solteiras ou viúvas, sem filhos, o que na prática proibia também o casamento.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 362190 de 10 de abril de 1947, o Estado passa a intervir diretamente no ensino de enfermagem em termos de uniformização, centralização e controle das escolas e do ensino. Simultaneamente, ficou na posse de dados que indicavam ser o recrutamento e a preparação dos enfermeiros um aspeto a necessitar de melhoria na organização hospitalar do país (Amendoeira, 2006; Garcia, 2000). O programa do curso de enfermagem de então manifestava ainda uma preocupação com a imagem do enfermeiro, relacionada com a sua competência técnica — o saber; assim

² António Augusto da Costa Simões (1819-1903) professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra de 1870 a 1885.

como pelas suas qualidades morais — o ser (Garcia, 2000). Costa-Sacadura referia à data, a este propósito que “(...) o exercício da enfermagem é sempre comandado pela vocação, pela abnegação e pelo sacrifício, era necessário que o enfermeiro se preocupasse também com uma atualização constante de conhecimentos relacionados com a evolução da ciência e técnica” (Costa Sacadura³, cit. por Garcia, 2000, p. 141).

Para responder a esta necessidade, a preparação de melhores profissionais, surgem os primeiros monitores de enfermagem. Tinham duas categorias: os que abordavam as técnicas de enfermagem e os que orientavam os estudantes em estágio nas unidades de saúde.

Em 1952, as escolas de enfermagem passaram a ter autonomia técnica e administrativa, deixando de ser serviços de hospitais⁴, situação inovadora à época em muitos países da Europa. Com a publicação dos Decretos-Lei n.º 38.884/5 de 28 de agosto de 1952, passam a existir três cursos distintos: (i) curso de enfermagem geral, com a duração de três anos, cujas habilitações mínimas exigidas era o 1.º ciclo do liceu, (ii) o curso de auxiliares de enfermagem, com a duração de um ano de ensino técnico e seis meses de estágio, sendo exigida a instrução primária como habilitação mínima e (iii) o curso complementar de enfermagem, com a duração de um ano, para o qual eram exigidas como habilitação mínima o 2.º ciclo do liceu, para além do curso de enfermagem geral e também prática profissional (Araújo, 2005). O plano de estudos dos diversos cursos previa aulas teóricas, práticas e estágios com frequência obrigatória, mas a aprendizagem estava pouco coordenada nos aspetos teórico-práticos. O ensino centrava-se no doente hospitalar, dando ênfase à patologia, às doenças e à sua variedade ou estados patológicos, sendo a prática orientada pela doença (Garcia, 2000).

Em 1965, através da publicação do Decreto-Lei n.º 46448/65 de 20 de julho, é realizada nova reestruturação do Ensino da Enfermagem. O despacho Ministerial de 16 de julho de 1965 introduz como inovação a referência da ligação das ciências sociais às ciências da saúde. O curso de Enfermagem de 3 anos de duração visa a formação de estudantes como técnicos e como

³ Costa-Sacadura (1954). A enfermagem: Missão espiritual pelo amor ao próximo. Sep. “O Médico”. N.º 138, p. 3-22. Tip. Sequeira. Porto.

⁴ Comunicação proferida pela Enf.ª Dinis de Sousa (1983 cit. por Amendoeira 2006, p. 157).

pessoas que lhe permitam ser profissionais competentes, aptos e eficientes em qualquer área da enfermagem de base ao nível: preventivo, curativo e de reabilitação, tanto na área hospitalar, como na área da saúde pública. Para atingir este objetivo, a habilitação mínima de acesso ao curso geral passou a ser o 2.º ciclo do liceu, passando a ser dado maior destaque à disciplina de enfermagem em desfavor dos aspetos essencialmente médicos, ênfase numa pedagogia ativa e participativa, centrada no aluno e na sua aprendizagem com acompanhamento em estágio por monitores das escolas, pretendendo-se uma melhor articulação entre a teoria e a prática (Araújo, 2005).

Em 1967, é criada a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem⁵, destinada especialmente à preparação de enfermeiros para cargos de chefia de serviços de saúde e do ensino da enfermagem (Amendoeira, 2006).

Em 1967, o Decreto-Lei 48.116 de 27 de dezembro cria a carreira de ensino de enfermagem. As escolas oficiais passam a ser tuteladas pelo Ministério da Saúde e Assistência com autonomia técnica e administrativa, sendo a orientação e fiscalização do ensino exercida pela Direção Geral dos Hospitais.

No ano de 1974, com a revolução democrática de 25 de abril, observaram-se transformações em todas as áreas da sociedade. De entre as modificações efetuadas nessa época no ensino da enfermagem, destaca-se a elaboração de um grupo de trabalho para a elaboração de um plano de estudos para um único curso de enfermagem, sendo suspenso o curso de auxiliar de enfermagem. Em 1976, por Despacho da Secretaria de Estado da Saúde, é criado o Curso de Enfermagem com 3 anos correspondendo a 11 meses cada ano letivo. O novo plano de estudos entrou em funcionamento em janeiro de 1977. O seu objetivo máximo era proporcionar aos estudantes uma formação polivalente que lhes permita atuar junto do indivíduo, família e comunidade aos três níveis de prevenção, no sentido de participar no diagnóstico e na solução de alguns problemas de saúde, preparando o futuro enfermeiro para ser um agente de mudança numa perspetiva de um Serviço Nacional de Saúde. A formação em Enfermagem passa a ser inovadora, centrada na saúde, no indivíduo, na família e na comunidade (Garcia, 2000).

⁵ Portaria n.º 22.359 de 22 de fevereiro de 1967.

Em julho de 1987, é publicado o Decreto-Lei n.º 161 de 16 de julho que regulamenta o *Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino da Enfermagem*. Este curso tinha como finalidade capacitar os enfermeiros a assegurarem a administração do ensino da enfermagem a todos os níveis de formação, a administração escolar no âmbito institucional e a gestão educativa no âmbito central. Os temas principais referidos eram: desenvolvimento curricular, gestão pedagógica, história da educação, investigação educacional, psicologia da educação, sociologia da educação, tendências da enfermagem e processos de avaliação e classificação da aprendizagem.

Conforme estava previsto, procedeu-se à avaliação e revisão do plano de estudos de 1977, em 24 de agosto de 1987. O plano de estudos da formação de enfermagem passa a ser organizado à semelhança da formação de nível superior.

Em 1988, é publicado o Decreto-Lei n.º 480 de 23 de dezembro que integra o Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional. É referido no preâmbulo:

“O desenvolvimento do ensino da enfermagem verificado entre nós, ajustado aos padrões internacionais, nomeadamente dos países europeus, e, bem assim, norteado pela busca permanente da melhoria dos cuidados de saúde, determinou a exigência, no que respeita às habilitações mínimas de acesso, de um nível paralelo ao requerido para o ensino superior”.

O Curso de Enfermagem estava então organizado em três anos letivos totalizando 4500 horas. Durante o período teórico, 30% estava destinado a trabalho individual do aluno ou em grupo. O objetivo máximo da reforma então verificada era a formação de Enfermeiros capazes de desempenhar as funções estabelecidas na carreira de enfermagem, em instituições de saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários ou nos cuidados de saúde diferenciados.

A integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional fez-se através do ensino superior politécnico, passando a concretizar-se o reconhecimento das habilitações no espaço comum da educação e principalmente passou a desenvolver-se a disciplina científica e a autonomia pedagógica das escolas de Enfermagem (Nunes, 2003).

Em 1992, os Enfermeiros que asseguravam a docência nas Escolas de Enfermagem transitam para a carreira dos professores do Ensino Superior Politécnico (Decreto-Lei 166 de 5 de agosto de 1992).

Em setembro de 1996, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Este documento veio regulamentar a profissão de Enfermagem. Define as funções autónomas e interdependentes, caracterizando-as essencialmente a partir do processo de cuidados em que o cuidado à pessoa é tido como centro de interesse, sendo promotor de uma identidade socio-profissional dos enfermeiros (Amendoeira, 2006).

Em 1998, é criada a Ordem dos Enfermeiros. No preâmbulo do Decreto-Lei, afirmava-se que esta criação:

“(...) responde a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e discipline a prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”.⁶

Com a publicação da Portaria n.º 799-D/99 de 18 de setembro, é definido que a formação em enfermagem se desenvolve ao longo de quatro anos, atribuindo o grau de licenciado. A enfermagem portuguesa é, assim, uma referência e modelo para os países da Europa, pelo facto de o acesso à profissão ser feito pelo ensino superior (Leonardo, 2005; Amendoeira, 2006).

Toda a formação da saúde faz-se historicamente na universidade, exceto as tecnologias da saúde e a enfermagem. A integração do ensino da enfermagem no subsistema do Ensino Politécnico realizou-se mais pelo âmbito normativo (Amendoeira, 2006). A Enfermagem é hoje uma disciplina do conhecimento em crescente consolidação, com investigação própria que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados, o que se enquadra no conceito do Ensino Universitário (Amendoeira, 2006).

Os progressos tecnológicos no campo da saúde têm sido grandes. A complexidade dos cuidados de enfermagem aumenta, a sociedade modifica-se,

⁶ Decreto-Lei 104/98 de 21 de abril.

a saúde é percebida de uma forma holística. O grupo socio-profissional dos enfermeiros portugueses é de elevado nível de competência, quer no domínio técnico, científico quer relacional e ético. Após um longo percurso, a enfermagem é hoje indiscutivelmente um corpo de saberes com uma autonomia e um método de ensino-aprendizagem predisposto naturalmente a responder com elevada eficácia aos novos desafios do processo de Bolonha. Este resultado foi atingido com o contributo inequívoco dos docentes de enfermagem. Não podemos esquecer que nos últimos anos foi exigido um esforço suplementar às Escolas de Enfermagem no sentido de aumentar o número de candidatos sem por em causa a qualidade da formação dos futuros diplomados. Missão quase impossível.

Pedrosa e Queiró (2005) referem que, para analisar o futuro do ensino superior em Portugal à luz das mudanças mais significativas nos contextos com implicações para a governação das instituições, há que ter presente um conjunto de indicadores como: i) mudança demográfica — o grupo etário dos 18-24 anos poderá passar de 1.153.163 jovens em 1995 para 774.469 em 2020, representando uma diminuição de 378.694 indivíduos, correspondendo a 35%; ii) altos níveis de frequência do ensino superior no grupo etário dos 18-24 anos, comparados com a baixa qualificação da população adulta; iii) obrigatoriedade de frequência do ensino secundário, prevista para 2010; iv) o fim de um ciclo em que um grande empregador do recém-licenciado, o Estado (Educação, Justiça, Saúde, Administração Central e Local), pelo menos com a mesma amplitude demonstrada nos últimos anos; v) o nível insatisfatório de qualificação do pessoal docente do ensino superior e as exigências de requalificação do pessoal docente dos outros níveis do sistema educativo; vi) a tendência para a diversificação de financiamento e crescente atenção ao orçamento e contas; vii) as novas exigências associadas ao contexto económico, social e geopolítico da nação portuguesa.

Historicamente, Portugal apresentou, sistematicamente, níveis de “analfabetismo situado” que, segundo Neves (2005), é o mais pernicioso de todos os analfabetismos. Segundo este autor, nos finais do século XIX ser analfabeto era não saber ler, escrever e contar, ou não ter frequentado o ensino primário, mas nos finais do século XX ser analfabeto é não possuir o ensino secundário; finalmente, à entrada para o século XXI ser analfabeto é não ter concluído um curso de nível superior.

De 1970 a 2003 em Portugal, a população estudante do ensino superior aumentou sete vezes, passando de 50.000 estudantes para 388.291 (Simão, 2003, p. 198). Pela análise dos dados estatísticos da Direção Geral do Ensino Superior, verifica-se que, de 1990 até ao ano de 2003, existe um acréscimo anual, em média, de 6,5% de estudantes a frequentarem o ensino superior. No período compreendido entre o ano letivo de 2003/2004 e 2005/2006, a taxa de estudantes diminuiu aproximadamente 2,4%. No ano letivo 2006/2007 verificou-se novamente uma subida considerável de estudantes a frequentarem pela primeira vez o ensino superior. Não é menos relevante e esclarecedor compreender a evolução do nível de escolarização da população portuguesa. No ano de 1981, apenas 2,6% da população portuguesa tinha formação superior, número que quadruplicou nos vinte anos seguintes, atingindo em 2001 o valor de 10,6%, como referem Pedrosa e Queiró (2005), sendo mesmo o nosso país aquele que apresentou maior crescimento em comparação com os restantes países da Europa, mas insuficiente para compensar o atraso que persegue Portugal (Correia e Mesquita, 2006).

Porém, apesar de os números mostrarem uma tendência positiva na escolarização superior da população portuguesa, o grande atraso do País, no domínio da educação e indicadores de performance educativa, está longe de estar superado e pode avaliar-se bem se olharmos para os indicadores atuais à luz das situações em países com quem competimos e cujo espaço geopolítico é o nosso. Analisando os dados fornecidos pela OCDE em 2002, verifica-se que os níveis de escolarização da população portuguesa com idade compreendida entre 25 e 64 anos, quatro vezes inferior à média, traduzem de maneira inequívoca o nosso atraso. Assim, analisando e comparando os níveis de escolarização no ensino terciário do nosso país, para o grupo etário dos 25-64 anos, constata-se que os nossos índices atingem o vigésimo oitavo lugar no ranking dos trinta países que constituem a OCDE em 2003 (Pedrosa e Queiró, 2005, p. 45). No que concerne à população com idades compreendidas entre 55 e os 64 anos, Portugal, em 2003, surge em último lugar no contexto dos países da OCDE com 5,6%, para uma média dos restantes países de 17,3%. Países como o Canadá e os EUA atingem valores superiores a 30% para esta mesma faixa etária (Correia e Mesquita, 2006, p. 157).

O nosso país encontra-se, então, com um duplo problema. Se, por um lado, há necessidade de uma maior escolarização de nível superior da população

promovendo a massificação, por outro, tem de combater as consequências negativas dessa mesma massificação de estudantes no ensino superior.

As expectativas de novos públicos na procura do ensino superior, nomeadamente aos adultos numa perspetiva de formação contínua, de formação avançada, diga-se de formação ao longo da vida, reflete de imediato a importância de uma aprendizagem auto dirigida com escassa disponibilidade de um ensino presencial, conduzindo a novas fórmulas de ensino semipresencial que facilitem e dinamizem o trabalho autónomo (Simão, 2003).

A diferente caracterização dos estudantes, jovens e adultos que recorrem ao ensino superior levou a que as instituições diversificassem as suas ofertas de formação: novos cursos de mestrado, doutoramento, de especialização de curta duração e, ainda, de adultos que desejem retomar os estudos. Assim, estas mudanças estruturais e funcionais que se verificaram recentemente no acesso ao ensino superior tiveram uma clara e evidente transformação no trabalho dos docentes do ensino superior. As instituições de ensino da enfermagem fazem agora um esforço de adaptação na organização curricular e adequação das práticas pedagógicas oferecidas aos novos públicos.

Neste contexto, o Processo de Bolonha, constitui assim uma solução e uma oportunidade de desenvolvimento do ensino superior e da população que dele se serve. Assim, os docentes devem assegurar uma imagem de credibilidade da instituição a que pertencem e do ensino em geral, pela qualidade científica e pedagógica, relacional e humana e os estudantes devem ser preparados a serem mais autónomos no seu processo de aprendizagem ao longo da vida, tendo em conta os aspetos de continuidade, transversalidade e transferibilidade de competências (Chaves, 2007; Santos, 2008).

Não é exequível o controlo rigoroso da grande quantidade de variáveis e circunstâncias que afetam o desenvolvimento do ensino de enfermagem e a consolidação dos seus efeitos. Ensinar, como refere Zabalza (2003), implica pôr os conhecimentos suficientes sobre a lógica e sobre as condições que afetam positivamente ou negativamente o seu desenvolvimento. Estamos certos que o tema qualidade da formação em enfermagem vai continuar a estar na ordem do dia, permitindo aos docentes refletir e rever as suas práticas e vivências pedagógicas, redesenhar currículos, inovando e elevando ainda mais o nível do seu desempenho como profissionais da docência em enfermagem.

A formação em enfermagem esteve sempre ligada ao contexto do trabalho, dado o caráter essencialmente prático da profissão. A formação em alternância como estratégia pedagógica, segundo Araújo (2005), possibilita transpor para o contexto real de trabalho as aprendizagens teóricas e teórico-práticas adquiridas em contexto escolar, no sentido de minorar as dificuldades de aproximação da escola ao contexto da prática e “(...) *concomitantemente, de pedagogizar as aprendizagens e vivências nos locais de estágio*” (Araújo, 2005, p. 163).

A pedagogia do ensino da enfermagem é hoje uma realidade. Segundo Polletti (1983, *cit. por Santos, 2000, p. 90*), quer na sala de aula, quer na prática clínica, os professores de enfermagem devem ser peritos da aprendizagem, devem ensinar os estudantes como aprender, como pensar criticamente, como encontrar significado dos elementos presentes na prática. Perfilhamos da opinião de Abreu (1971) que oportunamente referiu “(...) *ensinar não é apenas expor, mas aprender não é apenas estudar*”.

Espera-se dos estudantes e futuros enfermeiros um espírito aberto, uma capacidade de aprender e transformar os seus conhecimentos na prática quotidiana. Espera-se dos docentes de enfermagem a mesma coisa. O caminho, na nossa opinião, será a formação pedagógica de qualidade dos (nos) docentes de enfermagem. Existe uma diferença substancial nos efeitos e nos resultados formativos entre um bom e um mau ensino (Bento, 1997; Zabalza, 2003).

Estamos certos que a empregabilidade dos futuros enfermeiros, a sua capacidade de adaptação à mudança e o desenvolvimento de comportamentos profissionais adequados, dependem naturalmente da qualidade das suas vivências no processo de ensino aprendizagem promovido pelos docentes.

Referências Bibliográficas

Abreu, M. V. (1971). Tradição e inovação do ensino superior em Inglaterra. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 5(1), 97-128.

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem: A segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau.

Araújo, B. R. (2005). *Vivências, satisfação e rendimento académico em estudantes de enfermagem*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto.

Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem: Que identidade?* Lisboa: Fim de Século.

Chaves, M. C. (2007). *Vivências pedagógicas de qualidade no ensino superior: A opinião dos docentes de enfermagem em análise*. Dissertação de Mestrado (no prelo), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Correia, A. M. R. & Mesquita, A. (2006). *Novos públicos no ensino superior: Desafios da sociedade do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.

Garcia, E. M. (2000). A escola de enfermagem no ensino superior politécnico: Perspectiva dos seus estudantes. In G. Mestrinho *et al.*, *Formação em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 129-173). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Leonardo, D. M. (2005). *O Tutor: Que competências?* Dissertação de Mestrado (não publicada), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Neves, F. S. (org.) *et al.* (2005). *Quem tem medo da Declaração de Bolonha?* Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Pedrosa, J. & Queiró, F. (2005). *Governar a universidade portuguesa, missão, organização, funcionamento e autonomia*. Lisboa: FCG.

Santos, J. C. M. (2008). *Orientações motivacionais e estratégias de aprendizagem no ensino superior: contributos para a compreensão da assiduidade às aulas dos estudantes de enfermagem*. Dissertação de Mestrado (não publicada), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Simão, J. V., Santos, S. M. & Costa, A. A. (2003). *Ensino superior: Uma visão para a próxima década* (2.ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: APE.

Zabalza, M. A. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario: Calidad y desarrollo profesional*. Madrid: Narcea.



EVOLUÇÃO DO ENSINO DAS AULAS PRÁTICAS LABORATORIAIS EM ENFERMAGEM

VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO*

Em Portugal o ensino da Enfermagem seguiu um percurso muitas vezes sinuoso, outras de conflito, ainda que conservando aquele que era o exercício das práticas, sendo por isso difícil entendê-lo fora da ligação entre prática e ensino, uma vez que, estão relacionados entre si.

Os saberes práticos são fundamentais à teoria *“porque a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega”*, refere Rebelo (1996, p. 16), afirmação que é essencial para compreender a evolução do ensino das aulas práticas em Enfermagem, conjugando aqueles que são os saberes práticos que advêm da experiência e aqueles que são os pressupostos teóricos subjacentes.

Um longo caminho foi percorrido desde há mais de um século, altura em que se criou o primeiro Curso e Escola de Enfermagem, até à sua integração no sistema educativo nacional.

Ficou evidente que a enfermagem se foi afirmando ao longo do século XX por referência à instituição hospitalar, onde a sua história, como reforça D’Espiney (2008) se enraíza profundamente. Neste contexto, a imagem da enfermeira nos hospitais, como auxiliar do médico e como guardiã da instituição tornou-se, durante anos, estruturante da identidade social deste grupo.

* Assistente/Equiparada da ESEnC.

Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, importa considerar, como evidencia Serra (2008), como os fenómenos estruturais de ordem macrosociológica afetam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e o papel que é atribuído a estes mesmos estudantes de enfermagem.

Os processos históricos associados à evolução da profissão de Enfermagem e do seu ensino revelam-nos que no início do século XX as escolas não dispunham de regulamentação própria sendo consideradas parte integrante dos hospitais e, conseqüentemente, sem qualquer autonomia, pelo que, os estudantes de enfermagem se poderiam converter em empregados do hospital sem que, contudo, tivessem direito a remuneração.

O ensino teórico que inicialmente era da responsabilidade dos médicos, passou posteriormente a ser também operacionalizado por enfermeiros. Em relação ao ensino prático, a aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas sem qualquer orientação e relação com os conhecimentos teóricos. É na segunda metade do século XX que, como relembra D'Espiney (2008), o ensino prático começa a ser valorizado como espaço de aprendizagem para o qual eram disponibilizados recursos humanos qualificados e recursos físicos e materiais adequados. A partir da década de 70, a filosofia educativa já percebe o estudante de enfermagem como um ser em construção, de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, abandonando o papel de mero executador de tarefas determinadas externamente.

A integração da Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, com a formação de bacharéis em Enfermagem, a criação de Licenciaturas e a agregação de várias escolas às Universidades, foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e abriu as portas para a investigação e a produção de conhecimento específico. De facto, o aumento das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros e dos processos de conhecimento sobre a Enfermagem, bem como a criação da Ordem dos Enfermeiros foi um contributo decisivo para o desenvolvimento do ensino e da prática de enfermagem, assim como para um maior reconhecimento social da profissão.

Atualmente, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se, como menciona Serra (2008), no contexto teórico/teórico-prático na escola e em ensino

clínico, nos contextos de prestação de cuidados. O mesmo autor adverte que o contexto teórico, mais académico, possibilita as aprendizagens que se podem fazer exteriormente à situação do exercício profissional. Por seu lado, os ensinamentos clínicos, realizados em Unidades de Saúde, apresentam-se como os locais privilegiados de contacto com a prática profissional que ocorre de forma acompanhada.

O surgimento de uma prática de enfermagem organizada, ensinada de modo sistemático no mundo, viveu basicamente dois momentos significativos para a construção como uma profissão, ou seja, os cuidados prestados às pessoas doentes e feridos de guerra, antes e depois de Florence Nightingale. A saber, até Florence, uma prática puramente empírica, intuitiva, fundamentada no senso comum; depois de Florence, uma prática sistematizada e possível de ser ensinada, desde que fossem seguidos os fundamentos metodológicos característicos da ciência da investigação, e reflexão.

O ensino de enfermagem em Portugal, passou por diversas fases de desenvolvimento ao longo dos anos, tendo como principal agente causal de cada mudança o contexto histórico da enfermagem e da sociedade. Consequentemente, e não esquecendo as vicissitudes, o perfil do enfermeiro apresenta significativas mudanças no decurso das transformações no quadro político-económico-social da educação e da saúde em todo o mundo.

Os processos educativos procuram a passagem do estado de desconhecimento relativo para um estado de conhecimento capaz de transformar a realidade.

Houve a necessidade de mudanças no ensino/aprendizagem de acordo com as exigências encontradas em cada época. As mudanças continuadas na nossa sociedade e nas políticas de saúde são fatores determinantes para a construção do ensino de enfermagem e formação de profissionais.

Relativamente à formação em enfermagem, fala-se desde há muito no desencontro entre a teoria e a prática e alguns autores, como Espadinha (1997) e Franco (2000), apontam algumas razões, nomeadamente:

- A dicotomia escolas serviços ou entre a imagem transmitida pelos livros e pelas aulas e a realidade das enfermeiras, com toda a complexidade da situação de uma pessoa única;

- O modelo tradicional de evolução que vigora nas escolas de enfermagem, onde não se valorizam os conhecimentos e vivências pessoais e profissionais dos estudantes;
- O afastamento dos enfermeiros docentes da prática clínica e a desvalorização dessa mesma prática, o que contribui para um ensino desinserido da realidade.

Duas décadas separam estes autores da atualidade. Muita coisa mudou, mas há, por certo, muito mais a fazer. A vivência atual confronta-nos para que diariamente se tenha que estar em consonância com a realidade sistémica vivida nas escolas de enfermagem e na prática, sendo que, atualmente, as escolas de enfermagem são de facto um motor na sociedade.

De salientar que, apesar da importância que estas revelam, tem havido, por parte dos enfermeiros, questionamentos quanto à aplicabilidade da teoria na prática. É muito frequente ouvir os profissionais falarem nas dificuldades de operacionalização da teoria na prática no âmbito da prestação de cuidados profissionais. Ainda na prática docente, temos vindo a entender que a aplicação da teoria numa situação real de cuidados, surge no processo de formação dos estudantes. Contudo, é notório que cada vez mais há uma tentativa de aproximação da triangulação docente/escola com estudante e profissional/ensino clínico.

Todavia, é essencial ter consciência que a prática de enfermagem não é apenas o executar a técnica, mas também saber o porquê, como e resultados dessa mesma técnica, e assim sendo, é fácil perceber que a teoria pode e deve ser usada por todos os profissionais de forma a poderem melhorar e orientar a sua prática.

Diante da problemática em torno do desencontro entre teoria e prática torna-se, pois, de extrema relevância que elas sejam analisadas quanto à sua utilidade, entendendo que, sem a existência concreta de uma relação entre teoria e prática, as teorias tendem a transformar-se em mera abstração intelectual, tal como referem Almeida, Lopes e Damasceno (2005).

Na conceção de cuidados, os estudantes e profissionais enfermeiros necessitam de mobilizar um conjunto de recursos, como os padrões fundamentais de conhecimento mencionados por Abreu (2007, pp. 41-42), nomeadamente:

– **o empírico:** *a ciência de enfermagem, os seus objetos de atenção, as estratégias de ancoragem;*

– **o estético:** *«a arte de enfermagem», o conhecimento pessoal — que diz respeito à qualidade dos contactos interpessoais, personalização e individualização dos cuidados;*

– **o ético:** *a componente do conhecimento moral em enfermagem;*

– **o processual:** *linguagem profissional; conhecimentos sistemáticos e assistemáticos que permitem mediar o diagnóstico e a ação, adaptadas a situações sempre renovadas, sem se constituírem em princípios explícitos;*

– **o relacional:** *relação e interações com a pessoa ou grupos humanos;*

– **o cultural:** *conhecimentos que permitem ao enfermeiro compreender a forma como os indivíduos vêm, sentem e pensam o seu próprio mundo;*

– **o tácito:** *é um conhecimento adquirido na prática, que se manifesta na espontaneidade, não sistematizado. É um conhecimento que se expressa na execução de uma dada tarefa, sem ter a necessidade de uma reflexão prévia. São em grande parte intuitivos.”*

A formação é, então, segundo J. M. Dias (2004), um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e constante atualização e adaptação que estas exigem).

Assim, pode-se entender a importância e a conformidade que deve existir relativamente às expectativas da sociedade perante as instituições e o que na verdade estas fazem (Concha e Bertoni, 2007).

Durante décadas, o treino e desenvolvimento de competências técnicas aconteciam nas próprias pessoas doentes e, por vezes, com recurso a elementos rudimentares, fruto do reduzido desenvolvimento técnico e de uma diferente compreensão ética da pessoa humana. Não existiam laboratórios

ou tecnologia que permitisse aos estudantes praticarem além do imaginário, como por exemplo, as injeções intramusculares numa almofada.

Mas, felizmente, muito se evoluiu nestas áreas, especialmente nas duas últimas décadas.

Ao longo dos tempos a nossa sociedade tem sofrido imensas mudanças e transformações em todos os setores. As transformações tecnológicas em especial no campo da saúde são das mais evidentes, exigindo dos seus profissionais novas competências, pensamento crítico e habilidades para tomada de decisões.

As intervenções de enfermagem também sofreram inúmeros impactos em diversos contextos, nomeadamente, na avaliação clínica do doente que até há poucas décadas era atribuída exclusivamente ao médico. Atualmente, é também desenvolvida pela enfermagem, embora com finalidades distintas.

Assim, deve haver um contributo teórico para todos os que estão envolvidos no processo educativo e preocupados com as questões do ensino e da aprendizagem. A reformulação e descontinuidade dos velhos métodos e processos pedagógicos supõe uma crítica e auto-crítica daquilo que se faz, da forma como se faz e, simultaneamente um interesse permanente, pela atualização teórica que constitui sem duvida, o fundamento das práticas pedagógicas.

Neste caminhar, as estratégias de ensino e aprendizagem foram diversificando, cooperando na busca de tais propósitos, sendo algumas delas também oriundas desse desenvolvimento tecnológico, associadas ou não a modelos de ensino e aprendizagem. Faz parte do ensino o desenvolvimento da capacidade de perceção mais apurada e da tomada de decisão rápida e fundamentada.

Perante toda a nova tecnologia, destaca-se a simulação, um método interativo de aprendizagem de teorias, modelos de avaliações, tecnologias, habilidades e raciocínio clínico.

A simulação vem sendo adotada como estratégia de ensino já há alguns anos. Os primeiros modelos eram estáticos (manequins completos ou partes) usados para a aquisição de conhecimentos ou habilidades de procedimentos

específicos (Schoening, Sittner e Todd, 2006). Estes são os simuladores designados de baixa fidelidade, os *Low-Fidelity Technologies* que são modelos que não respondem às intervenções ou são incapazes de ser alterados em tempo real para criar uma resposta.

Atualmente, com recursos para aquisição de habilidades mais complexas como as técnicas invasivas desenvolvidas por enfermeiros em unidades destinadas a doentes em situação crítica, conta-se com recentes tecnologias. Exemplo disso são os simuladores com programas informáticos acoplados, que reportam situações clínicas sensíveis às respostas dos aprendizes, com respostas fisiológicas, levando-os a identificarem dados, fazerem julgamentos, intervirem e observarem a adequação ou não dos resultados (Rauen, 2004). Por outro lado, e não menos importante, deve-se realçar a oportunidade que estes simuladores proporcionam para aprender a cuidar sem provocar riscos e/ou danos à pessoa (Sasso e Souza, 2006) e ainda propiciando uma avaliação mais aprofundada dos estudantes, complementando o ensino prático com melhor avaliação cognitiva.

A grande vantagem de ir para além dos simuladores de baixa fidelidade prende-se sobretudo com a necessidade de o estudante de enfermagem ser capaz de realizar intervenções, por sua decisão, após avaliação do “doente”, envolvendo-se assim na resolução de um cenário. O treino de habilidades específicas é fundamental, mas é na resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, que os enfermeiros consolidam os seus saberes e desenvolvem as capacidades de juízo crítico e tomada de decisão, assim como as necessárias competências técnicas, relacionais e éticas (Martins, 2009). Especialmente no que se refere ao julgamento clínico e à tomada de decisão, as competências éticas devem também ser desenvolvidas (Martins, 2007; Martins, 2009), sendo a simulação um momento privilegiado para esta aprendizagem.

Cabe lembrar que a avaliação dos alunos relativamente à aplicação de tais estratégias tem sido favorável, considerando-as mais realistas, reduzindo o tempo de execução do procedimento em situação real e os receios de fazê-lo diretamente nos doentes. Destaca-se ainda, a oportunidade de praticarem em ambiente seguro antes da intervenção em situação clínica (Reilly e Spratt, 2007).

Contudo, devo realçar que há expectativas de avanços tecnológicos mais sofisticados como se tem vindo a verificar. Dessa forma, a enfermagem sofrerá mudanças, em consequência do impacto de tais tecnologias no processo ensino aprendizagem. Cabe aos docentes e às Instituições de Ensino prepararem-se para os novos desafios, já presentes, na condução do processo de formação de profissionais na área de enfermagem.

Por fim, diferentes formas de tecnologia podem ser ferramentas importantes na aprendizagem em enfermagem. De acordo com Ziv *et al.* (2003), a simulação oferece vantagens adicionais sobre a prática tradicional de ensino, como:

- Aprendizagem segura e ética, sem danos para o doente;
- Treino direcionado ao problema académico;
- Possibilidade de repetições de procedimentos sem exposição do doente;
- Oportunidades de uma segunda opinião;
- Diminuição no custo do atendimento.

A simulação em Portugal está muito pouco estudada e desenvolvida. Mas tem vindo a revelar-se, em várias partes do mundo, como uma estratégia com francos resultados positivos para os estudantes, permitindo prever e antecipar situações, assim como treinar as várias intervenções necessárias. Permite ainda integrar os conhecimentos teóricos com a aplicação prática, sempre sem quaisquer riscos ou danos para doentes reais, bem como, que aprendam sem correr os riscos que podem surgir como consequência de condutas erróneas. Para além da preocupação com a promoção da segurança nos cuidados à saúde, a simulação pode ainda minimizar os gastos elevados no tratamento de doentes que sofreram algum tipo de dano na assistência de saúde numa primeira abordagem.

Fora de Portugal, nomeadamente no Brasil, Estados Unidos da América e alguns países do norte da Europa já existem alguns estudos efetuados que, de facto, comprovam a importância da simulação em contexto de ensino-aprendizagem, não só para estudantes como também para profissionais de saúde, com inúmeros ganhos para os diversos atores (Jeffries, 2007; Stakweather, Kardong-Edgren e Ward, 2008; Campbell e Daley, 2009),

especialmente pela aprendizagem continuada e permanente reflexão e atualização. O desenvolvimento do conhecimento e competências para o juízo crítico e estabelecimento de prioridades, tomada de decisão, realização das ações acertadas, trabalho de equipa e correção de erros sem os efeitos adversos de tais erros no doente são também fatores apontados por diversos autores (Kardong-Edgren, Stakweather e Ward, 2008 e Stakweather e Kardong-Edgren, 2008). Os estudos de Smith e Roehrs (2009) e Sinciar e Ferguson (2009), realizados a partir de amostras de estudantes revelam que existem ganhos para os estudantes ao nível da satisfação e da auto-confiança.

Apesar deste incremento na utilização da simulação de elevada fidelidade no ensino de enfermagem, ainda continuamos a desenvolver práticas simuladas mais na base da história e experiências passadas do que assentes em evidências científicas, existindo na literatura de enfermagem poucos estudos de investigação a este nível.

Por outro lado, sendo a utilização destas tecnologias recente, tendemos a seguir o caminho mais simples, utilizando os materiais e dispositivos pedagógicos desenvolvidos por outros, mas, quantas vezes, sem que esses materiais tenham sido devidamente validados ou tendo-o sido em contextos culturais, profissionais e pedagógicos francamente diferentes dos nossos.

Estes fatores abrem campos de investigação para os docentes que se interessam por esta dimensão do ensino. Para uma utilização mais estruturada e fundamentada da simulação de elevada fidelidade no ensino de enfermagem, devemos fazer o esforço para desenvolver os nossos próprios dispositivos e materiais (materiais pedagógicos) e acompanhar a sua utilização com investigação, instituindo uma economia de custos e do conhecimento. Só com os resultados dessa investigação poderemos adequar as estratégias e metodologias ao contexto cultural e grau de desenvolvimento dos estudantes, assim como pensar e desenvolver as medidas corretivas no sentido de envolver os docentes e estudantes para que se obtenha o máximo partido da simulação.

O desafio na formação precisa transpor o foco dos interesses do mercado de trabalho e inserir efetivamente o futuro enfermeiro no sistema de saúde, comprometido com as transformações exigidas pelo exercício da cidadania.

Tendo em conta todo o desenvolvimento tecnológico e sobretudo a exigência que cada vez mais a sociedade impõe nos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra tem, desde 2008, um moderno Centro de Simulação (figura 1), equipado com os mais modernos equipamentos audiovisuais e simuladores, apresentando espaços, materiais e equipamentos semelhantes aos contextos práticos das várias Unidades de Saúde.



FIG. 1. Centro de Simulação.

A aposta da Escola em ter infraestruturas em número e qualidade suficientes para o treino de competências dos seus estudantes, prende-se sobretudo com aquilo que está definido na sua missão: ser *"uma instituição pública de referência nacional e internacional, reconhecida pela sua qualidade e capacidade de inovação, com intervenção no sistema de saúde e na comunidade. É constituída por uma comunidade educativa comprometida com a formação humanista, científica, técnica e cultural, de profissionais socialmente reconhecidos; com a promoção de investigação acreditada, a difusão de conhecimentos e a prestação de serviços"* Plano Estratégico (2008, p. 4).

O Centro de Simulação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra veio completar a capacidade de resposta às necessidades dos estudantes, no que se refere ao treino e aquisição de competências, juntando-se aos vários laboratórios já existentes, especialmente pensados e desenvolvidos para o treino de habilidades específicas. Pode-se mesmo afirmar que o Centro de Simulação vem valorizar os Laboratórios que já existiam, assim como as práticas neles desenvolvidas, na medida em que a comunicação, o trabalho em equipa, a tomada de decisão e o juízo clínico saem favorecidos quando, a montante, existiu um bom trabalho no desenvolvimento das habilidades específicas.

A moderna Escola de Enfermagem de Coimbra é uma organização preocupada com a dimensão prática do ensino que ministra, onde o que está em causa não é simplesmente ensinar os seus enfermeiros a “fazer”, mas onde também interessam os processos de tomada de decisão, a capacidade de adequação do fazer, às características da situação e do ambiente, a integração da dimensão teórica na execução prática de um cuidado e, sobretudo, a centralidade dos cuidados em cada pessoa humana.

O futuro avizinha-se promissor no que concerne às estratégias a adotar para a melhoria contínua dos cuidados prestados e será o resultado na nossa capacidade em equilibrar necessidades, possibilidades e expectativas. Da consolidação de sinergias e da corresponsabilização de todos os intervenientes resultarão ganhos no Ensino e em Saúde.

Referências Bibliográficas

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

Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(2), 202-210.

Campbell, S. & Daley, K. (2009). *Simulation scenarios for nurse educators: Making it real*. New York: Springer.

Concha, J. & Bertoni, S. (2007). Currículo por competências en el postgrado de enfermería. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 25(2), 122-129.

- D'Espiney, L. (2008). Enfermagem: De velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 6, 7-29.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.
- Espadinha, A. & Reis, M. (1997). A colaboração escola-serviços. *Nursing*, 114, 31-34.
- Franco, J. J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 32-49.
- Jeffries, P. (2007). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation*. Broadway: National League for Nursing.
- Kardong-Edgren, S., Starkweather, A. & Ward, L. (2008). The integration of simulation into a clinical foundations of nursing course: student and faculty perspectives. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-16.
- Martins, J. (2009). "Actuação do enfermeiro no sector de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências". In Mallagutti, W. & Cardoso, C., *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175-189). Rio de Janeiro: Rubio.
- Martins, J. (2007). Autonomia do doente em contexto de urgência/emergência. *Revista Portuguesa de Bioética*, 2, 195-206.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2008). *Plano estratégico 2009-2013: Desenhar o futuro com todos — síntese*. Coimbra: ESENFEC.
- Rauen, C. A. (2004). Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery cardiovascular surgery. *Critical Care Nurse*, 24(3), 46-61.
- Rebelo, M. T. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, 9, 13-18.
- Reilly, A. & Spratt, C. (2007). The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: A case report from the University of Tasmania. *Nurse Educ Today*, 27(6), 542-50.
- Sasso, G. & Souza, M. L. (2006). A simulação assistida por computador: A convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 231-239.
- Schoening, A. M., Sittner, B. J. & Todd, M. J. (2006). Simulated clinical experience: Nursing students' perceptions and the educators' role. *Nurse Educator*, 31(6), 253-258.

Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências de Educação*, 5, 69-80.

Sinclair, B. & Ferguson, K. (2009). Integrating simulated teaching / learning strategies in undergraduate nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 6(1), article 7.

Smith, S. & Roehrs, C. (2009). High-fidelity simulation: Factors correlated with nursing students satisfaction and self-confidence. *Nursing Education Perspectives*. 30(2), 74-78.

Stakweather, A. & Kardong-Edgren, S. (2008). Diffusion of innovation embedding simulation into nursing curricula. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 5(1), article 13.

Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D. & Glick, S. — Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Academie Medicine*, 78(8), 783-788.



ENSINO CLÍNICO: PERSPETIVA DO ESTUDANTE FACE AO SEU PROCESSO DE APRENDIZAGEM

ANA MARIA PERDIGÃO*

ANA PAULA ALMEIDA*

FERNANDO JOSÉ GAMA*

A aprendizagem numa perspetiva cognitivo-construtivista, e como Tavares e Alarcão (1990) descrevem, é uma construção pessoal resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se manifesta por uma modificação de comportamento relativamente estável. Como John Dewey afirmou: “Nós não aprendemos com a experiência... aprendemos refletindo sobre a experiência”.

No âmbito da orientação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem e, tendo acompanhado com interesse o Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem, enquanto atividade formativa dos estudantes, esta realidade motivou-nos algumas reflexões e preocupações e, de algum modo, inspirou-nos a realização deste estudo.

Ponderar então sobre esta realidade (aprendizagem em contexto real) e “auscultar” os estudantes sobre a perspetiva que têm da sua aprendizagem, conduziu-nos à finalidade central que orienta este trabalho: analisar o conteúdo de narrativas dos estudantes, tendo por base o Instrumento de Avaliação do Ensino Clínico.

¹ Assistente Convidado da ESEnfC.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de carácter descritivo, sobre a perspetiva do estudante face ao seu processo de aprendizagem. A estratégia utilizada para a colheita de informação foi uma narrativa à qual foi feita a respetiva análise de conteúdo.

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro partes: na primeira parte damos a conhecer o propósito deste estudo; na segunda parte faremos a abordagem a alguns elementos teóricos que fundamentam a questão de partida; na terceira parte, será apresentada e discutida a informação em análise; finalizamos o nosso trabalho com uma exposição sumária das principais conclusões que poderão servir como espaço de reflexão do que é valorizado em termos de aprendizagens em ensino clínico pelos estudantes e, também, sobre quais as implicações para a prática.

Desde sempre que o ensino clínico faz parte da vida da Enfermagem enquanto profissão e é essencial para a formação do estudante de Enfermagem, continuando por isso a ser valorizado no Plano de estudos dos Cursos de Enfermagem.

Este Ensino Clínico, vulgarmente designado por estágio é, na perspetiva de Martin (1991), “Um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho”. Para Vasconcelos (1992) “Os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do ponto de vista de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessário”.

O ensino clínico de um estudante numa unidade hospitalar, constitui um marco fundamental na sua formação e mesmo na preparação para a sua entrada no mundo profissional.

Este deve, ainda, assegurar experiências significativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desenvolvimento autónomo e eficaz destes futuros profissionais (Alarcão e Tavares, 2003).

Na formação de Enfermagem o Ensino Clínico é encarado como situação de aprendizagem que permite a descoberta da complexidade e riqueza prática que se pretende ensinar (Benner, 1989 citado por White e Ewvan (1997), e enquanto processo, constitui uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde (Abreu, 2003). A sua grande riqueza está nas oportu-

nidades de aprendizagem, pelo contacto direto com as equipas de saúde e com as pessoas em contexto específico da prestação de cuidados, que se revelam estruturantes.

O Ensino Clínico deve ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida.

A reflexão é uma forma de processamento mental, uma forma de pensar, usada com um propósito, o de transformar conhecimento em compreensão. O valor da reflexão na aprendizagem, reside na sua capacidade de ajudar os estudantes a clarificar os seus pensamentos.

Tornar acessível aos estudantes a prática reflexiva, permite-lhes serem mais conscientes dos seus próprios objetivos de aprendizagem e portanto promover uma aprendizagem criticamente reflexiva mediante a reflexão sobre a prática assim como aprender com a sua própria aprendizagem (Brockbank e McGill, 2002).

Neste sentido a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra adotou um modelo de formação em que a aprendizagem é centrada na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências: aprendizagem pessoal que orienta para a criatividade, a elaboração e o desenvolvimento de um projeto-modelo centrado no desenvolvimento individual e também centrado na capacidade de análise e de crítica.

A formação dos estudantes deve ter em conta um perfil de competências que contenha o saber teórico imprescindível à prática profissional, mas que deve ter em conta uma “ferramenta” importante que é a reflexão sobre o saber-ser e o saber-estar consigo e com os outros, de forma a garantir um agir ético-profissional.

O processo de desenvolvimento do estudante em Ensino Clínico constitui um processo de transição que requer que o estudante interiorize o novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social (Meleis, 1997 citada por Abreu, 2008).

Aprender implica também o desenvolvimento de atitudes adequadas, em particular uma atitude positiva face ao objeto de aprendizagem.

Esta narrativa foi utilizada para favorecer no estudante a consciência dos seus processos de aprendizagem estimulando a autorreflexão e narração de acontecimentos, sentimentos e sensações.

Esta pesquisa foi realizada através de uma abordagem de natureza qualitativa de carácter descritivo, no período entre 1 de março e 14 de maio de 2010, envolvendo 16 estudantes do 4.º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a realizar o ensino clínico de Fundamentos de Enfermagem, nos serviços de Cardiologia A, Cardiologia B e Cirurgia II Homens dos Hospitais da Universidade de Coimbra. O procedimento desenvolvido para a obtenção dos dados foi igual para todos os estudantes: foi solicitada, na última semana de ensino clínico, a elaboração de uma narrativa, tendo por base o instrumento de avaliação dos ensinamentos clínicos (por competências de desenvolvimento pessoal, clínicas, psicossociais e ético-deontológicas, discriminando as capacidades em avaliação, que permitem a aquisição das referidas competências) e, onde cada um fazia uma reflexão sobre a sua aprendizagem partindo das suas experiências individuais e coletivas.

Realizada a análise de conteúdo das dezasseis narrativas, tendo por base o instrumento de avaliação do ensino clínico e como instrumento auxiliar um documento, construído para ajudar a avaliar os estudantes (operacionalização das 36 capacidades que constituem o instrumento de avaliação do ensino clínico), pelo grupo de Professoras: Dionísia Loreto, Isabel Marques, Joana Fabião e Maria de Lurdes Almeida.

Apresentamos seguidamente os dados que achamos elucidativos da perspectiva dos estudantes em relação à sua aprendizagem, relativamente à aquisição das competências em avaliação.

COMPETÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Iniciativa

Em Enfermagem as práticas clínicas e as competências exigem do profissional um grau de responsabilidade acrescido pelo facto de lidar quotidiana-

mente com vidas humanas e estas poderem estar em risco. Para Mestrinho (1997), as vivências iniciais dos estudantes são ainda mais intensas devido à sua inexperiência profissional. Assim sendo, todas as suas vivências são períodos de descoberta, com situações e responsabilidades em tudo semelhantes às do trabalho futuro que condicionam a sua iniciativa. O docente deve fazer uma reflexão de forma a desenvolver um processo de integração específico ao nível do trabalho nas equipas de Enfermagem. Geralmente, os estudantes, neste primeiro contacto com a realidade, apresentam reações de choque que os impedem de desenvolver as suas capacidades. Por outro lado, os profissionais muitas vezes esperam uma prontidão que, de todo, não pode ser exigida neste processo de aprendizagem, provocando muitas vezes fragilidades e inquietudes nos estudantes. Estes sentimentos estão muitas vezes presentes no ensino clínico, como narram alguns estudantes:

“(...) tomo iniciativa para realizar alguns procedimentos, procuro estar sempre atenta quando surge a oportunidade de ir receber algum doente após o exame, poder fazer ensinamentos, avaliar sinais vitais, observar o penso” P3.

“(...) quando tenho oportunidade de realizar algum procedimento mostro-me disponível” A11.

“(...) em relação à autonomia e iniciativa posso considerar que no decorrer do tempo cada vez ia ficando mais autónoma visto que também ia conhecendo as rotinas do serviço” A13.

Criatividade

Cada estudante transporta consigo, no seu dia-a-dia as marcas das suas experiências vividas. No caso dos estudantes que estão em ensino clínico as marcas das suas referências pessoais, as suas histórias de vida e as suas representações acerca da saúde, da doença, do sofrimento, da dor poderão emergir e determinar os processos de adaptação à nova experiência de aprendizagem.

Estes estudantes como estão numa fase inicial, as suas reflexões ainda são bastante “pobres” em experiências vividas no contexto hospitalar. Diz-nos um estudante:

“(...) quando há falta de material tento sempre arranjar maneira de compensar essas faltas, por ex: Quando não há calças de pijama, coloquei-lhe um lençol e cobertor nas pernas até haver calças (...)” P1.

Adaptação à mudança

Atualmente a escola pretende “ensinar” o estudante a desenvolver competências reflexivas. Sabemos de antemão que, o estudante terá um maior êxito durante o seu processo de aprendizagem quanto maior for o seu desenvolvimento pessoal. Estes estudantes no início do seu ensino clínico, têm dificuldade na adaptação ao meio hospitalar porque os contextos de aprendizagem são diversos e têm de ser equacionados na sua forma de integração, na sua formação.

Para Abreu (2003) a aprendizagem em ensino clínico implica que se desenvolvam procedimentos sistematizados de acompanhamento e de reflexão com vista ao incremento de uma formação cognitiva não deixando de lado os fatores ideológicos, culturais, psicológicos ou mesmo biológicos. O desenvolvimento dos saberes depende do contexto de ação mas é mediado também pela estrutura cognitiva do indivíduo.

Deve existir por parte da escola, um conhecimento da realidade dos locais da prática clínica, para que se desenvolvam estratégias de formação consensuais, nomeadamente o mesmo referencial teórico, utilização de uma linguagem comum, conhecimento de protocolos de atuação, formas de gestão das organizações e das identidades profissionais. Do mesmo modo, os profissionais de enfermagem devem conhecer as perspetivas de formação da escola, a sua matriz cultural para assim dar continuidade ao processo formativo do estudante.

Passamos a transcrever alguns excertos das narrativas dos estudantes:

“(...) adaptei-me bem ao serviço aos doentes ao ambiente com a ajuda da equipa de enfermagem” P5.

“(...) consegui adaptar-me bem ao serviço, aos enfermeiros e à rotina” A15.

“(...) o facto de ter de adaptar à orgânica do serviço foi algo assustador (...) mas que ao longo do tempo tem vindo a desaparecer e a vontade de fazer mais e melhor” A13.

“(...) foi gratificante observar os enfermeiros a prestar cuidados, as técnicas que utilizavam, a rotina do serviço e até conhecer um pouco de cada Enfermeiro” A13.

Gerir emoções

A necessidade de apoio da escola aumenta consoante a maior complexidade dos contextos de trabalho e o grau de gravidade das situações clínicas com que os estudantes são confrontados. À medida que as tarefas se tornam mais complexas e diversificadas, mais os estudantes veem a relação com o professor como uma mais-valia para o desempenho das suas atividades.

Quanto às situações negativas, são muitas vezes geradoras de stress, medo, sofrimento, mal-estar, tristeza, angústia por parte do estudante. O medo, narrado pelos estudantes aparece principalmente quando estes estão em contacto com situações novas, foram também consideradas como situações marcantes. O efeito “surpresa”, como refere Schön (1992) está presente nestes significados que confere à experiência o estatuto de aprendizagem pela reflexão (Santos, 2009). Do mesmo modo, Carvalho (1996) afirma que, nesta fase, a ansiedade assume muitas vezes repercussões psicossomáticas e perturbadoras do quotidiano dos alunos e, que é sobretudo provocada pelo desconhecimento da realidade e pelo receio do tipo de relacionamento que se irá estabelecer.

Salientamos as expressões dos estudantes que nos parecem ilustrar estas situações marcantes:

“(...) sentimento foi de nervosismo e medo (perante uma situação nova e inesperada)” F7.

“(...) sinto-me cada vez mais afeiçoada ao meu doente e isto preocupa-me pelo facto de eu temer pelo que tenho alguma preocupação” F10.

“(...) quando vejo algo que me afeta pela negativa tento não demonstrar no serviço, nem transmitir as minhas emoções negativas aos pacientes” A11.

“(...) muitos foram os dias em que a minha motivação para ir para o estágio era o contacto com os pacientes, a expressão deles quando nos vêm que é realmente gratificante quase inexplicável” A18.

Auto-confiança/autonomia na resolução de problemas

A escola tem como principal papel transmitir o saber, sobretudo teórico, que por si só não assegura que, todo o conhecimento seja compreendido, mas sim, este deve ser apropriado e incorporado no processo de cuidados. São necessários processos que favoreçam a apreensão do conhecimento de forma que conduzam à sua mobilização e transferência adequada às situações de cuidados. Para isso, os professores em contexto de ensino clínico devem ampliar os processos reflexivos através de apoio, estímulo, criando condições para uma atmosfera de confiança e de segurança, Santos (2009). Identificamos expressões de sentimentos, de como os estudantes interagem em situação de ensino clínico:

“(...) penso ter auto-confiança na resolução da maioria dos problemas, todavia há problemas que surgem sobre os quais eu ou não tenho conhecimento, ou o conhecimento que tenho é muito escasso, nesses casos procuro saber, peço ajuda para a sua resolução. Prefiro fazer pouco e bem que muito e mal...” P4.

“(...) vou conseguindo melhorar já que com a prática a segurança na realização das atividades torna-se maior” A15.

Manifestar disponibilidade e interesse nas diferentes situações

Os estudantes em ensino clínico mostram-se bastante preocupados e ansiosos com as novas experiências por que irão passar. O papel do orientador deve ser o de facilitador neste processo de formação, despertando neles a necessidade de aprender, de mudar comportamentos e de ser um participante ativo.

Alguns estudantes referem:

"(...) tenho pena de não ter tido a oportunidade de praticar uma colheita de sangue e de ter realizado o tratamento a uma ferida, o que espero que venha a acontecer ao longo do estágio..." F10.

"(...) peço aos enfermeiros se posso fazer determinado procedimento, ex: ser eu a fazer os ensinamentos ao doente após realização do cateterismo cardíaco..." P1.

"(...) quando tenho oportunidade de realizar algum procedimento, mostro-me sempre disponível e sinto interesse em realizá-lo" A16.

Auto-formação e pesquisa

No caso da formação em Enfermagem, o plano de estudos é intenso, abordando várias temáticas ao longo de todo o curso e, muitas vezes, não são contemplados momentos de reflexão, necessários para a consolidação das mesmas. Quando os estudantes têm o primeiro contacto com o ensino clínico, estes confrontam-se com realidades e experiências diferentes e que, na maioria deles, desencadeia sentimentos tão intensos e marcantes que, muitas vezes, podem ser considerados obstáculos à sua aprendizagem. Os estudantes necessitam de referenciais, já aprendidos ou não na teoria e, na maior parte das vezes, necessitam de elaborar fichas de leitura, fichas de medicamento entre outras, para colmatar as lacunas.

Salientam alguns estudantes:

"(...) sempre que existe algum diagnóstico que desconheço ou do qual não me lembro bem... nome de fármacos que desconheço... exame que o doente vai fazer e não sei do que se trata ou de alguma patologia que desconheço vou pesquisar e faço fichas de trabalho sobre esses assuntos..." P2.

"(...) quando tenho alguma dificuldade tento combatê-la através de pesquisas para a minha própria formação" F6.

“(...) em relação às dúvidas que ia tendo tanto de patologias como de procedimentos ou medicamentos, tentava sempre que chegasse a casa esclarece-las recorrendo a livros, à internet, a apontamentos e aos meus colegas também” A16.

“(...) as aprendizagens foram muitas pelo que desenvolvi conhecimentos relativos a diversos assuntos, quer pela própria pesquisa quer pela explicação dos enfermeiros que nos acompanharam” A15.

Autoavaliação

O ensino clínico não pode mais ser pensado enquanto aplicação da teoria à prática, mas sim, como oportunidade única para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam, reconstruindo, no seu repertório pessoal, os conhecimentos a que tiveram acesso na fase teórica do curso.

Neste contexto o perfil ideal do professor é ter a capacidade de compreender internamente as reações do estudante, ser sensível à forma pela qual o processo de educação e aprendizagem se apresentam aos seus estudantes, aumentando assim as oportunidades para uma aprendizagem significativa (Silva, 2000). A autoavaliação é a componente chave da reflexão, a qual por sua vez influencia o pensamento crítico e o desenvolvimento de habilidades de raciocínio (Kuiper e Pesut, 2004; Kuiper, 2005).

O grau de satisfação dos estudantes com as experiências vividas em ensino clínico tem uma relação direta com o tipo de articulação entre a escola e as instituições de saúde. As experiências são tanto mais ricas quanto mais despertos estiverem os dois lados implicados para a necessidade de dar resposta aos estudantes, dado que, aquilo que eles têm, e que é esperado que operacionalizem é, apenas um saber teórico rico mas ainda em desenvolvimento e, por outro lado, que seja ajustado com um saber prático (saber-fazer), que privilegia a ação, mas onde nem sempre se encontram espaços e tempos para reflexão do porquê daquilo que se faz.

O processo de autoavaliação permite a tomada de consciência da importância de cada interlocutor no processo ensino/aprendizagem. Permite detetar os

pontos fortes e os pontos fracos a desenvolver as oportunidades de melhoria. Transcrevemos algumas citações dos estudantes:

“(...) sinto ter capacidade de autorreflexão e crítica suficiente para apreciar o meu desempenho e limitações e assim canalizar esforços para melhorar este aspeto nas próximas etapas do meu percurso académico, incluindo os próximos ensinamentos clínicos e aulas práticas...” P3.

“(...) as dificuldades pelas quais passei foram ultrapassadas, mas tal não teria sido possível sem a ajuda dos profissionais de saúde e da professora orientadora” A15.

COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

Recolher dados de forma adequada / identificar problemas / definir diagnósticos / prescrever intervenções.

Na prática clínica os profissionais utilizam um referencial de cuidados que sustenta as suas intervenções, a partir do qual elaboram o processo de enfermagem. É na colheita de dados que se faz a avaliação inicial do cliente que, por sua vez, permite a identificação de problemas que favorecem a tomada de decisão para a planificação dos cuidados. É um processo complexo nesta fase de aprendizagem do estudante dado que é o primeiro contacto com o contexto clínico.

A análise e interpretação dos dados colhidos desenvolve o processo de raciocínio dos estudantes através do diálogo com o professor e profissionais, sendo uma gestão estratégica e flexível. Assim, o currículo inerte enquanto considerado no papel transforma-se vivo na interação do docente com os estudantes (Rua, 2009).

Salientamos as seguintes frases:

“(...) recolho dados de forma adequada, utilizando a observação e o diálogo como principais meios de adquirir informação...” P1.

“(...) relativamente a identificar problemas/necessidades sinto-me capaz de o fazer bem como prescrever intervenções e planear cuidados. Para isso contribui a metodologia utilizada no serviço que nos orienta bastante...” P2.

“(...) já consigo elaborar um plano de cuidados tendo em conta as prioridades do doente, assim como organizar o meu tempo...” P1.

“(...) faço diagnósticos de enfermagem (neste ponto também influencia ter de usar linguagem CIPE...” F7.

Planear cuidados

Na perspetiva de Amador (1991), citado por Carvalhal (2003), a aprendizagem em ensino clínico torna-se o cerne da formação em Enfermagem na medida em que, permite aos estudantes consolidarem conhecimentos, justificando assim a necessidade de formar estudantes num ambiente análogo àquele em que são chamados a trabalhar.

Nesta fase de aprendizagem é necessário que o estudante faça um planeamento das suas atividades para com o cliente que lhe foi distribuído, para que atempadamente consiga identificar as suas necessidades e assim ter uma tomada de decisão nas suas intervenções. Este tipo de pensamento é entendido enquanto atividade auto dirigida, autodisciplinado, automonitorizado e autocorretivo (Paul e Elder, 2002), acerca das questões experienciais vividas em contexto da prática de cuidados. Eles apresentam um pensamento diagnóstico baseado em dados e informação que permitem, ao estudante considerar uma assunção como verdadeira, face à situação observada que lhe confere o valor de evidência, como diz Paul e Elder (2002) citado por Santos (2009).

Relativamente a esta capacidade, os estudantes dizem:

“(...) já consigo elaborar um plano de cuidados tendo em conta as prioridades do doente, assim como organizar o meu tempo...” P1.

“(...) na planificação de cuidados ao doente que me é distribuído, prescrição de intervenções de enfermagem e estabelecer prioridades

e demonstrar sentido de organização sinto que evolui bastante de modo positivo” F8.

“(...) Com os diagnósticos (CIPE) planeio os cuidados sem muitas dificuldades” P4.

Estabelecer prioridades

Da análise das reflexões dos estudantes, estes evidenciaram algumas dificuldades nesta capacidade, isto porque o processo de aquisição de competências destes estudantes passa por períodos de observação dos cuidados praticados pelos profissionais, não no sentido de uma aprendizagem por imitação, mas através da sua familiarização nos modos de fazer que devem ser sustentados pelo saber o quê, como, porquê e para quê são realizados tais cuidados e, ainda consciencializar-se gradualmente dos papéis que o enfermeiro desenvolve e as competências requeridas para o seu desempenho (Fernandes, 2007).

Como mostram as seguintes frases:

“(...) Tento estabelecer prioridades mas por vezes é difícil realizar como tinha planeado por ex: o penso, pois a enfermeira tem de estar comigo e como tem mais doentes é-lhe um pouco difícil mas logo que possível este ponto é realizado...” P4.

“(...) procurei apresentar todos os dias o meu plano de trabalho ao enfermeiro com que estava e fazer cumpri-lo...” F6.

“(...) perante a dependência da pessoa consigo planeo os cuidados a realizar em função do tempo e das suas necessidades” A15.

Prestar cuidados na área da função autónoma

A formação em Enfermagem representa o início da socialização profissional dos estudantes e que as atitudes de autonomia resultam de um processo de

desenvolvimento individual no qual o papel socializador da escola tem um especial relevo (Amaral, 2004).

Também Abreu (2003) refere que a área clínica é o espaço de eleição para o aluno se libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor, construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia.

Salientamos as frases:

“(...) Sei prestar cuidados de enfermagem de carácter autónomo, promover o levante/deambulação do doente, prevenção de doenças/complicações, ensinios ao doente...” P3.

“(...) sempre que tenho oportunidade e seja necessário tento apelar ao paciente por práticas que beneficiem a sua saúde” A16.

“(...) a nível dos procedimentos técnicos penso tê-los realizado com técnica correta e com algum rigor tentando fundamentar de forma correta todos os passos” A12.

Garantir a continuidade de cuidados

Os cuidados de Enfermagem inserem-se num processo contínuo ao longo das 24 horas do dia, assim, a transmissão de informação na passagem de turno torna-se uma estratégia eficaz para assegurar a continuidade de cuidados, promovendo uma relação com o cliente e a garantia da inexistência de uma quebra na qualidade dos cuidados. Camargo *et al.* (1998), consideram que a passagem de turno, é um instrumento de comunicação relevante que os enfermeiros utilizam para informação do estado de saúde do utente, visando todo o processo de cuidados, estimulando a reflexão e decisão clínica.

Da mesma forma os registos de enfermagem são uma forma de garantir a continuidade de cuidados, para além de serem um suporte legal.

São exemplos desta realidade, as frases:

“(...) Faço uma passagem de turno, onde transmito a informação relevante relativamente ao doente e desta forma estou a garantir a continuidade dos cuidados ao doente...” P1.

“(...) procedemos a realização dos registos escritos e passagem de turno tendo em vista a continuidade de cuidados...” F6.

Utilizar racionalmente os materiais

No contexto económico em que vivemos, o uso racional dos recursos, evitando os desperdícios é uma necessidade cada vez mais emergente numa sociedade onde estes são escassos. Torna-se assim de extrema importância a assimilação desta necessidade por parte dos estudantes, não descurando no entanto os princípios inerentes às boas práticas.

Alguns estudantes referem o seguinte:

“(...) Consigo utilizar racionalmente os materiais e equipamentos ao meu doente ao longo da semana mesmo que às vezes me aperceba que poderia racionalizá-los melhor” P1.

“(...) Conheço praticamente todo o material e equipamentos e sei a forma como os utilizar não sentindo grandes dificuldades neste campo” P4.

Fundamentar teoricamente as intervenções

Os cuidados de Enfermagem são sobretudo 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 (Costa citado por Abreu, 2003).

“(...) a curiosidade intelectual obrigou-me a pesquisar acerca de dúvidas que iam surgindo, por mim própria ou quando questionada pelos enfermeiros e orientador, de modo a alargar os meus conhecimentos teóricos e perceber o porquê de se fazer assim e não de outra forma...” F8.

“(...) algo que devo melhorar é a minha fundamentação teórica porque apesar de saber realizar os procedimentos sinto que a minha fundamentação teórica por vezes não é suficiente” A16.

Avaliar o processo e o resultado das intervenções

A avaliação consiste em formar um juízo sobre determinada prática, no âmbito dos cuidados de Enfermagem. Para Hesbeen (1998) a avaliação é um processo delicado, porque de alguma forma conduz a dizer aquilo que está certo e o que não está.

O estudante de Enfermagem deve ser capaz nesta capacidade de avaliar as respostas do cliente e família aos cuidados prestados, interpretar os resultados obtidos e reformular o plano de intervenção com ajuda do docente ou do enfermeiro responsável pelo cliente.

“(...) após o diálogo com o paciente notei uma evolução significativa ao nível do humor e mesmo ao nível da saúde apresentando-se menos queixoso e deprimido...” F6.

“(...) tive oportunidade de acompanhar um doente que se mostrava dependente em grau elevado em que tive oportunidade de prestar todos os cuidados necessário (...) e o que mais me emocionou foi o facto de perceber que este de dia para dia se mostrava mais colaborante, comunicativo e com uma maior felicidade” A12.

“(...) é através da comunicação que conseguimos muitas vezes resolver processos de sofrimento que não nos são mostrados verbalmente” A13.

COMPETÊNCIAS PSICOSSOCIAIS

Estabelecer uma relação de confiança

O primeiro objetivo que uma relação de confiança procura alcançar é conseguir, através de uma abordagem judiciosa e subtil, tecer laços de confiança com o beneficiário dos cuidados. Para este ter confiança equivale a dizer “creio que este prestador de cuidados pode ajudar-me respeitando quem sou” (Hesbeen, 1997).

O estudante deve ser capaz de demonstrar uma atitude de respeito, disponibilidade e facilitar a expressão devendo para tal desenvolver a escuta ativa e saber adequar a linguagem ao cliente que está a cuidar.

Um estudante faz o seguinte relato:

“(...) apresentamo-nos aos doentes, passamos horas a conversar com eles e ouvir o que eles tinham a dizer...” F8.

Trabalhar em equipa

Trabalhar em equipa pressupõe ter objetivos comuns procurando o melhor resultado para o grupo ou para a concretização dos mesmos. Em Enfermagem, trabalhar em equipa pressupõe tal como noutras disciplinas um processo de socialização com os pares. Em ensino clínico, o estudante tem que passar por esse processo ao nível do grupo, com o docente e também com a equipa de Enfermagem.

Salientam alguns estudantes:

“(...) no início em relação à equipa senti-me um pouco retraído por ser também uma pessoa introvertida mas com o desenrolar do tempo acho que estabeleci relações estritamente profissionais com todos eles” P2.

“(...) Procuramos estabelecer um bom relacionamento entre todos (estudantes) tentando ajudarmo-nos mutuamente quando necessário...” F7.

“(...) observando atentamente o contexto real consegui reforçar o conhecimento sobre a técnica realizando-a melhor” A14.

Estabelecer formas de comunicação adaptadas à pessoa/situação de cuidados

A comunicação em ensino clínico é um processo significativo e, ao mesmo tempo intimidativo para o estudante. As técnicas de comunicação, são variadas e, quando a comunicação deve ser dirigida para aquilo que se vai fazer, os estudantes por vezes têm dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem em situação real. A este propósito, Silva e Silva (2004) salientam que “é integrados na equipa de enfermagem que os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a enfermagem prática e a facilitar a inserção futura no mundo do trabalho através do funcionamento da organização”. Esta comunicação é por vezes dificultada quando o cliente não quer comunicar. Para ultrapassar esta dificuldade o estudante deve ter apoio e incentivo por parte do docente, profissionais de saúde, colegas e também encontrar estratégias para ajudar o cliente a ultrapassar estes problemas.

Alguns estudantes narram:

“(...) Quando estou com o meu doente explico-lhe sempre o procedimento para ele se sentir mais à vontade e também para que colabore comigo” P1.

“(...) Consegui sempre comunicar de forma adequada, consoante a situação, o contexto e os intervenientes” P3.

“(...) tento sempre adaptar a minha linguagem às pessoas com quem estabeleço uma relação” A16.

Negociar com o utente/família a oportunidade dos processos de cuidar

Com a evolução da profissão de Enfermagem, surgiram novas orientações que levam a que o utente participe nas intervenções, sendo que hoje as prescrições orientam para o favorecer, auxiliar e orientar (Waldow 2006). A mesma autora refere que esta forma de cuidar envolve uma ação interativa.

Ação essa que está colocada nos valores e no conhecimento do cuidador e naquele que é cuidado.

O estudante em ensino clínico deve ser capaz de explicar ao cliente a necessidade de determinado cuidado e propor diferentes alternativas para a resolução de um determinado problema, dando-lhe a oportunidade de optar. Mas quando os estudantes são confrontados com uma primeira experiência tem de haver um compromisso com o docente e uma compreensão da equipa multidisciplinar para que a tomada de decisão deva ser repartida e refletida de acordo com a fase de aprendizagem em que o estudante se encontra.

Como referem os estudantes:

“(...) uma das minhas preocupações naquele momento era o facto de ter de lhe explicar que seria a minha primeira vez que retiraria materiais de sutura de modo a que me desse o seu consentimento” A10.

“(...) tento informar o doente que se fizer o que lhe peço vai melhorar o seu estado de saúde” P1.

COMPETÊNCIAS ÉTICO-DEONTOLÓGICAS

Assumir responsabilidade

O estudante de Enfermagem inicia, no primeiro ano do seu curso, o desenvolvimento desta capacidade, sendo que, é em contexto de ensino clínico (segundo ano) que lhe é dada especial ênfase. É papel do docente incutir no estudante a importância do facto de assumir as suas falhas e as comunicar ao orientador ou ao enfermeiro responsável. Deve sempre existir uma reflexão conjunta tendo em vista a análise do contexto em que ocorreu essa falha/dificuldade favorecendo a mudança de atitudes.

“(...) respeito pelo trabalho e o esforço de todos os enfermeiros do serviço, da orientadora e dos colegas tendo sempre o cuidado a capacidade e a humildade para assumir a responsabilidade pelos meus atos, esforçando-me sempre pela adequada gestão e resolução de conflitos das situações mais desagradáveis” P3.

“(...) sempre que erro (terapêutica) assumo a minha responsabilidade...” P1.

“(...) um erro que cometi, relacionado com a colocação de agulhas de administração de terapêutica no contentor de material contaminado e não no de corta-perfurantes porque tenho consciência da importância de colocar as agulhas referido contentor e não noutra local...” F8.

Respeitar o sigilo profissional

O pensamento de natureza ética é também expresso por alguns estudantes. São expressões de pensamento com base em princípios éticos e / deveres do profissional.

Como mostram as frases seguintes:

“(...) Mostrei preocupação e respeito pelo sigilo profissional, e assegurei o meu desempenho de acordo com o código ético e deontológico do enfermeiro, bem como com os valores éticos pessoais e da comunidade” P3.

“(...) o que acontece dentro do hospital, embora comente com os colegas de estagio algumas situações, o que é normal, fica no hospital” A16.

Respeitar a intimidade e individualidade da pessoa

Dado que este estudo é realizado no primeiro ensino clínico, devemos realçar que estes estudantes não têm, porventura, experiência em contexto hospitalar e que, por este facto, a intimidade por eles referenciada, incida apenas na privacidade dos doentes durante a prestação dos cuidados de higiene. Como diz o código deontológico de Enfermagem, “proteger a pessoa de invasões à sua intimidade... utilização de cortinas e biombos como o assegurar de que a pessoa está adequadamente coberta para circular dentro e fora do serviço, ou ainda a ter em conta o tom e a altura da voz com que se realizam os

diálogos, bem como a presença de estagiários se consentida pela pessoa” (art. 89 do código deontológico).

“(...) tenho sempre em atenção a privacidade dos doentes, fechando a porta ou tapando-os com toalhas” A11.

“(...) Tento respeitar a intimidade e individualidade das pessoas em todos os procedimentos (higiene no leito) que executo” P1.

Reconhecer e promover o direito do cliente/família na decisão do processo terapêutico

Os estudantes devem reconhecer que promover o direito do cliente na decisão do processo terapêutico é regra, mas também é necessário que os doentes que estão a cuidar devem ser informados e aconselhados previamente à sua decisão.

Os clientes/família são considerados o foco de cuidados para os estudantes, mas muitas vezes este foco pode ser gerador de uma preocupação, não só pelas situações clínicas apresentadas como também pela unicidade enquanto pessoas, exigindo do estudante o desenvolvimento do raciocínio clínico para a adequação das suas intervenções a cada cliente de forma adequada.

Transcrevemos algumas frases:

“(...) dada a intervenção a ser realizada naquele momento (administração de terapêutica) foi sempre pedido o consentimento ao doente” A15.

“(...) não devemos realizar nenhum procedimento sem que tenhamos o consentimento da pessoa” A11.

Análise crítica/reflexão sobre a prática ética

As vivências durante o ensino clínico devem provocar uma mudança de atitude nos estudantes que se pretende que vá ao encontro dos objetivos propostos pela escola.

O estudante ao fazer uma reflexão na ação demonstra o conhecimento que tem quando realiza algo, o que implica a mobilização de conhecimentos teóricos em tempo real, de forma a transformá-lo em conhecimento consolidado. Esta reflexão promove o diálogo, permitindo alterar estratégias de atuação adequadas à evolução da situação. É uma prática comum em ensino clínico, cuja utilização pelo estudantes permite o desenvolvimento das suas competências.

Um estudante assinala também o contributo da reflexão da sua prática para o seu desenvolvimento e aprendizagem do seguinte modo:

"(...) sempre que acontece alguma coisa menos bem, por parte de alguma pessoa do serviço, depois quando for para casa, ou no intervalo que tenha, sou capaz de analisar sobre o que aconteceu e se estará correto ou não" P1.

Assiduidade e pontualidade

No primeiro contacto com o contexto real, os estudantes, não têm ainda a perceção do quão abrangente pode ser a questão da assiduidade e pontualidade. Consideram apenas, no que diz respeito à entrada e saída dos serviços e a entrada a horas, esquecendo que a pontualidade e assiduidade também deve ser vista na própria prestação global dos cuidados ao cliente e à família.

Como o demonstra a seguinte frase:

"(...) cumprio sempre os horários e nunca faltei, visto que nunca senti necessidade para tal" A10.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre esta experiência, permitiu-nos perceber a importância que os estudantes atribuem ao desenvolvimento das suas competências, valorizando no entanto algumas delas, em detrimento de outras. Por exemplo, no domínio da competência de desenvolvimento psicossocial, não encontramos nenhum

dados no conteúdo das narrativas que permitisse perceber a reflexão sobre algumas das capacidades que a constituem: desenvolver atitudes relacionais e de ajuda; utilizar os princípios e os conhecimentos que favoreçam a educação e promoção da saúde; construção da identidade profissional; apresentação pessoal; gerir dados e, elaborar documentos no desenvolvimento do ensino clínico. Por outro lado, no domínio da competência de desenvolvimento pessoal foi onde mais dados encontramos, sobretudo no que diz respeito às capacidades de iniciativa, adaptação e mudança, gestão de emoções e auto-formação e pesquisa.

O ensino clínico não pode mais ser pensado enquanto aplicação da teoria à prática, mas antes, como oportunidade única para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam, reconstruindo, no seu repertório pessoal, os conhecimentos a que tiveram acesso na fase teórica do curso.

Para que os estudantes tenham uma aprendizagem reflexiva dirigida para o profissionalismo não se pode ensinar aquilo que ele precisa de saber, mas pode-se orientar/guiar, pelo que necessitam de ajuda e apoio, de profissionais experientes, conhecedores do contexto clínico e capazes de fazer a “ponte” entre a formação em sala de aula e a que está a ocorrer na área clínica (Rodrigues *et al.*, 2006); Abreu, 2007).

Entendemos assim, que esta narrativa, pedida aos estudantes no final do seu ensino clínico (respeitando as suas limitações), lhes trouxe benefícios, uma vez que, puderam, transcrever para o papel, depois de uma reflexão, as suas vivências mais significativas, em última análise, as suas aprendizagens, o que foi mais valorizado.

Este estudo revelou-se uma mais-valia, uma vez que nos ajudará necessariamente tanto na orientação dos futuros estudantes (pelas conclusões obtidas) mas também porque estaremos mais aptos para lidar com determinadas dificuldades, angústias e ansiedades com que os estudantes se deparam nos diferentes contextos de ensino clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Amaral, A. (1994). *Autonomia nos estudantes de enfermagem*. Coimbra: [s.n.].
- Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: ASA.
- Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navegacion professionnelle*. Paris: Éditions d'Organizacion.
- Brockbank, A. & McGill, I. (2002). *Aprendizagem reflexivo en la educacion superior*. Madrid: Morata.
- Camargo, A. T., Silveira, M. R., Matos, S. S. & Stefanelli, M.C. (1998). Passagem de plantão como instrumento de comunicação em instituição hospitalar. In: *6.º Congresso brasileiro de comunicação em enfermagem*. Ribeirão Preto: [s.n].
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, L. (1996). *Factores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto.
- Código deontológico do enfermeiro (2003). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dewey, J. (1991). *How we think*. New York: Prometheus Books.
- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital*. Lisboa: Lusociência.
- Kuiper, R. (2005). Self-regulated learning during a clinical preceptorship: The reflections of sénior baccalaureate nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 26(6), 351-356.

- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris: LEP.
- Mestrinho, M. G. (2004). Parcerias na formação inicial de enfermeiros: Um estudo de caso. *Pensar Enfermagem*, 8(2), 2-21.
- Paul, R. & Elder, L. (2002). *Critical thinking: Tools for taking charge of your professional and personal life*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Ferreira, C. (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional*. Coimbra: Formasau.
- Rua, M. S. (2009). *Do aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Santos, E. M. M. (2009). *Aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- Schon, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profesiones*, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Silva, A. (2000). A formação contínua de professores: Uma reflexão sobre as práticas e as práticas de reflexão em formação. *Educação & Sociedade*, 21(72), 89-109.
- Silva, D. & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millennium*, 8(4), 103-108.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Vasconcelos, E. (1992). Receba bem o estagiário. *Formar*, 7, 28-31.
- Waldow, V. R. (2006). *Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Vozes.



O ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM, STRESSE E RESILIÊNCIA

ALFREDO CRUZ LOURENÇO*

ELISABETE PINHEIRO ALVES MENDES FONSECA**

Na sociedade atual a educação assume um papel central no desenvolvimento social e económico constituindo-se como o principal motor de inovação e de aumento da competitividade e produtividade.

As instituições de Ensino Superior fazem parte de um sistema complexo e diversificado em constante mudança. Fruto da expansão e da democratização do ensino, a formação superior deixou de representar um prestígio ligado a uma minoria reduzida da população, passando a constituir uma aquisição certificada de “conhecimentos e competências de alta qualificação por parte de um conjunto cada vez mais vasto de pessoas” (Centro de Investigação e Estudos de Sociologia [CIES], 2008, p. 17).

As exigências mais ou menos formais e os desafios crescentes associados à educação superior produzem-se no contexto de uma sociedade do conhecimento que exige que se aprenda não só cada vez mais coisas, mas que se aprendam de outra maneira, no âmbito de uma nova cultura da aprendizagem, de uma nova forma de conceber e gerir o conhecimento, o que produz uma inevitável exposição a tensões.

A formação em enfermagem teve ao longo da sua história uma vasta influência dos saberes construídos a partir das práticas e dos saberes científicos

* Professor Coordenador da ESEnfC, MsC.

** Professora Adjunta da ESEnfC, MsC.

construídos a partir dos poderes dos médicos e da medicina, tal como nos refere Carvalho (2004), quando afirma que “são os médicos que vão ensinar às enfermeiras tudo o que delas se espera em termos da prática dos cuidados” (p. 84).

O ensino de enfermagem, na sua vertente teórica, foi inicialmente conceptualizado por médicos, só mais tarde passou a ser operacionalizado por enfermeiros, sobretudo a partir da grande influência de Florence Nightingale que funda, em meados do século XIX, a primeira escola de enfermagem em Inglaterra.

As ideias inovadoras de Nightingale vão no sentido de que todas as pessoas prestadoras de cuidados devem ter formação específica adquirida em escolas ligadas aos hospitais, mas com independência administrativa e financeira, nas quais os formadores deveriam ser enfermeiros detentores dum curso de enfermagem e não outros profissionais. Este foi um período primordial para o desenvolvimento da profissão de enfermagem e de novos paradigmas orientadores da prestação de cuidados, baseados no modelo biomédico, segundo os princípios da cura da doença e alívio dos sintomas.

Nestes primórdios a formação era sobretudo direcionada para as técnicas, para o saber fazer não existindo ainda um corpo de conhecimentos próprio (Abreu, 2002). O ensino prático era realizado em contexto hospitalar, onde os estudantes eram integrados e onde as aprendizagens ocorriam a partir de processos de imitação e repetição das tarefas quotidianas das enfermeiras, sem qualquer relação com os conteúdos teóricos (Amendoeira, 2006).

É neste cenário que a formação em enfermagem ocorre praticamente durante a primeira metade do século XX. A partir da Segunda Guerra Mundial e sob a influência das correntes críticas do trabalho funcional, a actividade de enfermagem e os princípios orientadores da formação em enfermagem são enfocados na importância da prestação de cuidados, segundo as necessidades humanas básicas dos utentes, o ensino de enfermagem passa a ser gradualmente valorizado. As questões da aprendizagem e das práticas educativas adquirem lógicas próprias passando gradualmente de uma perspectiva da racionalidade técnica e biomédica, a uma perspectiva humanista e relacional em que surgem novos modelos de formação dos enfermeiros preparando-os para um nível prático orientado por valores, de forma a se-

rem “detentores de um saber científico correto, capazes de passar do saber científico ao saber fazer, capazes de pensar sobre o que fazem, capazes de ter em conta múltiplos fatores intervenientes na ação ao conceberem os projetos de cuidados” (Amendoeira, 2006, p. 28).

A história em termos do ensino de enfermagem em Portugal revela a grande preocupação de investir em termos de uma formação de base generalista para a promoção do desenvolvimento cultural, pessoal e ético dos estudantes e que lhe proporciona os fundamentos científicos para o exercício futuro de uma profissão multifacetada que se desenvolve em diferentes contextos.

O aumento da investigação e o desenvolvimento da própria disciplina de enfermagem têm contribuído para o desenvolvimento no campo do cuidar.

A existência de um nível único de formação em enfermagem, a que corresponde o grau de licenciado e o título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais, levou a que a Ordem dos Enfermeiros (OE) definisse um conjunto de normativas gerais que têm por base diretivas europeias que estruturam o sistema de formação. Assim a OE definiu o perfil profissional de competências em conformidade com o *Framework of Competences for the Generalists Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses, ICN) que é a base orientadora para a definição das competências gerais e académicas do estudante de enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), a formação do enfermeiro de cuidados gerais deve habilitá-lo para o exercício autónomo da profissão e contribuir para o seu desenvolvimento pessoal cultural e ético. De acordo com o estabelecido para o exercício profissional e pela missão que cabe à enfermagem em termos da sociedade, segundo a OE (2003) são quatro os grandes domínios que devem orientar a organização curricular dos diferentes ciclos de formação: a prática de cuidados, a gestão, a formação e a investigação.

Assim, o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, definido em 2003 pela OE e em consonância com as competências propostas pelo ICN, encontra-se organizado por três domínios: 1) Prática profissional, ética e legal; 2) Prestação e gestão de cuidados; 3) Desenvolvimento profissional. Estes domínios dividem-se em subdomínios, tendo um conjunto de compe-

tências atribuído de acordo com o perfil de formação de graduado do 1.º ciclo de formação (licenciado) ou do 2.º ciclo de formação em enfermagem (d’Espiney *et al.*, 2005).

Os dispositivos de formação devem proporcionar aos estudantes o recurso a uma diversidade de informação proveniente de diversas fontes favorecedoras de uma aprendizagem onde os estudantes têm um papel ativo, desenvolvendo a sua autonomia e assumindo responsabilidades no processo formativo. Todas estas questões refletem-se nas questões da avaliação e da aprendizagem por resolução de problemas, recomendadas a nível do Processo de Bolonha e com repercussões no ensino de enfermagem e na formação dos futuros enfermeiros.

Em Portugal o Curso de Licenciatura em Enfermagem tem a duração de quatro anos, articulando-se períodos de formação teórica com períodos de aprendizagem prática (ensinos clínicos) e que podem surgir em tempos curriculares de forma contínua ou, em alternância, de acordo com o plano de estudos de cada instituição de formação.

Muitas vezes, em termos de linguagem comum, surge a denominação de estágios ou práticas clínicas, no entanto, há que distinguir, de acordo com Fonseca (2006), que os ensinos clínicos são momentos de aprendizagem que possibilitam aos estudantes desenvolverem competências, habilidades e capacidades para a prática de enfermagem e os estágios devem ser entendidos como momentos de desenvolvimento de competências para o exercício profissional. Estes aspetos veem ao encontro do que está definido em termos das diretivas europeias onde o ensino clínico em enfermagem é definido como:

“... O ensino clínico define-se como sendo a parte da formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante de enfermagem aprende, integrado numa equipa, em contacto direto com um indivíduo são ou doente e/ou com uma coletividade, a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos. O candidato a enfermeiro aprende, não só a ser membro de uma equipa, mas também a ser chefe de equipa, organizando os cuidados globais de enfermagem, incluindo a educação de saúde para indivíduos ou pequenos grupos, no âmbito da instituição da saúde ou na coletividade.

Esse ensino efetua-se nos hospitais e outras instituições de saúde e na coletividade, sob a responsabilidade dos enfermeiros docentes e com a cooperação e assistência de outros enfermeiros qualificados. Podem integrar-se no processo de ensino outras pessoas qualificadas.

Os candidatos a enfermeiro participam nas atividades dos serviços em causa, na medida em que essas atividades concorram para a sua formação, permitindo-lhes aprender a assumir as responsabilidades que os cuidados de enfermagem implicam”.

Diretiva Comunitária no 77/453/CEE de 10 de outubro de 1989

Entende-se, assim, que os ensinamentos clínicos permitem aos estudantes desenvolver conhecimentos em contextos institucionais, partindo dos conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, sob orientação de professores ou tutores num processo de ensino-aprendizagem prático e que vai permitindo ao estudante tomar consciência dos diferentes papéis profissionais que os enfermeiros desempenham, bem como, construir a sua identidade como futuros enfermeiros (Abreu, 2003).

Os processos de aprendizagem em ensino clínico constituem para os estudantes o primeiro momento de socialização profissional, através da interiorização de saberes numa lógica de apropriação do conhecimento. A forma como se desenvolvem estes fenómenos transacionais de aprendizagem é determinada pela sua capacidade de se confrontarem, muitas vezes, com situações desconhecidas e difíceis, colocando à prova as suas capacidades cognitivas, emocionais e relacionais essenciais para o desenvolvimento de competências.

Os ensinamentos clínicos são entendidos como momentos de aprendizagem que permitem aos estudantes o contacto direto com o utente/família/comunidade e com a equipa multidisciplinar. Proporcionam a aquisição de competências que articulam os referenciais teóricos com a realidade prática, onde estudantes desenvolvem atividades sob supervisão e orientação tutorial cujo principal objetivo radica na aplicação dos conhecimentos desenvolvidos nas aulas teóricas e teórico-práticas, baseados em processos de aprendizagem ativos e em contexto clínicos.

Independentemente do contexto clínico todos os estudantes devem ter objetivos estruturados da sua aprendizagem no sentido de serem capazes de: 1) Planejar, executar e avaliar cuidados de enfermagem gerais à pessoa saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção; 2) Participar como elemento ativo da equipa multidisciplinar de saúde no planeamento/avaliação de atividades que contribuam para o bem-estar da pessoa, família e comunidade, de forma a prever, minorar ou resolver os seus problemas de saúde; 3) Responsabilizar-se pelo seu desenvolvimento pessoal e coordenar os recursos para a sua prestação.

Em cada ensino clínico o estudante ao ser integrado num novo contexto de aprendizagem é também integrado numa equipa de enfermagem onde, de uma forma progressiva, deve assumir autonomia na prestação de cuidados de enfermagem inerentes às funções previstas para o enfermeiro generalista. A referida autonomia pressupõe a utilização e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências desenvolvidas anteriormente, num processo de formação onde a aprendizagem implica a apropriação de conhecimento global da instituição/contexto onde decorre o ensino clínico, a incessante atitude de pesquisa e atualização de conhecimento conducente ao exercício das práticas mais adequadas, o planeamento de atividades e intervenções e o desenvolvimento de uma postura e discurso reflexivos teoricamente suportados pelas normas e regulamentos que regem o exercício profissional de Enfermagem.

A experiência de ensino clínico vista segundo o ponto de vista dos estudantes acarreta, também, vivências de experiências novas e desconhecidas que podem interferir a nível do seu processo formativo e na forma como o mesmo decorre. A prestação de cuidados de saúde invasivos, as situações críticas em termos de saúde física ou psíquica, os procedimentos dolorosos, as questões da dor ou mesmo as situações terminais são uma importante fonte de medo e ansiedade para os estudantes.

Muitas vezes são as práticas clínicas e os contextos onde decorrem que geram conflitos cognitivos nos estudantes e sentimentos de ansiedade ou de impotência nessas mesmas práticas Serra (2008). O autor afirma que as práticas clínicas decorrem num meio complexo e de imprevisibilidade o que pode constituir a obstáculos ao desenvolvimento por parte dos estudantes de momentos de reflexão na ação e sobre a ação.

É durante os ensinamentos clínicos que os estudantes efetuam uma série de aquisições tais como aprender o sentido da profissão de quem presta cuidados, de quem estabelece interação com os utentes, famílias e equipa de saúde tudo isto num ambiente profissional e simultaneamente de aprendizagem, num complexo sistema de saberes e poderes desempenhado por diferentes atores que se influenciam mutuamente.

O stress surge como um desafio em termos da aprendizagem levando cada estudante a aprender, mas também a reagir a situações novas e a desafiantes e quando estas são percebidas como ameaça podem dificultar os próprios processos de aprendizagem (Mahat, 1996; Admi, 1997) ou ainda levar a alterações comportamentais e a dificuldades em termos de interação com os utentes, colegas e professores ou tutores.

Taboada (2006) defende que, não obstante, a existência de um contexto de adversidade e intenso stress é possível os indivíduos conseguirem desenvolver-se de forma saudável correspondendo às expectativas sociais.

Para Sousa (2008) uma maior flexibilidade cognitiva permite uma adaptação mais saudável à realidade em que se vive. Estratégias educacionais de implementação da competência educativa e da resiliência implicam “a identificação dos fatores que promovem e protegem contra os efeitos adversos causados por situações de risco e que, em última análise, podem ser conducentes ao insucesso e abandono escolar” (p. 9).

Tal como sugere Taboada (2006), pode questionar-se se, apesar das adversidades e dos fatores geradores de stress, o facto do estudante se manter saudável se deve a um processo resiliente ou por outro lado a resiliência é promotora de desenvolvimento e crescimento pessoal através das adversidades.

O conceito base de resiliência considera-a como uma capacidade que resulta de um processo dinâmico e evolutivo e que varia conforme as circunstâncias; a natureza humana; o contexto e a etapa do ciclo vital, e cuja expressão varia de diferentes maneiras em diferentes culturas. O estudo do fenómeno da resiliência é relativamente recente. Foi nos últimos 30 anos e a partir das pesquisas de Emily Werner (1982), Rutter (1987) e Grotberg (1995) que se delineou a questão da resiliência e emergiram vários domínios temáticos e conceituais que passaram a fazer parte do discurso científico.

Durante a década de 70, Kobasa cria o construto *hardiness* (personalidade resistente), entendido como um conceito relacionado com resiliência e desenvolve-o através de estudos com indivíduos que, expostos a factos vitais negativos, pareciam ter características de personalidade que os protegiam de estímulos stressores. Esta constelação de características foi organizada em torno de três dimensões: compromisso que representa a implicação ativa e confiante do indivíduo no que faz. Proporciona ao indivíduo um conjunto de propósitos que contribui para a amenização de qualquer estímulo stressante; controlo que o leva a acreditar na própria competência para manipular os estímulos e na responsabilidade e domínio sobre os acontecimentos da vida e desafio que o leva a assumir a mudança como uma circunstância natural proporcionando flexibilidade cognitiva e tolerância às contradições geradoras de conflito (Kobasa, 1982).

Pode então dizer-se que resiliência é a capacidade de lidar e dar novos significados a situações promotoras de stresse proporcionando uma forma mais satisfatória na abordagem de situações semelhantes.

A resiliência nunca é absoluta, total e alcançada para sempre. É uma capacidade que resulta de um processo dinâmico e evolutivo. Mostra ser uma realidade, confirmada por testemunho de pessoas que viveram alguma situação traumática e que continuaram o seu percurso, como se o trauma vivido tivesse auxiliado no desenvolvimento de recursos já existentes (Kobasa, 1982).

Em contexto escolar é importante compreender a importância da resiliência e as estratégias para a promover. Resiliência na escola remete para a capacidade que as pessoas têm, tanto individualmente como em grupo, para resistir a situações difíceis sem perder o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de ajustar-se constantemente de maneira positiva e resistir às pressões do quotidiano escolar mantendo o foco nos objetivos principais do trabalho e da escola.

Fiorentino (2008), defende que para formar alunos resilientes é fundamental o desenvolvimento e estimulação intelectual, social e afetivo porque estes aspetos proporcionam uma base sólida para poder enfrentar, de maneira eficaz, situações adversas.

O ambiente escolar deve proporcionar oportunidades para que o estudante desenvolva fatores protetores pessoais e saiba lidar com situações stres-

santes e com as adversidades. A resiliência acadêmica pode ser observada pelo bom desempenho escolar, pelo interesse da escola em propiciar novas estratégias e resolução de problemas ligados à aprendizagem.

Jacinto e Pereira (2006) referem-se à escola como um dos lugares privilegiados para ser promovida a resiliência e isto será possível se todos os atores de uma escola derem particular atenção aos fatores da resiliência.

No contexto escolar percebe-se que o aluno tem condições para realizar uma avaliação sobre si mesmo e sobre o ambiente no qual está inserido porque, segundo Vargas (2009), a partir da adolescência já conta com o pensamento formal que lhe permite refletir, analisar e tirar as suas próprias conclusões. O percurso escolar é portanto, uma etapa oportuna para fortalecer o desenvolvimento e acentuar habilidades psicológicas.

A resiliência, segundo Grotberg (2005), resulta de qualidades comuns que a maioria das pessoas já possui, mas que precisam estar corretamente articuladas e suficientemente desenvolvidas.

A produção científica sobre resiliência foca a sua atenção ora nos contextos, ora nos indivíduos, mas sempre no sentido de compreender ou conhecer os fatores potenciadores ou criadores de resiliência. Geralmente os processos de resiliência e “*coping*” não aparecem dissociados entre si e, habitualmente, surgem condicionados a situações de stresse. Se por um lado podemos considerar “*coping*” um conjunto de estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com situações adversas, a resiliência dá ênfase ao resultado das estratégias utilizadas, produzindo uma adaptação bem sucedida face à adversidade.

O estudante de enfermagem, durante a prática clínica, apresenta níveis diferentes de resiliência que correspondem a diferentes expectativas e preocupações. Hodges (2008) defende que a evolução da resiliência nos estudantes de enfermagem está diretamente ligada ao número de experiências positivas que, por sua vez, lhe vão conferindo mais competência nas relações e nas habilidades.

Contudo, a contínua exposição a eventos stressores e o nível de tolerância ao stresse também promovem o aumento da resiliência, aumentando a capacidade de autoproteção e o conhecimento de si mesmo.

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. & Xavier, M. R. (2008). O papel dos factores de protecção na promoção da resiliência em adolescentes — Um estudo de caso. In *Actas do I Congresso Internacional em Estudo da Criança: Infâncias Possíveis, Mundos Reais*, 2, 3 4 de fevereiro. Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho. Braga.
- Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45, 53-57.
- Admi, H. (1997). Nursing student's stress during the initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 36(7), 323-327.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Carvalho, A. L. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (2008). *Os estudantes e os seus trajectos no ensino superior: Sucesso e insucesso, factores e processos. Promoção de boas práticas*. Lisboa, CIES.
- Comunidade Europeia (1977). Directiva do Conselho das Comunidades Europeias 77/453/CEE, de 27 de junho de 1977. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, L 176/8.
- Coutinho, C. P. (2000). Instrumentos na investigação em tecnologia educativa: Escolha e avaliação. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educación*, 6(4), 154-166.
- Cyrułnik, B. (2001). *Resiliência: Essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa, Horizontes Pedagógicos.
- D'Espiney, L., Bento, M. C., Figueiredo, M., Natividade, A. & Paiva, A. (2005). *Parecer sobre Bolonha: Relatório do grupo de peritos da área de enfermagem*. Lisboa: Ministério da Ciência e Ensino Superior.
- Florentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Fonseca, A., Brito, A. P. (2001). *Psicologia do desporto: Atribuições causais*. Porto, Universidade do Porto.
- Fonseca, M. J. L. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.

- Gomes, A. M. P. (2008). Escola: Um trampolim para a resiliência onde a diversidade é a deficiência. *Saber (e) Educar*, 13, 287-297.
- Grotberg, E. H. (1995). *The internacional resilience projet*. Haya, Holland Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (2006). *Implications of the shift from diagnosis and treatment to recovery and resilience for research and practice*. Washington Georgetown University: (ResilienceNet document).
- Hodges, H. F., Keeley, A. C. & Troyan P. J. (2008). Professional resilience in baccalaureate-prepared acute care nurses: First steps. *Nursing Education Perspectives*, 29(2), 80-89.
- Kobasa, S. C., Maddi S. R. & Klan, S. (1982). Hardiness and health. A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(2), 168-177.
- Kumpfer, K. (2006). *Prevention approaches to enhance resilience among high risk youth*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 151-163.
- Mahat, G. (1996). Stress and coping: First year nepalese nursing students in clinical settings. *Journal of Nursing Education*, 35(4), 163-169.
- Martins, M. H. & Jesus, S. N. (2007). Adaptação e validação de instrumento para avaliação da resiliência. *Revista Educação — PUCRS*,
- Martins, M. H. V. (2006). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco: Resiliência e desenvolvimento*. Faro: Universidade do Algarve.
- Peralta Diaz, S. C. P., Giraldo Andrés, F. R. & Castaño Buitrago, H. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 17, 196-211.
- Rodrigues, A. M. A. (2004). *Resiliência: contributos para a sua conceptualização e medida*. Tese de doutoramento, Departamento de Ciências e Educação, Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57(3), 316-329.
- Serra, M. N. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Síffiso, Revista de Ciências da Educação*, 5, 69-80.
- Sousa, C. S. (2008). Competência educativa: O papel da educação para a resiliência. *Educação Especial*, 31, 9-24.

Taboada, N. G., Legal, E. J. & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113.

Vargas, C. P. (2009). O desenvolvimento da resiliência pelas adversidades da escola. *Revista Espaço Acadêmico*, 9(101), 109-115.

Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: CRENÇAS E ATITUDES ACERCA DAS DOENÇAS E DOENTES MENTAIS

ISABEL MARIA DE ASSUNÇÃO GIL*

A visão estigmatizada do doente mental — o louco, prevaleceu ao longo dos tempos e, em consequência desse facto, estes doentes foram vivendo em situação de exclusão social. Citando Pichot e Fernandes (1984, p. 13)

“(...) a doença mental, a partir do momento em que verdadeiramente se lhe reconheceu a sua existência, foi marcada, se não definida, pela implicação social das suas manifestações, o que levou a fixar quadros originais para o seu tratamento. Mesmo afirmando a existência de «doenças» mentais, os doentes por ela afetados eram tratados em lugares diferentes do sistema hospitalar geral”.

Os cuidados a pessoas com perturbações mentais refletiram, pois, desde sempre, os valores sociais predominantes em relação à percepção social dessas doenças. Em consequência deste facto, ao longo dos séculos, os portadores de doenças mentais foram tratados de diferentes maneiras, sendo que, a história da psiquiatria demonstra bem o processo de reações pessoais, sociais e culturais à loucura.

A história das doenças mentais está intimamente ligada à história das civilizações e das culturas, pelo que só pode ser entendida neste contexto.

* Assistente/Equiparado da ESEnFC.

Porter (2002) salienta que a loucura é tão antiga como a própria humanidade, atendendo às trepanações encontradas em achados arqueológicos que se referem a um eventual tratamento da loucura.

A doença mental era compreendida nas culturas mais primitivas na base das interpretações “mágico-religiosas” resultantes da infração de regras ou possessão do demónio.

Como salienta Santos (2001), foram importantes os avanços conseguidos pelos romanos no estudo das doenças mentais e na assistência a estes doentes. Contudo, o declínio do Império Romano e a ascensão do Cristianismo permitiu que, nos séculos seguintes, o pensamento sobre o sobrenatural voltasse a ganhar força. De facto, em oposição aos filósofos gregos, o cristianismo negava que a razão fosse a essência do homem.

Com a Idade Média dá-se uma considerável regressão no conceito de doença mental. Fala-se, de novo, em possessão demoníaca, que era a expressão dos espíritos maléficos que ocupavam a alma racional. Deste modo, o doente mental e o seu tratamento voltam a ser encarados com mistério e magia, recorrendo-se à feitiçaria.

De forma simbólica, a loucura surge associada a uma figura da paisagem imaginária do Renascimento — a Nau dos Loucos — que Foucault (2007, p. 9) descreve como um estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos: “esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra”. Os loucos tinham, pois, uma existência errante e, por isso, eram escorraçados dos muros das cidades.

É na segunda metade do século XX que ocorre uma mudança significativa no paradigma dos cuidados em saúde mental devido à psicofarmacologia, ao movimento a favor dos direitos humanos e ao facto da OMS, em 1948, ter incorporado, na definição de Saúde, as componentes sociais e mentais.

Contudo, os estigmas imputados às perturbações mentais continuaram fortes em resultado de atitudes negativas das populações relativamente aos portadores dessas doenças.

Os conhecimentos de psicologia da saúde, de sociologia e da antropologia da medicina revelam-se, hoje, essenciais para a aprendizagem de uma nova atitude na comunicação com os doentes (Paul e Fonseca, 2001).

Mas, partilhando da opinião de Milheiro (2003), mais importante do que questionar qual a atitude a tomar perante uma pessoa louca, devemos interrogar-nos acerca da atitude a tomar perante uma pessoa “normal” para que ela não venha a adoecer.

Temos presente que a estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou com perturbação mental continuam a ser uma realidade. O “livro verde” da Comissão das Comunidades Europeias, cujo objetivo consiste em melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, propõe-se a definir uma estratégia comunitária no domínio da saúde mental. Deste modo, pretende lançar o debate com as instituições europeias, os governos, os profissionais de saúde, outros interessados dos demais setores, a sociedade civil, incluindo associações de doentes e a comunidade científica, sobre a importância da saúde mental para a União Europeia, bem como a necessidade de uma estratégia a nível comunitário e as suas eventuais prioridades.

As doenças mentais na Europa estão a aumentar, estimando-se que, como é relatado no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, em 2008, quase 50 milhões de cidadãos, o que corresponde a 11% da população europeia, possuam alguma forma de doença mental.

O estigma e a exclusão social surgem como fatores de risco e, igualmente, como consequência das doenças mentais podendo criar barreiras quer na procura de ajuda, quer no próprio processo de recuperação.

“A estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos Direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou diminuída mental continua a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus fundamentais.” (Livro Verde sobre a Saúde Mental, 2005, p. 3)

O Ministério da Saúde (2007), mediante a elaboração do Relatório sobre a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, evidencia que as pessoas que sofrem de perturbações mentais apresentam um estatuto de desvantagem psicossocial tornando-se, frequentemente, vítimas de violações sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais, tais como, o tratamento cruel e desumano ou a sujeição

a condições de vida degradantes e indignas. Desta forma, além do sofrimento causado pela doença, têm ainda que enfrentar o estigma e a discriminação social.

Este relatório adverte, ainda, que o estigma se manifesta por estereótipos, medo e rejeição, exclusão social e negação dos direitos e liberdades básicas, dos direitos civis, políticos, económicos e sociais e, ainda, por restrições no acesso a cuidados de saúde, a proteção social e a oportunidades de emprego.

Todos estes documentos mencionados apontam para a necessidade da realização de estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações relativamente aos doentes e doenças mentais, dada a reprodução de imagens distorcidas acerca das doenças do foro mental e psiquiátrico que ainda se verifica na atualidade. Como é referido por Loureiro *et al.* (2008), os doentes mentais continuam a ser vistos como imprevisíveis, violentos e perigosos e são identificados diversos estudos que o confirmam (Scull, 1981; Pichot, 1983; Link e Cullen, 1983; Ayesteran e Paez, 1986; Skinner *et al.*, 1992; Johnson e Orrel, 1995; Whaley, 1997; Phelan *et al.*, 2000; Hirai e Clum, 2000; Angermeyer, 2004).

A atual política de saúde mental tende a proclamar o lugar do doente na sociedade/comunidade e, preferencialmente, na família. Contudo, é importante ter em conta as necessidades das famílias que nem sempre sabem como lidar com os seus medos e receios e que competências têm de adquirir.

A desinstitucionalização tem exigido uma grande reestruturação do sistema de referência e tratamento da doença mental e, neste sentido, o processo de transformação da imagem do doente mental pressupõe a desconstrução das ideologias e dos diversos campos do conhecimento. Diante desta nova realidade pretende-se estudar as crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca da doença mental e a influência da formação prática (ensino clínico) nessas mesmas atitudes e crenças.

Nesta abordagem das crenças e atitudes é fundamental não ignorar um aspeto importante que é realçado por Milheiro (2000) quando nos diz que em todos os profissionais de saúde mental e pessoas em geral, uma componente

essencial na formulação de um juízo sobre a loucura passa, seguramente, pelo modo como, psicologicamente, ele se constrói ao longo do seu percurso desenvolvimental.

Na perspectiva de Beck (1979) os indivíduos desenvolvem, desde a infância, crenças sobre si próprios, sobre os outros e sobre o mundo, isto é, verdades absolutas que os orientam e conduzem no seu quotidiano. Deste modo, as crenças centrais do sujeito surgem como conhecimentos fundamentais e profundos que se caracterizam por uma evidente rigidez e generalização.

As crenças são entendidas com estruturas cognitivas que filtram, codificam e avaliam, permitindo que a pessoa seja capaz de categorizar e interpretar experiências de modo significativo (Beck, 1979).

Durkheim (1998) refere-se à consciência coletiva como uma característica muito forte das sociedades simples, em que é evidente a partilha dos valores e das crenças. Com o decorrer do tempo foi-se perdendo esta consciência e adquiriu-se uma consciência individual, característica das sociedades modernas, em que as crenças deixam de ser comuns a toda população. Deste modo, cada indivíduo possui as suas crenças e assume comportamentos mais racionais que se vão refletir de forma direta nos modos de conceber a saúde e a doença.

Numa perspectiva antropológica, as crenças são consideradas como preposições falsas que separam o conhecimento comum, popular, do conhecimento científico. Sobre este assunto, Quartilho (2001) diz-nos que as “crenças culturais” são muitas vezes invocadas para justificar a “ignorância” das pessoas sobre as questões que estão diretamente associadas à sua saúde, obrigando à tomada de posições no sentido de proceder à necessária correção destas crenças erróneas, nomeadamente no âmbito dos programas de saúde pública.

Freitas e Borges-Andrade (2004) salientam que as crenças vinculam o objeto a um atributo. As crenças vão modelar as atitudes. Por sua vez, a atitude, como refere Lima (1996), funciona como um mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. Neste seguimento, à forma de agir corresponderia a atitude motora e à forma de pensar corresponderia a atitude mental. O mesmo autor considera, ainda, que as crenças fornecem

o suporte para defender a posição atitudinal, fornecendo, desta forma, a informação que o indivíduo teria disponível acerca do objeto e, face à qual, se poderia associar uma probabilidade de veracidade. Neste contexto, as atitudes seriam suportadas pelas crenças e estas constituiriam a sua componente cognitiva.

Dado que as componentes cognitiva e afetiva das atitudes tendem a ser coerentes, a maneira de modificar uma será através da alteração da outra. Assim, agir ao nível das crenças do indivíduo poderá levar a uma reestruturação da representação cognitiva do objeto. Esta reestruturação irá provocar, como salienta Wilson, apud Cardoso (2002), uma alteração na valoração desse objeto, de modo a dar consistência a afetos e cognições. Ocorrido este processo, assiste-se a uma modificação da atitude original.

A atitude, sendo algo que se vai construindo com caráter pluridimensional e dinâmico, deve ser compreendida como um instrumento fundamental da enfermagem.

A enfermagem, tal como consta no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Durante séculos os enfermeiros dedicaram-se a cuidar de pessoas e foram atribuídos vários significados à sua atuação. As mulheres aparecem-nos como pioneiras na profissão.

Uma das personagens mais carismáticas da história da enfermagem é Florence Nightingale, impulsionadora de um movimento que se desenvolveu em Inglaterra, desde 1860, e que se alargou aos Estados Unidos e Canadá, fomentando a criação de Escolas de Enfermeiras.

Florence Nightingale traçou um modelo de formação de enfermeiras que exercia influência em vários países e, em 1860, fundou a *Nightingale School*, no Hospital de S. Thomas, em Londres, que se destinava ao treino, apoio e proteção das enfermeiras e empregadas dos hospitais. Tinha como principal objetivo a formação de discípulas que, por sua vez, iriam atuar noutras ins-

tituições. A escola foi criada numa época em que era notório o crescimento da enfermagem religiosa.

Silva *et al.* (2007) fazem referência à publicação do seu trabalho “Notes of Nursing” como sendo o mais importante e que constitui um tratado sobre a organização e manipulação do ambiente das pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem.

Florence enfatizava, ainda, que a colheita sistemática de dados, aliada a uma observação persistente, eram fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados a prestar. Deste modo, os seus trabalhos foram considerados pioneiros na Investigação em Enfermagem.

A história da enfermagem e, particularmente a das escolas de enfermagem, constitui um tema muito pouco abordado em Portugal. Até aos finais do século XIX, a assistência aos doentes era prestada, quase exclusivamente, por pessoal religioso. Só em 1881 foi criada a primeira Escola de Enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra e, em 1886 e 1887, respetivamente, as escolas de Lisboa e do Porto. Surgem para responder à necessidade sentida de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado, sobretudo, nos hospitais onde se ministrava o ensino oficial da medicina.

As escolas de enfermagem que nasceram à sombra tutelar dos hospitais foram ganhando autonomia técnica e administrativa. Atualmente, encontram-se integradas no Ensino Superior Politécnico sob a dupla tutela do Ministério da Educação e da Saúde.

No entender de Moura (2005), para que o enfermeiro desenvolva as suas atividades profissionais com competência é necessária uma formação adequada que o capacite a exercer funções complexas nos sistemas de saúde, mas, torna-se igualmente importante que dê continuidade à sua formação através de atualizações constantes.

A enfermagem é, hoje, uma profissão autónoma. Esta autonomia configura-se no facto de ser o enfermeiro a iniciar e a prescrever as suas intervenções.

De facto, a autonomia profissional tem sido, ao longo dos tempos e da evolução da enfermagem, um aspeto importante para a compreensão da profissão, tanto na definição dos seus desafios e objetivos, como na forma

como os enfermeiros se integram nas equipas de saúde e na sociedade em geral. (Gomes e Oliveira, 2005)

A imagem das enfermeiras nos hospitais, como auxiliares do médico e como guardiãs da instituição tornou-se, durante anos, estruturante da identidade social deste grupo.

Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, importa considerar, como evidencia Serra (2008), que os fenómenos estruturais de ordem macrosociológica afetam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e o papel que é atribuído a estes mesmos estudantes de enfermagem.

Os processos históricos associados à evolução da profissão de Enfermagem e do seu ensino revelam-nos que, no início do século XX, as escolas não dispunham de regulamentação própria, sendo consideradas parte integrante dos hospitais e, conseqüentemente, sem qualquer autonomia. Por conseguinte, os estudantes de enfermagem poderiam converter-se em empregados do hospital sem que, contudo, tivessem direito a remuneração.

O ensino teórico que inicialmente era lecionado por médicos passou gradualmente para a responsabilidade dos enfermeiros. Em relação ao ensino prático, a aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conhecimentos teóricos. É na segunda metade do século XX, como relembra D'Espiney (2008), que o ensino prático começa a ser valorizado como espaço de aprendizagem, para o qual eram disponibilizados recursos humanos qualificados e recursos físicos e materiais adequados. A partir da década de 70, a filosofia educativa já percebe a o estudante de enfermagem como um ser em construção, de quem se espera um atitude crítica e construtiva face à realidade, abandonando o papel de mero executador de tarefas determinadas externamente.

A integração da Enfermagem no Ensino Superior foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e abriu as portas para a investigação e a produção de conhecimento específico. Conseqüentemente, o aumento das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros e dos processos de conhecimento sobre a Enfermagem contribuiu para o maior reconhecimento social da profissão.

Atualmente, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se, como menciona Serra (2008), no contexto teórico, teórico-prático e de práticas laboratoriais na escola, e em ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados realizados em serviços hospitalares ou Centros de Saúde que se apresentam como os locais privilegiados de contacto com a prática profissional e que ocorre de forma acompanhada. Estes períodos de ensino clínico constituem-se, como salientam Simões *et al.* (2008), como momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas. Ainda na perspetiva dos referidos autores, o estudante em ensino clínico encontra-se inserido num ambiente vivo que atua sobre ele e sobre o qual ele reage aprendendo a interiorizar os elementos socioculturais e integrando-os na estrutura da sua personalidade por influência de experiências significativas.

Sobre este assunto, Sá-Chaves e Alarcão (2000) recordam que os contextos da prática exercem uma influência importante na formação dos enfermeiros, sendo o potencial de desenvolvimento tanto maior quanto mais rica for a natureza e o número de vivências em contextos diversificados. Reforçam, igualmente, a importância da presença do docente, sobretudo na fase inicial, no sentido de transmitir segurança e estabelecer a ligação entre os contextos.

A competência só existe quando é aplicada, salientam Silva e Silva (2004), o que significa que o local intervém na produção de competências e conseqüentemente, como é sabido, a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho.

Na abordagem desta temática Kirshbaum e Sas (2005) afirmam que a passagem pelas atividades práticas permite que os estudantes de enfermagem compreendam a pessoa que está por detrás da doença, promovendo o acesso ao lado humano e emocional do doente, o que vai induzir mudanças nas suas conceções de doença mental.

Concordamos com Antunes (2004) quando afirma que o percurso académico e integrado nestas primeiras experiências de ensino clínico parecem constituir um dos eixos mais estruturantes da identidade profissional, na medida, em que se apropriam das normas, valores e funções que regem o

funcionamento da vida do grupo profissional e das relações com a sociedade em geral. Para esta autora é ao longo do ensino clínico que a socialização profissional assume duas funções essenciais: favorecer a adaptação de cada estudante à vida profissional e contribuir para a manutenção de um certo grau de coesão entre os membros do grupo.

Mas, o processo de socialização implica uma transmissão cultural. No caso específico da enfermagem, as estruturas de saúde constituem contextos de aprendizagem carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes, onde se movimentam diversos atores, dos quais se destacam os profissionais de saúde, os docentes orientadores do ensino clínico, os estudantes em formação e os utentes, cada um deles com posições e objetivos diferenciados (Carapinheiro, 1998).

De um modo geral, os ensinamentos clínicos constituem contextos curriculares bastante valorizados pelos estudantes, que os qualificam como muito gratificantes por constituírem momentos do percurso formativo onde se passa da teorização à operacionalização de procedimentos, ainda que se realizem sob a supervisão, quer dos profissionais da instituição, quer dos docentes da escola.

No entender de Camacho e Santo (2001), o estudante, durante o seu percurso de formação, cria e renova maneiras de encarar as dificuldades como algo positivo e necessita de se sentir incentivado para a descoberta de novos caminhos, pelo que se torna imprescindível o impulso à criatividade e ao desenvolvimento do conhecimento crítico.

Citando Abreu (2002, p. 54) *“(...) a enfermagem trabalha e conquista novos enquadramentos, discute-se a relação entre a teoria e a prática, o acompanhamento dos ensinamentos clínicos coloca-se no centro das reflexões sobre a formação graduada; os limites éticos, o estatuto profissional, a responsabilidade são sistematicamente introduzidos no debate sobre as ciências de enfermagem”*.

Relativamente à enfermagem psiquiátrica é importante ter presente que a evolução dos conceitos de saúde e doença, a representação da saúde mental e as estratégias de cura estão relacionados, como já foi referido anteriormente, com os correspondentes paradigmas de cada época e têm as suas origens nos primórdios da civilização. Desta forma, a caracterização histórica e sociológica da prestação de cuidados de saúde mental assume uma

especificidade e uma evolução próprias que, em saúde mental e psiquiatria permitem garantir na atualidade a oferta de respostas diferenciadas e de qualidade, distantes das existentes no passado.

A enfermagem tem procurado oferecer uma assistência mais humanizada fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica. Terra *et al.* (2006) re-metem-nos para a necessidade dos enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas reavaliando as suas atitudes proporcionando cuidados centrados no ser humano que tem direito a ser assistido sem exclusão. Desta forma, o enfermeiro deve direcionar a sua atuação para a compreensão das pessoas dentro do seu contexto social e familiar, assistindo-o dentro da sua multidimensionalidade.

A formação de enfermeiros psiquiátricos teve início na Suíça, no início do século XX sendo criado um curso devidamente estruturado que conferia diploma e habilitava os enfermeiros para prestar cuidados aos doentes nos asilos psiquiátricos (Sequeira, 2006).

No nosso país, foi a abertura dos hospitais psiquiátricos que marcou o início da formação em enfermagem psiquiátrica, inicialmente com a vinda de enfermeiros suíços para Portugal e, posteriormente, com a abertura das Escolas de Enfermagem Psiquiátrica da zona Sul (Hospital Júlio de Matos), Centro (Hospital Sobral Cid) e Norte (Hospital de Conde Ferreira).

Os cursos para enfermeiros psiquiátricos tinham uma vertente física, onde eram lecionadas disciplinas do curso geral de enfermagem (patologia médica e cirúrgica, anatomia e fisiologia) e uma vertente psiquiátrica (enfermagem psiquiátrica teórica e prática e, ainda, deontologia).

Acompanhando a evolução na assistência ao doente mental ocorreu também uma transformação a nível das práticas de enfermagem psiquiátrica. Atualmente, o enfermeiro de psiquiatria assume um papel terapêutico cujas ações assentam no relacionamento estabelecido com o doente a partir da compreensão dos seus comportamentos e da sua aceitação como ser humano. Isto implica que o enfermeiro de psiquiatria possua conhecimentos científicos e competências pessoais e profissionais para o desempenho desse papel.

O ensino de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica faz parte dos planos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Para a ANA (American Nurses Association), citada por Stuart e Sundeen (1992, p. 4), a Enfermagem Psiquiátrica é “uma área especializada da enfermagem que utiliza como método científico as teorias da conduta humana e cujo objetivo é o bem-estar do indivíduo”.

Durante a sua formação o enfermeiro aprende novos conhecimentos e treina habilidades, competências e atitudes que, com o recurso aos instrumentos de enfermagem, lhe permite atuar perante as necessidades do utente no sentido de prevenir, atenuar ou corrigir os transtornos mentais.

Citando Bagagem (1992, p. 184):

“A atuação dos enfermeiros em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é fundamentalmente baseada nos cuidados de enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os doentes, familiares, com os elementos da equipa e com a sociedade em geral, através das variadíssimas interações e transações que diariamente desenvolvem nas suas atividades”.

A relação enfermeiro/doente só é verdadeiramente terapêutica quando é intencional, isto é, quando promove ao doente uma experiência que ajude a ultrapassar as suas dificuldades. Mas, para que esta intencionalidade se desenvolva, a dinâmica da relação enfermeiro/doente tem de assentar num conhecimento profundo do doente. Só a partir deste conhecimento mais real da complexidade da pessoa humana que é o doente se poderá traçar as estratégias que melhor fomentam uma situação de reequilíbrio, atendendo a que os doentes mentais não podem ser simplesmente consumidores de cuidados e medicamentos mas corresponsáveis pelo seu tratamento.

Pensamos que o conhecimento mais aprofundado das crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e dos doentes mentais permitirá o desenvolvimento de estratégias de ensino/aprendizagem adequadas e com impacto na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem ao doente mental promovendo, no futuro, a desmistificação de ideias pré-concebidas e, conseqüentemente, uma melhoria do modelo de orientação pedagógica em ensino clínico, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. É de realçar a escassez de trabalhos empíricos nesta área com estudantes de enfermagem.

No Brasil foi realizado um estudo por Pedrão *et al.* (2002), numa amostra de estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em que a OMIS foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa. A amostra incluía 68 estudantes recém-chegados à Universidade e 73 que frequentavam o último semestre do referido curso e o objetivo do estudo consistia em avaliar a influência da instrução académica nas atitudes perante a doença mental.

De referir que, no Brasil, a versão da OMIS se designa “Opiniões sobre a Doença Mental” (ODM) e foi traduzida e validada para a população brasileira por Rodrigues (1983). Do estudo de validação resultaram 7 dimensões, mais duas do que a escala original de Cohen e Struening (1962), que continha apenas 5 dimensões e, que o autor designou por *etiologia de esforço mental*, que reflete a ideia de que a doença mental tem origem no excessivo “esforço cerebral” resultante do trabalho intelectual exagerado e, *visão minoritária*, que traduz o conceito de que o doente mental, por ser muito diferente das pessoas tidas como normais, pode ser facilmente reconhecido num grupo, atendendo à sua aparência externa.

Dos resultados deste estudo verificou-se que os alunos que iniciavam o referido curso tendem a exibir atitudes negativas perante o sujeito com doença mental. Estes resultados revelaram que os estudantes em questão mostravam atitudes de autoritarismo perante o doente mental e tendência para um protecionismo bondoso. De realçar, ainda, que as atitudes mais positivas face à doença mental são constatadas nos finalistas do referido curso, o que evidencia a influência que a formação académica pode ter na “mudança” de atitudes.

Num estudo por nós desenvolvido, com uma população constituída por 89 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Região Centro de Portugal, com a utilização do Inventário de Crenças acerca das Doenças e Doentes Mentais (ICDM) de Loureiro (2008) e da Escala de Opiniões acerca Doenças Mentais (OMIS) de Cohen e Struening (1962), os resultados preliminares apontam para uma melhoria relativamente às crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Destacamos o aumento da crença no reconhecimento da doença (que indica uma visão não estigmatizante que aponta para o tratamento e reabilitação se o diagnóstico for atempado); da doença como condição médica (apelando para o uso de medicamentos

no seu tratamento); e o decréscimo da doença como causa de estigma e discriminação, bem como, da perigosidade. Já nas atitudes verifica-se uma maior benevolência e ideologia da higiene mental (entendida com uma perspectiva que oferece resistência ao estigma), diminuindo o autoritarismo e a restrição social.

Os resultados preliminares vão de encontro ao anteriormente referido por Pedrão *et al.* (2002), reforçando a ideia de que o ensino clínico contribui para uma perspectiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem.

Referências Bibliográficas

Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45, 53-57.

Antunes, L. (2004). As aspirações e trajectórias sociais dos estudantes de enfermagem e o confronto com a (futura) realidade profissional. In: *Actas do 5.º Congresso Português de Sociologia*. Retrieved 20 outubro 2008 from http://www.aps.pt/cms/docs_DPR4628f816Ca_1.pdf

Bagagem, M. (1992). Papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica numa equipa de saúde à luz de novos conceitos. *Servir*, 40(4), 182-186.

Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: International Universities Press.

Camacho, A. & Santo, F. (2001). Refletindo sobre o cuidar e o ensinar em enfermagem. Versão electrónica). *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(1), 13-17.

Carapineiro, G (1998). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.

Cardoso, A. P. (2002). *A receptividade à mudança e à inovação pedagógica: O professor e o contexto escolar*. Lisboa: ASA.

Cohen, J. & Struening, E. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349-360.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bru-

xelas. Retrieved 27 maio 2008 from <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/02/livro-verde-pt.pdf>

Costa, P. (2009). *Crenças e representações sociais dos técnicos de saúde mental e sua influência nas actuais práticas terapêuticas*. [Versão electrónica]. Retrieved 20 dezembro 2009 from <http://www.paulojosecosta.com/wp-content/uploads/2009/07/Cren%C3%A7as-e-Representa%C3%A7%C3%B5es-Sociais-dos-T%C3%A9cnicos-de-Sa%C3%BAde-Mental-e-sua-Influ%C3%Aancia-nas-Actuais-Pr%C3%A1ticasTerap%C3%Aauticas1.pdf>

D’Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 6: 7-29. Retrieved 20 julho 2009 from <http://sisifo.fpce.ul.pt>.

Daniel, L. (1983). *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo. EPU.

Decreto-Lei n.º 161/96 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República*, I Série-A, 205, (96-09-04), alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Durkheim, E. (1998). *As regras do método sociológico* (7.ª ed.). Lisboa: Presença.

Foucault, M. (2007). *História da loucura na idade clássica* (8.ª ed., 1.ª reimp.). São Paulo: Perspectiva.

Freitas, I. & Andrade, J. B. (2004). Construção e validação de escala de crenças sobre o sistema de treinamento. [Versão electrónica]. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 479-488.

Gomes, A. & Oliveira, D. (2005). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem [Versão electrónica]. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2), 145-153.

Kirschbaum, D. & Sas, S. (2005). As contribuições das actividades práticas na transformação da visão de doente mental, elaborada por alunos concluintes do curso de graduação de enfermagem. In *13.º Congresso Interno de Iniciação científica da UNICAMP-SP: Caderno de Resumos*, 1, 24-24.

Lima, M. (1996). *Psicologia social*. Lisboa: FCG.

Loureiro, L. (2008). *Representações sociais da loucura: Importância para a promoção da saúde mental*. Tese de doutoramento, Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto.

Loureiro, L. et al. (2008). Representações sociais da loucura: Uma abordagem qualitativa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 15-28.

- Milheiro, J. (2000). *Loucos são os outros*. Lisboa: Fim de Século.
- Milheiro, J. (2003). *Adão e Eva no deserto... um olhar psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: relatório. Lisboa: MS/CNRSSM.
- Moura, M. (2005). Ensino de competência e para competência na enfermagem [Versão electrónica]. *Enfermeria Global*, 6, 1-19.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Projecto de decreto-lei que cria no âmbito da RNCCI as unidades e equipas de cuidados continuados integrados da saúde mental. Retrieved 20 março 2009 from: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Pareceres/Projecto_de_Decreto_Lei_RNCCI-_Set-08.doc
- Paul, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pedrão, L. et al. (2002). Perfil dos alunos de enfermagem frente à doença mental antes da influência da instrução académica proveniente de disciplinas de área específica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 794-799.
- Pichot, P. & Fernandes, B. (1984). *Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche.
- Portal da Saúde (2008). Pacto europeu para a saúde mental e bem-estar. Bruxelas. Retrieved 27 maio 2009 from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/7/bruxelas>
- Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. New York: Oxford University Press.
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, medicina e psiquiatria: Do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Sá-Chaves, I.; Alarcão, I. (2000). Supervisão de professores e desenvolvimento humano: Uma perspectiva ecológica. In: Sá-Chaves, I. (org.) (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (pp. 143-159). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Santos, A. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro: Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 5, 69-80. Retrieved 20 julho 2009 from <http://sisifo.fpce.ul.pt>.

Shorter, E. (2001). *História da psiquiatria: Da era do manicómió à idade do prozac*. Lisboa: Climepsi.

Silva, A. *et al.* (2007). Florence Nightingale: Biografia e influência para a enfermagem. [Versão electrónica]. *Percursos*, 2, 4-6.

Silva, D. & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium: revista do ISPV*, 30, 103-118.

Simões, J. *et al.* (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência*, 6, 91-108.

Stuart, G. W. & Sundeen, S. J. (1992). *Enfermeria psiquiátrica*. Madrid: Interamericana de Espana.

Terra *et al.* (2006). Saúde mental: Do velho ao novo paradigma — uma reflexão. *Revista Esc Anna Nery Enferm*, 10(4), 711-717. Retrieved 20 setembro 2008 from https://www.docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:o9uRYxgT9vsJ:www.eean.ufrj.br/revista_enf/20064/15%2520ARTIGO%252011.pdf+psiquiaSaúde+mental:+do+velho+ao+novo+paradigma+-+uma+reflexão.&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESi634yDhiYfNKX16LWJMxMWAcOmNVYnuczRorxjdBjUci94S0vhBCde0HN2bRcQ-zWLJPwLE9WTb2z2F5T8osm6UmzubNxV8XiEhO1YKwCFb82BPINzQxN-1XtWAY3qfCMuudwpl&sig=AHIEtbTxTQdQrsAFYKW6r5rMmGCscy2BuQ



EMPREENDEDORISMO EM ENFERMAGEM — O LEGADO DE FLORENCE NIGHTINGALE

JOÃO MANUEL GARCIA DO NASCIMENTO GRAVETO*

MANUEL CARLOS RODRIGUES FERNANDES CHAVES**

PEDRO MIGUEL DOS SANTOS DINIS PARREIRA***

Os avanços na Humanidade foram possíveis pela determinação de pessoas que demonstraram grande capacidade para agir, desafiando os princípios da sua época. É esta grande capacidade para gerar valor para a sociedade que caracteriza o perfil dos empreendedores, de que é exemplo Florence Nightingale, considerada como a fundadora da Enfermagem Moderna.

O presente artigo procura efetuar ligações entre diversas temáticas consideradas precursoras e fundamentais no empreendedorismo na saúde e, mais concretamente, em enfermagem. Assim, abordaremos os seguintes assuntos: a importância do Empreendedorismo Social (como motor de desenvolvimento económico e social); o legado de Florence Nightingale (como uma das maiores referências mundiais na área do empreendedorismo social); organizações e empreendedorismo social; empreendedorismo na saúde — perfil do enfermeiro empreendedor; e um último, promoção de uma cultura empreendedora no ensino da enfermagem, onde se faz uma resenha sobre o trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Empreendedorismo da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (GESEnFC). Nas várias cogitações aqui redigidas, procura-se relacionar e fazer “pontes” com o legado desprendido

* Professor Adjunto na ESEnFC, RN, MSc, PhD, Membro do GESEnFC. jgraveto@esenfc.pt

** Assistente Convidado na ESEnFC, RN, MSc, Membro do GESEnFC. mchaves@esenfc.pt

*** Professor Adjunto na ESEnFC, RN, MSc, PhD, Coordenador do GESEnFC. parreira@esenfc.pt

por Florence Nightingale, empreendedora que dedicou uma vida ao cuidado do outro para a profissionalização da enfermagem.

Deste modo, procuram-se efetivar e espelhar, na composição deste artigo, conexões entre um passado, inegável, sobre a vida de Nightingale e o seu papel, atual e presente, enquanto criadora de uma enfermagem moderna num mundo onde o empreendedorismo e a inovação social são, cada vez mais, elementos chave.

Empreendedorismo Social — um motor de desenvolvimento económico e social

A expressão “empreendedor social” é relativamente nova, tendo sido utilizada, pela primeira vez, na década de 1960 e 1970. No entanto, estes empreendedores encontram-se em toda a história e incluem diversas figuras históricas. Para além do exemplo de Florence Nightingale (mãe da enfermagem moderna), podíamos citar Robert Owen, criador de uma das primeiras cooperativas, e Maria Montessori, responsável pela criação de um método novo de educação para crianças. Estes empreendedores sociais marcaram a sua época mediante a criação de valor.

Se no passado, essencialmente caracterizado pela estabilidade da envolvente, o comportamento empreendedor era ditado pelos que ousavam fazer diferente, sendo desígnio dos destemidos, presentemente, os cenários mutantes acelerados com as transformações impulsionadas pelas novas tecnologias de comunicação e de informação, projetam no comportamento empreendedor uma estratégia para lidar com a mudança, garante da sobrevivência das organizações. Este comportamento, quando inscrito nas questões da responsabilidade social, além de ser uma estratégia usada pelas organizações com retornos positivos importantes, desloca, também, o empreendedorismo para a responsabilização individual, ao “reclamar” e “exigir” o uso de competências desenvolvidas em prole da sociedade, contribuindo para transformar o local onde vivemos num mundo melhor. Daí que o empreendedorismo esteja nas agendas nacionais e internacionais, sendo considerado como um motor de desenvolvimento, crescimento e gerador de emprego, e uma questão vital para a sobrevivência e sustentabilidade das nações. Esta mudança radical do papel do

empreendedorismo como “motor de desenvolvimento económico e social em todo o mundo” (Audretch, 2002, p. 5) espelha bem a sua importância para a sustentabilidade do mundo moderno.

Este espírito empreendedor, para além de ser um comportamento pro-ativo, é, também, “uma atitude mental” (CCE, 2003, p. 6) que engloba a motivação e capacidade de um indivíduo, individualmente ou em grupo, para identificar oportunidades gerando um resultado ou um novo valor. Combina risco, criatividade e capacidade de gestão, e é gerador de emprego (Gallagher e Stewart, 1986; Storey e Johnson, 1987; Audretch, 2002).

Complementarmente, a definição proposta pela OCDE (1998), assinala a capacidade de ser agente de mudança, de gerar, disseminar e criar, associando-lhe a aptidão em correr riscos, componentes estas presentes no caminho percorrido por Nightingale:

“Entrepreneurs are agents of change and growth in a market economy and they can act to accelerate the generation, dissemination and application of innovative ideas... Entrepreneurs not only seek out and identify potentially profitable economic opportunities but are also willing to take risks to see if their hunches are right” (OCDE, 1998, p. 11).

Este espírito empreendedor situou-se na área do empreendedorismo social como foi o caso de Florence Nightingale. Apesar da capacidade empreendedora poder ser de difícil operacionalização, Storey (1991) sustenta que poderá ser avaliada em termos do legado deixado. No caso de Florence Nightingale a “herança” é clara, pois a mesma transmitiu aos seus sucessores uma nova forma de cuidar dos outros, uma nova profissão, assumindo, objetivamente, um novo percurso, o que a torna, hoje, reconhecida como uma empreendedora social.

Este “contágio” empreendedor tem tido eco ao nível do tecido social e económico, sendo, cada vez mais, as novas e pequenas empresas que criam trabalho, perspectivam crescimento económico e são competitivas (Audretsch, 2002; CCE, 2003). O seu efeito económico é de tal ordem positivo que se verifica que são os países com maior vontade e capacidade empreendedora

que obtêm maiores decréscimos no desemprego (Audretsch, 2002). Como nos confirma (CCE, 2003), entre 1993 e 1996, nos EUA, dois terços do total de postos de trabalho foram criados por 350.000 empresas de crescimento rápido, sendo inquestionável que a capacidade de adaptação às mudanças económicas é crucial para a competitividade (ECR, 2000).

Verifica-se que o empreendedorismo social é uma forma de abordar problemas sociais e de capacitar aqueles que pretendem contribuir para melhorar as respostas e querem ajudar a construir um mundo com mais qualidade de vida, apoiando o *stakeholders* do planeta. Deste modo, os empreendedores sociais desenvolvem projetos dedicados a missões sociais, de que é modelo Florence Nightingale, conhecida como a “Dama da Lâmpada”. Os empreendedores sociais centram-se na resolução de problemas sociais que, através da utilização de princípios da gestão empresarial, inovação e criatividade, desenvolvem soluções criadoras de valor e põem a visão na ação, operando mudanças sociais positivas.

O legado de Florence Nightingale

A obra de Florence espelha bem este desiderato como empreendedora social, do qual já se contam mais de 200 livros, artigos e relatórios. Foi líder em *networking* na mobilização de poderes em prole de causas sociais e pioneira na assistência e reforma médico-sanitária, assumindo riscos ao pôr em causa os poderes e valores instalados, sempre na procura de respostas a problemas sociais. Operou em contextos difíceis, obtendo, no entanto, resultados reconhecidos por todos. Exemplo disso foi o seu contributo na diminuição das taxas de mortalidade através de intervenções importantes no desenvolvimento da administração hospitalar, na avaliação sistemática de resultados (precursora dos registos de enfermagem), na monitorização, através da sua mestria em estatística hospitalar, e na implementação de mudanças sustentadas na prática hospitalar, fundando, assim, uma nova prática de enfermagem (Costa *et al.*, 2009).

De educação esmerada e claramente diferenciada (revelando uma cultura muito acima da média), torna-se pioneira no tratamento de feridas, sendo apenas em contexto de guerra da Crimeia, em 1854, que, conjuntamente com 38 enfermeiras, apoia feridos de guerra e se torna carismática e famosa.

Esta participação tornou-a uma figura popular no seu país, onde o seu nome era sinónimo de doçura, eficiência e heroísmo. Passou, então, a ser conhecida como a “Dama da Lâmpada” pela sua presença contínua e humanista, conseguindo instituir uma metodologia científica na enfermagem e mudar diversas práticas hospitalares. É em 1907 que se torna a primeira mulher a receber a Ordem de Mérito no Reino Unido.

Florence Nightingale foi, efetivamente, uma empreendedora que se caracterizou por ser impetuosa, persistente, poderosa, guerreira em pele de burguesa, dedicada, convicta, útil, inspiradora, brilhante, inconformada, meticulosa, pró-ativa, perseverante, destemida, pioneira,, convicta, determinada, visionária, corajosa, tenaz, generosa e disposta a assumir riscos. A sua determinação na causa social, que a impulsionou a apoiar prostitutas e a abdicar de um papel social fácil, de luxo, visando servir propósitos de saúde e sociais ousados, assinam o caráter desta empreendedora que está entre as 100 mulheres mais influentes que marcaram a história mundial (Costa *et al.*, 2009).

O trabalho que realizou durante a guerra teve um impacto muito maior do que, simplesmente, a ação de reorganizar a enfermagem e salvar vidas (Costa *et al.*, 2009). As autoras salientam marcos empreendedores na sua “história”, realçando determinadas características e, concretamente, a sua capacidade de:

- Trabalho (incansável);
- Raciocínio — usando, por exemplo, os seus conhecimentos de cálculos na estatística e epidemiologista;
- Visão — com uma capacidade criadora única (vários exemplos de reformas consideradas, por muitos, surpreendentes nos cuidados de saúde, e não só, para a época);
- Liderança;
- Transformação — dar voz ao silêncio e de tantos modos reconhecidos como “modelos”;
- Desconstrução e reconstrução de preconceitos e estereótipos — a sua capacidade reformista e questionadora foram das suas características mais perceptíveis;

- Criar rede — fundação de diversas escolas e instituições de saúde;
- Influência e de poder — sendo considerada um mito;
- Abnegação e decisão em modificar as condições de saúde da sociedade nos finais do século XIX;
- Estabelecer contactos — a sua família e a influência inerente à mesma, não pode ser negada, pois a Nightingale era filha de uma família poderosa com contactos privilegiados a nível governamental e a nível internacional (o que na época era invulgar).

Mulher convicta, determinada e destemida, defendeu a melhoria das condições de tratamento médico dos mais pobres e indigentes. Nightingale, enfermeira, política, epidemiologista, visionária, tornou-se um verdadeiro exemplo para muitas mulheres que, sem hesitarem, lhe quiseram seguir os passos. O seu poder económico e social herdado é salientado constantemente e considerado como decisivo para que os seus feitos fossem propagados (Baly, 1998).

Pelas razões aduzidas, a história de Florence Nightingale espelha, de modo inequívoco, a empreendedora social de referência que se tornou até aos dias de hoje.

Organizações e o empreendedorismo social

O empresário moderno surge, somente, em 1981, num movimento social peculiar, quando o empreendedor social Bill Drayton fundava a Ashoka Innovators para identificar e apoiar os próprios empreendedores sociais. Até à data, Ashoka (Associação Profissional de Gestores Ambientais e Apoio a Empreendedores Sociais) já apoiou mais de 1.800 empreendedores sociais em mais de 60 países. Atualmente existe um grande número de organizações que promovem o empreendedorismo social como uma forma importante de abordar problemas sociais correntes. A Fundação Skoll, iniciada pela *eBay* pelo primeiro presidente Jeff Skoll, concede um prémio anual de milhões de dólares para novos empreendedores sociais. A Fundação Schwab de Empreendedorismo Social, criada pelo fundador do Fórum de Economia Mundial, Klaus Schwab, destaca empreendedores sociais do ano em todo o mundo e ajuda-os a conectarem-se com investidores (Ashoka, 2010).

O empreendedorismo social tornou-se, ainda mais, difundido, nos dias de hoje, muitas vezes, para preencher lacunas quando os programas dos governos não conseguem resolver nem chegar. Em 2006, o empreendedorismo social ganhou notoriedade quando Muhammad Yunus, fundador do Grameen Bank, ganhou o Prémio Nobel da Paz — atribuía um micro-crédito a pessoas pobres para estas poderem criar os seus próprios negócios sustentáveis. Ficou definitivamente esclarecido que a actividade dos empreendedores sociais gera valor com sustentabilidade. As palavras de Muhammad Yunus, *“My greatest challenge has been to change the mindset of people. We see things the way our minds have instructed our eyes to see.”* (Schwab et al., 2009, p. 10).

O crescimento desta actividade criadora de valor, dentro de um espírito positivo, tem ganho um número crescente de adeptos ao longo dos últimos anos como tem sido o caso da *Ashoka*, fundada por Bill Drayton, empreendedor social de referência mundial nos dias de hoje. Ainda nos seus estudos pré-universitários, criou e construiu a Sociedade da Ásia, vindo a ser a maior organização estudantil de então. É, então, em Harvard, onde fez a sua formação universitária, que vem a fundar a *Ashoka*, começando por ser um fórum interdisciplinar semanal adstrito às ciências sociais, que recebe as maiores distinções académicas. De 1977 a 1981, Bill foi administrador adjunto na Agência de Proteção Ambiental (EPA) dos Estados Unidos. Neste cargo conseguiu uma série de grandes inovações, conquistas e reformas, que vieram a servir como base no Protocolo de Quioto. Bill vem a assumir-se, definitivamente, em 1984, como presidente e *Chief Executive Officer* da *Ashoka*, sendo as suas inovações consideradas modelo e referência para todo o mundo. Ele é, também, presidente da *Generation Change the World* (Comunidade Verde) e da *Get América Work*. Já em 2005 é escolhido como um dos melhores líderes da América por E.U. *News & World Report* e do Centro Harvard de Liderança Pública. Em 2006, é reconhecido como sendo um dos 100 “estudantes mais influentes de sempre” da Universidade de Harvard. Em 2007, foi agraciado como Empreendedor Social do ano, tendo terminado o seu PhD em 2009 (Ashoka, 2010).

Empreendedorismo na Saúde — Perfil do Enfermeiro Empreendedor

O International Council of Nurses (ICN, 2004), no seu documento “Guidelines on the Nurse Entre/Intrapreneur Providing Nursing Service”, assinala a importância do empreendedorismo na Saúde, em especial na enfermagem, advertindo para a necessidade de desenvolver conhecimentos que permitam aos enfermeiros prestarem serviços de enfermagem de âmbito privado. Realçam a importância no estabelecimento de relações entre enfermeiros empreendedores, nomeadamente na identificação das funções e serviços prestados, visando a criação de perfis do enfermeiro empreendedor.

Neste contexto, o ICN (2004) define empreendedor como o indivíduo que assume responsabilidade e risco para criar oportunidades, que usa o talento pessoal, competências e energia, e que emprega um processo de planeamento estratégico para transferir essa oportunidade para um produto ou serviço (Vogel e Doleys, 1988; ICN, 2004). Assim sendo, um enfermeiro empreendedor pode desenvolver negócios relacionados com os cuidados diretos, educação, investigação, de natureza administrativa ou consultiva.

Contudo, um novo conceito é referido, o de Enfermeiro Intra-Empreendedor, que é um enfermeiro assalariado que desenvolve, promove e oferece um programa de enfermagem/saúde inovador ou um projeto enquadrado dentro de um tipo de cuidados de saúde (Kingma, 1998; ICN, 2004).

É interessante assinalar as tendências ao nível do empreendedorismo em enfermagem, oscilando de forma ciclotímica entre dois polos opostos: trabalho por conta própria ou por conta de outrem, decorrente das contingências ditadas pela envolvente. Até à Segunda Guerra Mundial muitos enfermeiros exerciam uma prática independente. Segundo o ICN (2004), em 1930, mais de 60% de todos os enfermeiros no Canadá exerciam a profissão na área privada de forma independente. A participação dos mesmos ocorria em diversos setores da sociedade civil, nomeadamente no serviço militar, na enfermagem de saúde pública e nos cuidados domiciliários. A sua atuação era bastante visível com uma participação efetiva na sociedade. Somente depois da II Grande Guerra, com as alterações económicas e políticas, ocorreram mudanças que conduziram à institucionalização da prática de enfermagem em muitos países. Esta centralização e controle conduziu à criação de emprego para

os enfermeiros nos hospitais e centros de saúde, tornando-se rapidamente num padrão normativo a seguir — trabalhar por contra de outrem.

É, nas últimas décadas, com o surgir de uma “nova crise” económica e social, que se criam novas condições que favoreceram a descentralização e a implementação de soluções e abordagens inovadoras, sendo, assim, possível desenvolver condições para o renascer da importância do empreendedorismo.

De entre uma diversidade de razões que re-impulsionaram o empreendedorismo, o ICN (2004) aponta a tendência crescente para a privatização de serviços, a liberalização do comércio e sua internacionalização, a criação de condições favoráveis ao desenvolvimento de projetos empreendedores, com a facilitação proporcionada por redes de informação e legislação. Acrescentam que a mudança nas expectativas dos clientes, a facilidade no acesso ao crédito, especialmente para a mulher, as modificações nas perceções da sociedade, o maior nível de educação básica, o acesso mais fácil ao ensino superior e as mudanças nos consumidores que se tornaram mais exigentes, também, em termos de saúde, constituíram os ingredientes para que muitos comesçassem a desenvolver uma “mente empreendedora”.

Acrescenta-se, ainda, que o desempenho de um papel mais interventivo e de maior diversidade por parte das mulheres, a insatisfação crónica de enfermeiros no local de trabalho (devido à má imagem pública), a incapacidade em colocar em prática o conhecimento e competências adquiridas, o desemprego crescente e a precariedade laboral em enfermagem, as mudanças nas necessidades de saúde das populações (que apresentam necessidades diferenciadas e crescentes, nomeadamente pelo aumento do número de idosos, de doentes com sida e de doentes crónicos), a desinstitucionalização de doentes mentais (com maior ênfase na promoção da saúde), a crescente atenção na prevenção de acidentes e a reabilitação (com mais apoios, serviços e avanços significativos no conhecimento de enfermagem), fizeram despontar novamente o empreendedorismo (ICN, 2004).

Contudo, dados do ICN, em 2004, revelam, ainda, que o número de enfermeiros empreendedores se situava entre os 0,5% e 1%, variando consoante a sua localização geográfica. Este facto leva-nos a concluir que existe, ainda, muito trabalho a fazer a este nível.

Deste modo, quando se fala no perfil de um enfermeiro empreendedor, o ICN destaca as seguintes características: forte autoimagem, auto-confiança e auto-eficácia; necessidade de realização; apetência para correr riscos; criativo; com iniciativa; visionário; auto-disciplinado; independente; orientado para metas; capaz de lidar com o fracasso, ambiguidade e incerteza; íntegro, com confiança, paciente e entusiasta; bom organizador, que planeia; pró-ativo e com experiência de trabalho em enfermagem (3-15 anos); com formação pós básica; competente na comunicação, negociação e marketing; gestão do tempo; relações públicas e conhecimentos de contabilidade; conhecimentos relativos à legislação e segurança; e capacidade de influência na obtenção de subsídios e financiamentos (ICN, 2004).

O ICN (2004) refere que a liberdade e independência proporcionada pela profissão possibilitam, cada vez mais, o desenvolvimento de abordagens inovadoras em diversas áreas da prestação de cuidados de saúde. Daí que as suas funções, serviços e ambientes de trabalho variem com as diferentes necessidades do contexto. O âmbito alargado do setor da saúde, na atualidade, permite um vasto leque de atividades em que os enfermeiros podem, potencialmente, tornar-se profissionais independentes e peritos. Deste modo, o empreendedorismo em enfermagem permite aos enfermeiros operarem, por exemplo, em várias áreas dos serviços de enfermagem, produtos e serviços ligados aos cuidados de saúde, nomeadamente: áreas de desenvolvimento, avaliação e venda; consultoria na área das políticas de saúde; e áreas relacionadas com publicações. Assim, o enfermeiro empreendedor pode assumir uma multiplicidade de papéis diretamente relacionados com áreas da prática profissional, providenciando uma grande amplitude de serviços, a saber (Quadro 1):

QUADRO 1. Alguns exemplos de áreas de Empreendedorismo em Enfermagem

<p>Clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliações de saúde. - Cuidados de enfermagem diretos. - Cuidados continuados e paliativos. - Cuidados a doentes crónicos. - Cuidados especializados: obstetrícia, estomoterapia, diabetes, diálise, etc. - Saúde ocupacional e Saúde Escolar. - Serviço de consulta. <p>Consultoria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultoria, consultoria em gestão e consultoria em saúde ocupacional. - Planeamento de recursos humanos. - Aconselhamento e apoio. <p>Terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia. - Reabilitação respiratória. <p>Gestor de Caso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordenador de serviços. - Provedor do utente. <p>Parceria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade partilhada. - Papel no desenvolvimento criativo nos cuidados de saúde. <p>Secretário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correspondência. - Gravação de registos. <p>Consultor de marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisas de mercado. - Campanhas de marketing. - Pesquisa de mercado. - Desenvolvimento de apresentação de negócios: logo, publicidade, anúncios publicitários, etc. 	<p>Ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde: redução de stress, nutrição, programas de prevenção nas áreas da sexualidade, abuso de substâncias, consultas de acompanhamento infantil e juvenil. - Programas de prevenção: sexualidade, abuso de drogas, delinquência juvenil, acidentes. - Aconselhamento e Aleitamento. - Programas de educação permanente. - Educação comunitária. - Planeamento familiar. - Saúde da Mulher. - Primeiros socorros. <p>Investigação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projetos que visem a melhoria da saúde, serviços e/ou o estado de saúde de uma população alvo. <p>Supervisor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestão de pessoal. - Desenvolvimento pessoal. <p>Empregador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestador de serviços de saúde. - Acompanhamento de garantia de qualidade. - Fornecedor e distribuidor de material e/ou equipamento - Desenvolvimento de produtos de saúde/técnicas/procedimentos. - Planeamento de recursos, gestão e desenvolvimento. - Gestão do ambiente laboral. - Planeamento estratégico. <p>Contabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escriturário. - Contencioso. - Responsabilidade financeira. Ex.: fiscal, legal, benefícios (seguros, pensões), pessoal, etc. <p>Rececionista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contactos preliminares com potenciais clientes. - Contacto permanente com clientes - Triagem. <p>Proprietário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proprietário de empresa. - Funções relacionadas com planeamento e espaço.
--	--

Fonte: Adaptado de International Council of Nurses (2004) Guidelines on the Nurse Entre/Intrapreneur Providing Nursing Service Geneva, Switzerland, ISBN: 92-95005-84-8.

Promoção de uma cultura empreendedora no ensino da enfermagem

As palavras de Peter Druker (2004) são bem elucidativas da importância da educação do empreendedorismo “Most of what you hear about entrepreneurship is all wrong. It’s not magic; it’s not mysterious; and it has nothing to do with genes. It’s a discipline and, like any discipline, it can be learned” (Schwab *et al.*, 2009 p. 10).

Com vista à agilização do trabalho no âmbito da promoção de uma cultura empreendedora na Comunidade Educativa e à articulação com parceiros da comunidade (ex. Incubadora Pedro Nunes), o Conselho de Gestão da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) criou o seu Gabinete de Empreendedorismo (GE) que tem como missão dinamizar um conjunto de iniciativas e atividades. Este contribui para a criação e desenvolvimento de uma cultura empreendedora, apoiando projetos empreendedores que promovam respostas inovadoras às necessidades em saúde.

O GE da ESEnFC pretende ser uma referência nacional e internacional na dinamização do empreendedorismo em saúde. Visa realizar a sua actividade em articulação e complementaridade com organizações ligadas ao empreendedorismo, nacionais e internacionais, orientada para a procura de novas oportunidades, no geral, e na área da saúde, em particular, destacando-se pelo alto nível de criatividade, inovação e participação dos estudantes em projetos empreendedores, norteados pela auto-responsabilização, dedicação e empenhamento, contribuindo para o desenvolvimento de um comportamento verdadeiramente empreendedor com um impacte e visibilidade reconhecidos pela comunidade.

O empreendedorismo tem sido responsável pelo desenvolvimento económico e social das populações, pelo que a educação e formação assumem um papel importante e estrutural no desenvolvimento de competências inovadoras nos estudantes. Daí a necessidade das instituições de ensino superior criarem programas integrados que visem fomentar, estimular e desenvolver um espírito empreendedor, revitalizador de novas atitudes e comportamentos, necessários para enfrentar os novos desafios reclamados pela nova ordem social e profissional.

No âmbito do cumprimento da sua missão de investigação na área do empreendedorismo, o GE da ESEnfC pretendeu avaliar as motivações pessoais e os fatores facilitadores do empreendedorismo nos estudantes da ESEnfC.

Foi efetuado um estudo quantitativo transversal, no ano letivo 2008/2009, através de uma amostra estratificada não probabilística de 732 estudantes dos quatro anos de licenciatura. Os dados foram recolhidos nos meses de fevereiro e março de 2009 através da aplicação de um questionário criado para o efeito.

Quando se perguntou aos estudantes se tinham uma ideia concreta de negócio, verificou-se que dos 732 estudantes constituintes da nossa amostra, 199 tinham uma ideia concreta de negócio correspondendo a 29,9% da amostra (Quadro 2).

QUADRO 2. Ideia concreta de negócio

Ideia de Negócio	N	%
Sim	199	29,9
Não	466	70,1
Não sabe/Não respondeu	67	
Total	732	

Quando comparados os valores da perceção dos estudantes sobre a sua capacidade de criação de uma empresa e estatuto apresentado (estudante ou trabalhador-estudante), verificou-se que 63,0% dos trabalhadores-estudantes consideram-se capazes de criar uma empresa relativamente aos 52,7% dos estudantes que não têm ligação ao mundo do trabalho (Quadro 3).

QUADRO 3. Perceção dos estudantes sobre a capacidade de criação de uma empresa em função do seu estatuto (estudante/trabalhador estudante).

Capacidade de criar um negócio		Estudante	Trabalhador-estudante	Total
Sim	n	367	19	386
	%	52,7	63,3	53,1
Não	n	330	11	341
	%	47,3	36,7	46,9
Total	n	697	30	727
	%	100,0	100,0	100,0

Quando confrontada a perceção dos estudante acerca da capacidade em criar um negócio com a variável (pais empresários), verificou-se uma perceção positiva em 63,5% dos estudantes filhos de pais empresários contra 50,01% daqueles com pais não empresários (Quadro 4).

QUADRO 4. Perceção sobre a capacidade de criação de um negócio em função da profissão dos pais.

Capacidade de criar um negócio		Pais Empresários		Total
		Sim	Não	
Sim	n	101	286	387
	%	63,5	50,01	53,0
Não	n	58	285	343
	%	36,5	49,9	47,0
Total	n	159	571	730
	%	100,0	100,0	100,0

Acerca da perceção dos estudantes sobre a preparação proporcionada pelo curso (mínimo=1 e máximo=5), os resultados indicam uma forte preparação para trabalharem como profissionais numa organização ($x=4,12$), contrastando com uma perceção mais tímida em termos de preparação para criar uma empresa ($x=2,36$), para trabalhar numa empresa de família ($x=2,70$) ou para trabalhar por conta própria ($x=2,72$) (Quadro 5).

QUADRO 5. Percepção dos estudantes sobre a preparação proporcionada pelo curso

O meu curso...	N	Média Min 1; Máx 5	Desvio Padrão
Prepara-me para trabalhar como profissional numa organização	726	4,12	,738
Prepara-me para trabalhar numa empresa de família	723	2,70	1,149
Prepara-me para trabalhar por conta própria	725	2,72	1,076
Prepara-me para criar uma empresa própria	721	2,36	1,019
O meu desejo é realizar estudos pós-graduados	725	3,99	,877

Conclusão

Atualmente as habilitações académicas são condição necessária, mas não suficiente para se enfrentar o mundo do trabalho. A turbulência em que se vive, no presente século, reclama mais competências ao invés de habilitações, exigindo capacidade para agir e comportamentos empreendedores decisivos para assinalar a capacidade de ser agente transformador, no qual, cada indivíduo concebe, executa, avalia e monitoriza os seus desempenhos, tornando-se num ser inter-independente, com aptidão para trabalhar de forma individualizada no seio de equipas autogeridas. Esta forma de estar e agir encontra fundamentos na história, da qual Florence Nightingale é exemplo. Na enfermagem, a herança deixada por Florence Nightingale elucida a importância do comportamento empreendedor na génese de propostas de valor. São empreendedores aqueles que não encurtam caminho na procura de respostas para os problemas atuais, empenhando-se, correndo riscos, transformando os seus ambientes locais e gerando valor. O espírito empreendedor deverá desenvolver-se, não sendo característica distinta de um indivíduo, de uma instituição, de um traço de personalidade, mas sim um comportamento em que as suas bases são o conceito e a teoria e não a intuição (Drucker, 2004).

As instituições de educação deverão investir na formação para o empreendedorismo, criando perfis requeridos pelo mercado de trabalho. A ESEnFC

continuará a investir na formação dos seus docentes, estudantes e parceiros, apostando numa formação em empreendedorismo para a enfermagem, seja ao nível da licenciatura, seja em estudos de 2.º ciclo, alinhando-se com as expectativas dos seus clientes e da sociedade em geral, cumprindo com os desígnios do tratado de Lisboa.

Referências Bibliográficas

Ashoka (2010). *Global Association of the World's Leading Social Entrepreneurs (Investing in Generations of Entrepreneurial Talent — Ashoka U and Legacy Venture Launch Groundbreaking Partnership)*. Retrieved from <http://www.ashoka.org/>.

Audretsch, D. (2002). *A survey of the literature*. London: Institute for Development Strategies, Indiana University & Centre for Economic Policy Research (CEPR).

Baly, M. E. (1998). *Florence Nightingale and the nursing legacy*. Philadelphia (US): BainBridge Books.

Comissão das Comunidades Europeias (2003). Livro Verde: Espírito empresarial na Europa, Bruxelas. Retrieved 19 julho 2007 from http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2003/com2003_0027pt01.pdf.

Costa, R., Padilha, M., Amante, L., Costa, E. & Bock, I. (2009). O legado de Florence Nightingale: Uma Viagem no tempo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(4), 661-9.

Drucker, P. F. (2004). *The daily Drucker: 366 days of insight and motivation for getting the right things done*. New York: Harper Collins.

Gallagher, C. & Stewart, H. (1986). Jobs and the business life-cycle in the UK. *Applied Economics*, 18(8), 875-900.

International Council of Nurses (2004). Guidelines on the nurse entre/intrapreneur providing nursing service. Geneva: ICN.

Kingma, M. (1998). Marketing and nursing in a competitive environment. *International Nursing Review*, 45(2), 45-50.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (1998). *Fostering Entrepreneurship*. Paris: OCDE.

Parreira, P., Salgueiro, A., Melo, R., Castilho, A., Graveto, J. (2009). Motivações pessoais e factores facilitadores do empreendedorismo nos estudantes da Escola

Superior de Enfermagem de Coimbra. *Referência — Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*, 2.ª Série, 10, 185, Suplemento: Actas e Comunicações.

Schwab, K., Samans, R., Wong, A. & Sepulveda, A. (2009). Educating the next wave of entrepreneurs: Unlocking entrepreneurial capabilities to meet the global challenges of the 21st Century. A Report of the Global Education Initiative World Economic Forum, Switzerland. Retrieved from <http://www.weforum.org/pdf/GEL/2009/Entre>.

Storey, D. J. (1991). The birth of new firms: Does unemployment? A review of the evidence. *Small Business Economics*, 3(3), 167-178.

Storey, D. J. & Steve J. (1987). *Job generation and labour market change*, London: MacMillan.

Vogel, G. & Doleys, N. (1988). *Entrepreneurship: A nurse's guide to starting a business*. New York: National League for Nursing.



COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA NOS ENFERMEIROS: UM ESTUDO EMPÍRICO

ROSA CÂNDIDA CARVALHO PEREIRA MELO*

MARIA JÚLIA PAES SILVA**

PEDRO MIGUEL DINIS PARREIRA***

Relação de ajuda no contexto da enfermagem: de Nightingale aos nossos dias

A enfermagem, enquanto profissão organizada, surgiu com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, num período de grande necessidade de melhoria de condições de vida das populações, nomeadamente no controle das doenças infecciosas, dado que a medicina dispunha de recursos muito limitados (Collière, 1999).

É neste contexto que podemos considerar que emergiu a relação de ajuda na enfermagem, dado que a sua conceção de cuidado era precisamente fornecer à pessoa aquilo que a mesma não conseguia fazer por si própria, enfatizando a importância da psicologia no tratamento do doente (Nightingale, 2005). Havia uma preocupação pelo estado emocional do doente e uma intenção clara de ajuda, que era veiculada pelas “*qualidades de uma boa enfermeira*”, descritas por Nightingale, como a paciência, a amabilidade, a honestidade, os sentimentos delicados, a demonstração de um enorme respeito pela pessoa

* Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. MSc. Ciências da Educação. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. rosamelo@esenfc.pt

** Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Brasil.

*** Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Ph.D Gestão.

doente e a capacidade de antecipação às necessidades da pessoa, exigindo uma compreensão profunda do ser humano. Na relação com o doente, também enfatizava que a enfermeira não devia demonstrar pressa, mas dar toda a atenção e mostrar deferência.

Florence Nightingale defendia, também, que nem todas as mulheres eram espontaneamente boas enfermeiras, assim como, considerava que os cuidados não eram transmitidos por herança cultural, tornando-se, pois, necessário aprendê-los. Nightingale instituiu um ensino moderno de enfermagem na Escola Nightingale do Hospital St. Thomas' em Londres (Nightingale, 2005).

Após Nightingale, com o advento da enfermagem moderna, o cuidar foi considerado como uma finalidade da profissão de enfermagem, dando resposta às exigências sociais de cada época. No início, baseou-se num saber essencialmente prático, caracterizado por uma solicitude associada a um espírito de ajuda fraterno e de dedicação caridosa, tendo sido influenciado pela evolução técnico-científica e pelos contextos socioculturais cada vez mais complexos e diversificados, dando lugar a uma prática assente em conhecimentos científicos, competência profissional e adoção de métodos científicos de trabalho (Kerouac, 1994).

No entanto, esta prática nem sempre se tem direcionado para o desenvolvimento de valores fundamentais relacionados com a pessoa humana, resultando, muitas vezes, numa prática profissional desumanizada (Queirós, Silva e Santos, 2000).

Na ótica de Silva, evoluímos muito tecnicamente, enquanto enfermeiros e profissionais de saúde, mas não conseguimos manter a nossa humanidade nas pequenas coisas, “esquecemos de sorrir, de olhar nos olhos dos nossos pacientes e dos nossos companheiros de trabalho, de apertar as mãos, de fazer um afago, de puxar a cadeira, sentar e ouvir” (1998, p. 128). Esta tendência de prestação dos cuidados à pessoa doente, numa perspetiva tecnicista, teve o seu auge nos anos sessenta, época em que o objeto da medicina era o corpo portador de uma doença, no qual a pessoa que a vivia tinha um papel secundário, “*as necessidades de relações interpessoais não eram tidas em consideração na formação profissional das enfermeiras. Admitia-se que a enfermeira tinha uma função técnica, ensinada à partida*” (Collière, 1999, p. 150).

Neste contexto, as ações de enfermagem transformaram-se em tarefas puramente técnicas, marcadas pelo tratamento físico, decorrentes de prescrições médicas, em que o corpo da pessoa era visto como um objeto dos cuidados, tendo a relação enfermeiro-doente ficado circunscrita a meras relações funcionais, sendo menosprezadas as vivências profundas da pessoa a quem são dirigidos os cuidados. Só nos anos sessenta é que a *“corrente que revaloriza a relação entre quem trata e quem é tratado, começou a emergir no meio da enfermagem”* (Collière, 1999, p. 150).

Assim, a enfermagem, nas últimas décadas, tem sofrido influências de várias ciências, nomeadamente, da psicologia humanista através dos trabalhos de Rogers sobre a Terapia Centrada na Pessoa, o que promove o reconhecimento da importância do ser humano na prestação dos cuidados. A relação de ajuda emerge como eixo principal nesta conceção de cuidados, sendo entendida como uma relação especial do cuidado humano que envolve valores, intenções, conhecimento, empenho e ações, pressupondo uma rutura com a perspetiva tradicional de relação enfermeiro/doente, onde o envolvimento pessoal era considerado como não profissional (Watson, 2002). O conceito de Relação de Ajuda que emergiu com Rogers tornou-se uma referência fundamental no mundo da enfermagem, enfatizando a compreensão da pessoa humana e a prestação de cuidados mais humanizados.

Enquadramento legal e ético da relação de ajuda na enfermagem

A valorização do aspeto relacional dos cuidados de enfermagem é recente nos textos legislativos. Com a criação da Ordem dos Enfermeiros, no ano de 1998, foi publicado um conjunto de normas reguladoras e orientadoras da prestação de cuidados, tais como: o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, o código deontológico dos enfermeiros, os padrões de qualidade, as competências dos enfermeiros dos cuidados gerais e os guias de boas práticas.

A criação da Ordem dos Enfermeiros foi o fruto do desenvolvimento da profissão e, também, do reconhecimento, por parte do governo, do relevante papel que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde, devolvendo-lhes poderes que competiam ao Estado, designadamente na regulamentação e controlo do exercício profissional.

Pelas competências que detém relativamente à política de saúde, à formação e ao controlo da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros é um instrumento imprescindível para o desenvolvimento da enfermagem, tornando-se a sua ação complementar relativamente à ação das restantes organizações profissionais. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, enquanto organismo regulador da profissão, tem vindo a desenvolver um conjunto de atividades específicas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, destacando-se o enquadramento conceptual para a prática dos cuidados e a definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este organismo considera a saúde como uma representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto psicológico, emocional e espiritual, e a pessoa como ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que a torna num ser único.

Os cuidados de enfermagem foram definidos, pela Ordem dos Enfermeiros (2001), como o exercício profissional da enfermagem que se centra na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

No Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro, artigo 4.º (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril), define-se enfermeiro como o *“profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação dos cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade”*. Neste diploma é dada ênfase ao estabelecimento de uma relação de ajuda com o utente nos cuidados de enfermagem, o que está de acordo com Lazure (1994), quando refere que o ato de ajudar impõe exigências ao enfermeiro por ter escolhido uma profissão de ajuda. Para esta autora, os profissionais de enfermagem devem ser mais do que bons técnicos, devendo cuidar os seus utentes numa perspetiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas com todos os recursos que possuem.

Dado o desenvolvimento abrupto da tecnologia, os enfermeiros, para conseguirem satisfazer as necessidades globais dos doentes, têm que desenvolver competências técnico-científicas, mas também relacionais, nas quais se engloba a relação de ajuda, no sentido de saberem ajudar os seus utentes a ultrapassarem as situações de crise vivenciadas durante o processo de doença.

Competências de relação de ajuda

Após a análise do quadro legal das competências necessárias para a prática de enfermagem, importa abordar a relação de ajuda como uma das dimensões do cuidar em enfermagem, que se assume, nos dias de hoje, como fulcral no domínio da atuação autónoma dos enfermeiros, sendo designada por Watson (2002) como a essência dos cuidados de enfermagem. A relação de ajuda implica um grande empenhamento do enfermeiro, pois, tal como refere Chalifour, trata-se de uma “intervenção que vai muito para além dos conhecimentos. Ela pressupõe uma conceção unificadora da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar esta ajuda” (1989, p. 14).

Mas, segundo Auger (1992), uma relação de ajuda pode não ser eficaz se não ajudar o orientando a atingir os seus objetivos, não devendo, nesse caso, ser designada “de ajuda”. É, portanto, primordial identificar os elementos indispensáveis para que se possa falar do estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda.

Segundo Queirós, para que o enfermeiro “consiga integrar na sua prática do cuidar em enfermagem a relação de ajuda de um modo efetivo, necessita de desenvolver as suas capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais”. Acrescenta, ainda, que para desenvolver todas as suas capacidades, é fundamental “que possua conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência neste domínio” (1999, p. 29).

Assim, na relação de ajuda, o enfermeiro deve estar recetivo a quem ajuda e desperto para as suas reações e sentimentos pessoais, pelo que deverá desenvolver a capacidade de relacionamento interpessoal para poder ajudar.

Neste contexto, Lazure (1994) refere que o enfermeiro que ajuda deve desenvolver capacidades de clarificar e fazer clarificar, de fazer respeitar-se

e respeitar os outros, de ser congruente, de ser empático consigo e com os outros, de ter a capacidade de se confrontar e, sobretudo, de ter capacidade de escuta.

Assim, o enfermeiro, para poder estabelecer uma relação que se pretende ser de ajuda, e consiga satisfazer as suas necessidades fundamentais, como a segurança, estabilidade, amor e pertença, autoestima e auto realização, deve desenvolver as competências relacionais de ajuda (Ferreira, Tavares e Duarte, 2006).

Ferreira (2004), baseando-se nos autores Carkhuff (1988), Rogers (1985), Chalifour (1989, 1993), Egan (1987) e Lazure (1994), desenvolveu um estudo, através do qual construiu o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), composto por quatro dimensões que definem os tipos de competências a desenvolver de forma a estabelecer uma relação de ajuda em enfermagem. Este Inventário teve como base conceptual os pressupostos descritos no quadro seguinte.

QUADRO 1. Base conceptual do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

Dimensões	Conceitos	Exemplo de itens
Competências Genéricas	<p>CONHECIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - O saber refere-se à capacidade científica de atender as necessidades em cuidados de enfermagem específicos de cada pessoa. - Conhecimentos de si - Conhecimentos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.
Competências de Contacto	<p>HABILIDADES DE INTERACÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - O modo como o enfermeiro coloca, comunica e toca no utilizador dos cuidados de saúde influencia o conteúdo das trocas entre ambos. - Olhar - Toque - Distâncias - Escuta - Meios de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - A distância que adoto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim. - No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.
Competências de Comunicação		

Competências Empáticas	ATITUDES DE INTERACÇÃO – Atitude pela qual o enfermeiro reconhece o utilizador dos cuidados de saúde como único, compreende o seu ponto de vista e aceita o seu mundo. – Compreensão empática – Respeito caloroso – Autenticidade – Especificidade	– Na compreensão empática procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.
------------------------	--	---

Fonte: Ferreira, M. M.; Tavares C. e Duarte C. – Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem. Referência, II.ª Série, n.º 2 (junho, 2006, p. 52).

Na conceção de Ferreira, Tavares e Duarte, as competências relacionais de ajuda organizam-se como um constructo multidimensional, diferenciando-se em quatro dimensões: competências genéricas, de contacto, de comunicação e empáticas. Para estes autores, as competências genéricas “revelam a forma como o Enfermeiro entende o outro, o seu trabalho e a sua pessoa”. As competências de contacto referem-se “à posição, postura e modo como o enfermeiro se coloca face ao utilizador dos cuidados de saúde”. As competências de comunicação, na ótica destes autores, englobam “recursos importantes na comunicação como a escuta, o silêncio, a reformulação e a síntese. E as competências empáticas são entendidas como o modo *“como o enfermeiro entra no mundo do utilizador de cuidados de saúde, o reconhece como único e aceita os seus pontos de vista”* (2006, p. 60).

De forma a clarificar estes conceitos, iremos, de seguida, desenvolver cada dimensão das competências relacionais de ajuda conceptualizadas por Ferreira (2004) e por Ferreira, Tavares e Duarte (2006), dado que utilizámos o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) na recolha de dados desta investigação, inventário construído e validado por estes autores.

Competências genéricas

Na conceção dos autores referenciados anteriormente, as competências genéricas referem-se aos conhecimentos que têm sobre si e conhecimentos profissionais que têm que ser mobilizados no contexto da relação de ajuda,

no qual o saber é percebido como a capacidade científica de atender às necessidades em cuidados de enfermagem específicos de cada pessoa.

Nesta linha de pensamento, Watson considera que o cuidar requer “*conhecimentos e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros; conhecimentos das nossas forças e limitações, o significado da situação para ele; o conhecimento sobre como confortar, oferecer compreensão e conforto*” (2002, p. 129).

A este propósito, Peplau (1993) acrescenta que o enfermeiro deve ter conhecimentos profundos de si mesmo, ter capacidade de se autoanalisar para que possa constituir-se como elemento terapêutico e consiga estabelecer uma relação de ajuda eficaz.

O estabelecimento dessa relação de ajuda é considerado, por Ferreira *et al.* (2006, p. 53), como um processo dinâmico que “*pressupõe uma maneira especial de agir no quadro das relações interpessoais em que cada pessoa tem necessidade de ser olhada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade*”.

Competências de comunicação e de contacto

Na ótica dos autores anteriormente referenciados, as competências de comunicação e de contacto têm a ver com o modo como o enfermeiro comunica e “*toca*” no utilizador dos cuidados de saúde, influenciando o conteúdo das trocas entre ambos. Nestas dimensões os autores enfatizam como habilidades de interação: o olhar, o toque, as distâncias, a escuta e os meios de comunicação como fundamentais no estabelecimento de uma relação de ajuda.

Estas habilidades de interação são muito importantes, principalmente, por permitirem a escuta ativa e a demonstração de interesse. O enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra melhor posicionado para poder dar resposta a esta necessidade. Daí que deva demonstrar disponibilidade para ouvir, tendo em especial atenção à linguagem não verbal que, segundo Silva (2006, p. 45), permite “*perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização*”.

Esta linguagem, na ótica desta autora, ajuda a potencializar a comunicação, dado que permite exprimir muitas vezes mensagens que as palavras só por si não conseguem transmitir. Como realça Lazure (1994), a linguagem não verbal é espontânea, traduz, mesmo sem haver comunicação verbal, as emoções sentidas e os estados de alma.

Neste âmbito, o enfermeiro deve estar atento à linguagem não verbal e escutar com toda a atenção, tentando identificar o seu significado para poder intervir adequadamente. Dentro das competências relacionais, Rispal (2003) atribui particular destaque à escuta, afirmando que escutar o outro implica escutar-se a si mesmo. Neste âmbito, Lazure acrescenta que *“escutar é constatar através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas”* (1994, p. 15).

Da reflexão efetuada sobre a capacidade de escuta, consideramos importante realçar o papel do silêncio como forma de escuta. Na perspetiva de Chalifour, *“o silêncio não consiste somente em não falar, ele é feito de interesse e atenção para que o cliente comunique; é também feito de presença de si e da disponibilidade a tudo ao que percebe, pensa, sente na qualidade de ajudante no momento em que o cliente se exprime”* (1993, p. 207).

Também Lazure (1994) nos fala da capacidade de escuta, considerando uma necessidade tão evidente que, muitas vezes, nos esquecemos dela e de a desenvolver adequadamente. Para esta autora, escutar bem não é memorizar tudo o que o outro exprime, pretendendo-se, acima de tudo, compreender e sentir o contexto e os sentimentos relacionados com o conteúdo da mensagem verbal ou não verbal. Assim, *“não se escuta só com o ouvido, mas também com o olhar, com a atenção à linguagem não verbal do doente, com proximidade física adequada e com a leitura do silêncio e a interpretação correta da linguagem simbólica”* (Pacheco, 2002, p. 130).

“A distância mantida entre os indivíduos numa interação pode indicar o tipo de relação que existe entre eles” (Silva, 2006, p. 48), pelo que se torna fundamental que os enfermeiros desenvolvam a capacidade de alcançar a proximidade física adequada no cuidar com benefício para ambas as partes (Pepleau, 1993), sendo que as distâncias adequadas podem variar de cultura para cultura e de acordo com as pessoas com quem nos relacionamos.

Assim, uma distância muito próxima pode ser muito incomodativa, podendo significar uma invasão da intimidade, enquanto que uma distância excessiva pode ser interpretada como falta de interesse (Cibanal, 1991).

Os cuidados de enfermagem pressupõem um contacto físico em cerca de 85% para serem efetuados (Ahya *et al.*, 2000). Para estes autores, cada pessoa tem necessidade de contacto físico para viver, aumentando em caso de stress ou de doença. Watson acrescenta que os idosos têm *“fome de toque humano”* e experimentam o que é referido como *“fome de pele”* (2002, p. 212). A este propósito, Rispal é de opinião que *“o tocar (contacto, massagem...), a prensão e a manipulação dos corpos (higiene, mudanças de posição...) são um modo de relação privilegiada do cuidador no âmbito do seu exercício profissional”* (2003, p. 11).

Neste âmbito, Silva refere que o toque e a proximidade física aparecem como as formas mais importantes de se comunicar com o paciente e de demonstrar afeto, envolvimento, segurança e a sua valorização como ser humano (2006). Também, a este respeito, Watson refere que o tato *“é fundamental para a enfermagem e para os cuidados de enfermagem”*, mas, segundo esta autora, *“apenas recentemente foi dada séria atenção ao toque e às diferentes formas de considerar a importância do toque como arte de cuidar”* (2002, p. 211)

Mackey realça que o toque terapêutico *“dá uma nova dimensão à prática de enfermagem. Pode fazer crescer o conhecimento de nós mesmos e da nossa sensibilidade, ajudando-nos a cuidar do doente como de um todo, e permitindo-nos tratar da mente e do espírito, assim como do corpo. Esta prática é uma renovação da arte da enfermagem”* (1997, p. 268).

Watson corrobora desta opinião referindo que *“o toque é uma das modalidades artísticas do cuidar mais facilmente usadas; podendo ajudar a integrar e harmonizar, a dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança”* (2002, p. 212).

Mas, apesar dos enfermeiros reconhecerem que o toque pode acalmar o doente, poucos profissionais o utilizam como um verdadeiro gesto profissional, fonte de prazer e de conforto para o doente. Torna-se, pois, fundamental o desenvolvimento desta competência para o enriquecimento da nossa prática diária.

Competência empática

Para Ferreira *et al.* (2006) outra das competências essenciais para o estabelecimento da relação de ajuda é a competência empática, que se traduz na atitude pela qual o enfermeiro reconhece o utilizador dos cuidados de saúde como único, compreendendo o seu ponto de vista, aceitando o seu mundo. Nesta competência, estes autores salientam como habilidades de interação a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade e a especificidade.

A empatia é uma componente muito importante na relação de ajuda, sendo referida por Lazure como *“a pedra angular de toda a relação de ajuda”* (1994, p. 77). Significa a capacidade de ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, evitando, no entanto, um envolvimento emocional que dificulte a ajuda.

Phaneuf corrobora da opinião desta autora, referindo que, na relação de ajuda, a empatia é uma das características mais importantes e define-a como *“uma compreensão profunda realizada pela aptidão da enfermeira em entrar no universo de outrem, para o compreender como se ele se colocasse no seu lugar, a fim de apreender o que este vive, como vive e de lhe comunicar esta compreensão, a fim de lhe levar reconforto e apoio e de estimular, assim, a sua energia interior para o ajudar a evoluir”* (1995, p. 18).

Nesta linha de pensamento, Carkhuff (1988) considera que a empatia é a capacidade de reagir ou responder ao *“outro”*. Trata-se, na opinião deste autor, de um elemento muito importante da condição humana, dado exigir, daquele que ajuda, que se consiga colocar verdadeiramente na *“pele”* do outro, mantendo-se intacto e até desenvolvendo-se como pessoa. Trata-se de uma habilidade que permite responder à questão como é que me sentiria ou reagiria se eu estivesse no lugar do outro.

Neste contexto, Watson acrescenta que a empatia é *“a habilidade da enfermeira para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar a essa outra pessoa o grau de compreensão que ela atingiu”* (1985, p. 28). O reconhecimento dos sentimentos do doente é fundamental para o enfermeiro, dado que é através dessa compreensão que ele percebe as necessidades reais do doente e pode realizar um plano de cuidados considerando-o como um todo (Silva, 2001).

Podemos dizer que a empatia exige muito mais do que a partilha de sentimentos e de acontecimentos do doente, mesmo que o enfermeiro já tenha experimentado algo semelhante. O enfermeiro deve, assim, compreender o mundo do doente como se fizesse parte desse mundo (Queirós, 1999). Mas, de acordo com Salomé, não significa que os pensamentos, sentimentos ou dificuldades do outro passem para nós, dado que segundo a mesma autora, quando essa situação ocorre, as dificuldades multiplicam-se, tanto para quem ajuda como para quem é ajudado (1993).

Para Queirós, o desenvolvimento de uma atitude empática exige ao enfermeiro um investimento pessoal muito grande *“para que ele consiga manter uma atitude de ajuda efetiva, essencial ao cuidar em enfermagem, ao mesmo tempo fazendo com que essa empatia se traduza num processo de fortalecimento pessoal e profissional, e não em algo que conduza à sua fragilização”* (1999, p. 39).

A relação de ajuda deve, ainda, basear-se na congruência, isto é, na capacidade da pessoa que ajuda ser autêntica e verdadeiramente ela própria, não devendo haver diferenças entre a comunicação verbal e a não verbal. Neste contexto, o orientador deve conhecer-se profundamente se quiser pretender ajudar o outro a conhecer-se (Pacheco, 2002).

Para Lazure, *“a congruência é uma característica fulcral da pessoa emocionalmente sã, pois possibilita que num 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”* (1994, p. 63). Assim, numa relação de ajuda, quando a pessoa que ajuda assume os seus sentimentos, a tendência é que o outro assumira também os seus sentimentos, livre de ameaças, apoiado na autenticidade e na aceitação incondicional.

A aceitação incondicional positiva, segundo Rogers (1985), é a capacidade da pessoa que ajuda a aceitar o outro sempre de maneira positiva, procurando compreendê-lo. Num ambiente onde a pessoa se sinta verdadeiramente aceite e acolhida, livre de ameaças, tende a ser ela mesma e a entrar em contacto consigo própria para procurar aquilo que julga importante para o seu crescimento pessoal.

Segundo Pacheco (2002), outro dos componentes essenciais da relação de ajuda é o respeito caloroso, pressupondo primeiramente, que o orientador

considere o orientando como um ser humano dotado de valor e de dignidade, sejam quais forem os seus comportamentos. Na perspectiva de Lazure *“respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória”* (1994, p. 51). Esta opinião é corroborada por Chalifour (2007), que considera que o enfermeiro, ao manifestar respeito caloroso pelo doente, está a convidar o doente a reconhecer a sua unicidade, isto é, o seu direito de ser diferente, de pensar de outro modo e de viver a sua vida como entender. Reconhece, ainda, que ele tem grande valor e que é digno de atenção, de amor e que o enfermeiro o respeita na sua dignidade. Numa relação marcada pelo respeito, o doente desenvolve-se, adapta-se, integra-se no meio e encontra forças necessárias para tirar proveito da sua experiência.

Nesta linha de pensamento, respeitar a pessoa é muito mais do que um sinal de civismo, é uma atitude que deve ser desenvolvida e manifestada pelo enfermeiro, através do seu comportamento, da sua forma de estar e de agir.

Sem dúvida que o desenvolvimento das capacidades relacionais do enfermeiro são fundamentais. A altura em que acontece a relação é um momento privilegiado e único para o enfermeiro desenvolver uma função terapêutica determinante. De facto, se não se estabelecer relação de ajuda, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, uma vez que é fundamental que este se sinta acompanhado, compreendido e apoiado (Pacheco, 2002). Neste contexto, conseguiremos certamente resultados mais satisfatórios se colocarmos, na relação que estabelecemos com o outro, todo o nosso potencial terapêutico, todas as nossas capacidades e atitudes de ajuda, facultando ao outro a auto-gestão dos seus problemas reais ou potenciais de saúde e, conseqüentemente, o encontro de soluções dinamicamente equilibradas para os seus problemas (Chalifour, 2007).

Depois de analisado a evolução do conceito de relação de ajuda, enfatizando o papel de Nightingale, o enquadramento legal da relação de ajuda em enfermagem e de termos especificado as competências relacionais de ajuda, consideradas fundamentais para o estabelecimento desta relação (Ferreira, 2004), apresentamos a metodologia.

Metodologia

Esta investigação pretendeu conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível de competências relacionais de ajuda e analisar a existência de uma relação entre a percepção dos enfermeiros e as variáveis socio-demográficas e profissionais.

A variável central do estudo, percepção do nível de competências relacionais de ajuda, foi avaliada através da utilização do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), apresentado sob a forma de uma escala de tipo *Likert* de 1 a 7 (variando entre completamente em desacordo e completamente de acordo), constituindo 4 dimensões, com a designação de competências genéricas, competências empáticas, competências de comunicação e competências de contacto. Neste inventário, a um maior score corresponde um nível mais elevado de competências relacionais de ajuda percebido pelos enfermeiros.

Foram recolhidas as variáveis “idade” e “sexo” de natureza socio-demográficas, assim como, as variáveis profissionais “anos na profissão”, “tempo no atual serviço” e “categoria profissional” definida pela carreira de enfermagem, em vigor na altura da colheita de dados, através da categoria de “enfermeiro”, “enfermeiro graduado” e “enfermeiro especialista” (Decreto Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto Lei n.º 412/98 de 30 de dezembro).

A nossa população constituiu-se pelos enfermeiros que exerciam funções nas unidades de saúde pertencentes às instituições que autorizaram a realização do estudo. Estas instituições foram o IPO de Coimbra Francisco Gentil, EPE; CHC, Hospital Pediátrico de Coimbra, EPE; Hospital Distrital de Águeda; Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; Hospital de São João no Porto, EPE; Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE) e os Centros de Saúde de Cacém/Queluz, Fernando de Magalhães em Coimbra, Mealhada, Tábua, Aveiro, São Martinho do Bispo, Vagos e Pombal. Destas instituições foram selecionadas unidades constituídas por equipas de enfermeiros liderados por enfermeiros chefes, dado que de acordo com as funções atribuídas, atuam na área de gestão dos recursos humanos. Foram excluídas as respostas dos enfermeiros com menos de um ano de contacto com o atual enfermeiro chefe, dado este ser um critério de exclusão.

Depois de cumpridas as formalidades ético-legais, foram enviados 1508 questionários para as unidades que satisfaziam os critérios de inclusão, tendo-se obtido 690 respostas, correspondendo a uma taxa de retorno de 45,75%. Definiu-se com os enfermeiros a devolução pelo correio do questionário preenchido, dentro do envelope RSF. Para fomentar o aumento do número de respostas, foram realizados alguns telefonemas e algumas visitas às unidades.

Resultados

Para avaliarmos as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, necessitamos de efetuar estudos de fiabilidade e validade, que no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar.

Segue-se a apresentação dos resultados da análise fatorial, do estudo correlacional e da fidelidade do Inventário de Competências Relacionais (ICRA).

Antes de se prosseguir para a análise fatorial avaliou-se o valor da medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que neste estudo apresentou um valor de ,927, sendo considerado adequado.

Efetuu-se a análise fatorial em componentes principais com rotação “varimax” forçada a quatro fatores, de acordo com o modelo proposto pela autora do inventário. Teve-se em conta para aceitação da matriz fatorial valores próprios (*eigenvalues* > 1) e exclusão de saturações fatoriais inferiores a 0,30. Obteve-se uma matriz forçada a quatro fatores constituída por 44 itens distribuídos pelos seguintes fatores: o primeiro fator (competências genéricas) constitui-se por 15 itens e explica 12,94% da variância total; o segundo fator (competências empáticas) é constituído por 13 itens que explicam 11,86% da variância; o terceiro fator (competências de comunicação), constituído por 9 itens, explica 10,93% da variância explicada; e, por último, o quarto fator (competências de contacto), constituído por 7 itens, apresenta uma variância explicada de 8,56%. Os valores de *alpha* de Cronbach obtido em cada dimensão foi superior a 0,795 e para a globalidade do inventário, a variância total explicada foi de 44,28%.

As correlações do item com o fator sem sobreposição apresentam valores moderados sendo na sua maioria superior a 0,40. Maioritariamente, os valores correlacionais sem sobreposição do item são mais elevados com a dimensão a que pertencem do que com outra dimensão.

Uma outra contribuição para o estudo da validade do instrumento foi a realização de uma matriz de correlação de *Pearson* entre os diversos fatores. Encontramos correlações moderadas, cujos valores oscilam entre 0,356 e 0,641, estatisticamente significativas, indiciando que os fatores são sensíveis a aspetos diferentes do mesmo constructo.

Da análise das características socio-demográficas e profissionais dos 690 enfermeiros, verificamos, na tabela 1, que a maioria (76,7%) são do sexo feminino. A média de idades dos respondentes é de 34,56 anos, com um desvio padrão de 8,72 e uma mediana de 33 anos, sendo a idade mínima de 22 anos e a idade máxima de 68 anos.

Relativamente à categoria profissional, 42,9% (296) detêm a categoria profissional de “enfermeiro”, 39,9% (275) são “enfermeiros graduados” e 10,0% (69) são “enfermeiros especialistas” com uma média de “anos de profissão” de 11,8 anos, uma moda de 4 anos com um desvio padrão de 8,2 e uma mediana de 11 anos. Relativamente ao “tempo no atual serviço”, os enfermeiros apresentam uma mediana de 6 anos e uma média de 7,5 anos, com um desvio padrão de 6 e uma moda de 4 anos.

TABELA 1. Distribuição dos elementos da amostra segundo as variáveis socio-demográficas e profissionais

Variáveis				n		%
Categoria profissional						
	Enfermeiro			296		42,9
	Enfermeiro Graduado			275		39,9
	Enfermeiro Especialista			69		10,0
	Missing			50		7,2

Sexo							
	Masculino				119	17,2	
	Feminino				529	76,7	
	Missing				42	6,1	
		Min	Mx	Média	DP	Moda	Mediana
	Idade (em anos)	22	68	34,5	8,7	26	33
	Anos de profissão	1	40	11,8	8,2	4	11
	Tempo no atual serviço (em anos)	1	35	7,5	6	4	6

Relativamente à perceção do nível de competências relacionais de ajuda, como podemos verificar na tabela 2, os *scores* obtidos no total da escala ICRA oscilam entre 1,79 e 7, com uma média de 5,40 e um desvio padrão de ,69.

Os valores obtidos nas dimensões do ICRA encontram-se, de uma forma geral, acima dos valores do ponto médio da escala (3,5). Tal como apresentado na tabela 2, as médias oscilam entre 4,79 e 5,98, obtendo-se o valor mais elevado na dimensão “competências genéricas” e o valor mais baixo nas “competências de contacto”.

TABELA 2. Mínimo, máximo, média, desvio padrão e mediana da escala Total do ICRA e nas suas dimensões.

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
ICRA_Total	1,79	7,00	5,40	,69	5,39
Competências genéricas	1,20	7,00	5,98	,66	6,06
Competências empáticas	1,77	7,00	5,23	,86	5,23
Competências de comunicação	1,89	7,00	5,59	,86	5,66
Competências de contacto	1,29	7,00	4,79	1,20	4,85

Na tabela 3 são apresentados os resultados das análises estatísticas efetuadas que visam avaliar a variação das competências relacionais de ajuda em função do sexo.

Através da análise dos resultados obtidos com a aplicação do teste t para amostras independentes verificamos que, globalmente, os valores médios das competências relacionais de ajuda são superiores para o sexo feminino. As enfermeiras apresentam um nível mais elevado de competências genéricas ($F=3,039$; $p=0,000$), de comunicação ($F=,024$; $p=0,003$) e de competências empáticas ($F=1,876$; $p=,045$) do que os enfermeiros. As competências de contacto obtiveram valores médios muito próximos nos dois sexos, não havendo diferenças estatísticas significativas.

TABELA 3. Teste t para amostras independentes entre as competências relacionais de ajuda e o sexo.

Dimensões	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	p
Competências de comunicação	Feminino	515	5,64	,83	,003
	Masculino	119	5,38	,85	
Competências de contacto	Feminino	514	4,80	1,21	,676
	Masculino	117	4,74	1,09	
Competências empáticas	Feminino	509	5,26	,85	,045
	Masculino	117	5,09	,81	
Competências genéricas	Feminino	502	6,02	,62	,000
	Masculino	115	5,78	,73	

A análise relativa à relação entre a variável idade e as dimensões das competências relacionais de ajuda foi efetuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*.

Conforme podemos verificar na tabela 4, a idade correlaciona-se positiva e significativamente com as competências empáticas ($r=,094$; $p=,20$). Nas restantes dimensões, as diferenças não são significativas apesar das correlações serem positivas.

TABELA 4. Correlação de *Pearson* entre a idade e as competências relacionais de ajuda.

Dimensões	Idade	
	r	p
Competências de comunicação	,026	,517
Competências de contacto	,066	,098
Competências empáticas	,094	,020
Competências genéricas	,036	,378

Com o intuito de avaliar diferenças na perceção do nível de competências por “categoria profissional” procedemos á análise da variância (ANOVA). Conforme podemos constatar na tabela 5, verificou-se que são os enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista que apresentam valores médios mais elevados nas dimensões competências de comunicação e genéricas. As competências de contacto e empáticas apresentam valores superiores na categoria de enfermeiro e valores muito próximos dos enfermeiros graduados, sendo que as diferenças apenas foram estatisticamente significativas para a dimensão competências empáticas ($F=3,879$; $p=,021$).

Dado se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais na dimensão competências empáticas, prosseguimos com o teste post hoc de Tuckey. As diferenças encontradas foram entre as categorias “enfermeiro” e “enfermeiro graduado” ($p=,022$).

TABELA 5. Análise da variância (ANOVA) entre as competências relacionais de ajuda e a categoria profissional.

Dimensões	Enfermeiro		Enf.º Graduado		Enf.º Especialista		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Competências comunicação	5,56	,827	5,61	,85	5,73	,95	1,094	,335
Competências contacto	4,74	1,13	4,83	1,25	4,83	1,15	,480	,619
Competências empáticas	5,14*	,80	5,34**	,87	5,26	,94	3,879	,021
Competências genéricas	5,92	,60	6,03	,68	6,05	,75	2,299	,101

* e ** p ,022

A análise relativa à relação entre os “anos de profissão” e o “tempo no atual serviço”, e as dimensões das competências relacionais de ajuda, foi efetuada a partir do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*.

Conforme podemos verificar na tabela 6, os “anos de profissão” e o “tempo no atual serviço” correlacionam-se positiva e significativamente com as competências empáticas respetivamente ($r=,107$, $p=,008$; $r=,102$, $p=,015$) e genéricas ($r=,084$, $p=,040$; $r=,143$, $p=,001$). Nas restantes dimensões das competências relacionais de ajuda, apesar de apresentarem correlações positivas para “os anos de profissão” e “tempo no atual serviço”, as diferenças não são estatisticamente significativas.

TABELA 6. Correlação de *Pearson* entre os “anos de profissão” e o “tempo no atual serviço” e as dimensões das competências relacionais de ajuda.

Dimensões	Anos de profissão		Tempo neste serviço	
	r	p	r	p
Competências comunicação	,026	,515	,040	,343
Competências contacto	,058	,151	,070	,094
Competências empáticas	,107	,008	,102	,015
Competências genéricas	,084	,040	,143	,001

Discussão

Da análise global do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) este parece apresentar valores psicométricos satisfatórios, indiciando ser um instrumento adequado para avaliar a perceção dos enfermeiros sobre as competências relacionais de ajuda.

A matriz fatorial empírica assinala uma estrutura multidimensional das competências relacionais de ajuda diferenciada em quatro dimensões (competências genéricas, empáticas, de comunicação e de contacto). Esta estrutura está de acordo com os dados obtidos pela autora do inventário (Ferreira, 2004) e com as definições conceptuais que estiveram na sua conceção (Chalifour, 1989, 1993; Carkhuff, 1988; Lazure, 1994; Egan, 1987; Rogers, 1985).

O valor de *alpha* de Cronbach obtido por dimensão foi superior a ,795, o que é revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada fator (Hill e Hill, 2008). Estes resultados apresentam-se ligeiramente inferiores aos encontrados pela autora do inventário, no entanto são superiores ao do estudo realizado por Simões (2008).

A maioria dos enfermeiros (76,7%) é do sexo feminino, traduzindo a tendência histórica da profissão, que provavelmente se deve a vários condicionaismos de ordem sociocultural ligados ao início da profissão de enfermagem (Collière, 1999). A média de idades dos respondentes foi de 34,56 anos, com um desvio padrão de 8,72 e moda de 26 anos. Trata-se de um grupo de enfermeiros com um nível etário médio, mas que apresenta uma acentuada heterogeneidade de idades (22 a 68 anos), podendo, no entanto, contribuir para favorecer o equilíbrio das equipas.

Da análise da distribuição dos enfermeiros por “categoria profissional” a maioria detém a categoria profissional de “enfermeiro” e “enfermeiro graduado”, sendo a percentagem de enfermeiros especialistas muito baixa (10%). A percentagem de enfermeiros graduados poder-se-á justificar pelo Decreto-lei n.º 412/98 de 30 de dezembro, que previa a passagem à categoria de enfermeiro graduado após a permanência de um período de seis anos de exercício profissional na categoria de enfermeiro.

No que respeita ao número de “anos de experiência profissional”, os respondentes apresentam uma média de 11,88 anos e um desvio padrão de 8,21. Relativamente ao “tempo no atual serviço”, na presente unidade, os enfermeiros apresentam uma mediana de 6 anos e uma média de 7,58 anos, com um desvio padrão de 6,04, verificando-se uma grande discrepância no tempo de exercício profissional no atual serviço (1 a 35 anos), ou seja, as equipas são constituídas por enfermeiros que desempenham funções na atual unidade à mais de seis anos. Benner (2001, p. 170) considera este o tempo necessário “*para que uma enfermeira atinja o nível de perícia*” e para os enfermeiros iniciados, com poucos anos de experiência, pode ser positivo para o desenvolvimento das competências pela partilha de conhecimentos e experiências proporcionadas (*Idem*).

Relativamente à perceção do nível de competências relacionais de ajuda verificamos que a dimensão que obteve melhores resultados foi “competências genéricas”, seguida de “competências de comunicação”, o que vai de encontro

aos resultados obtidos nos estudos realizados por Ferreira (2004), Melo (2004) e Simões (2008), e ao preconizado por Watson (2002), para quem o cuidar requer conhecimentos científicos e saberes para dar respostas às necessidades individuais.

Estes resultados, apesar de denotarem uma percepção elevada do nível de competências relacionais de ajuda, apontam para uma predominância das competências genéricas em detrimento das competências de contacto, assinalando um maior pendor para os conhecimentos relativamente às habilidades de interação ligadas ao toque e às distâncias, consideradas como fundamentais no processo de cuidar (Pepleau, 1993).

Os valores mais baixos obtidos para a dimensão “competências de contacto” podem ser justificadas recorrendo a Chalifour (1989), quando afirma que a utilização de maiores distâncias pelos enfermeiros é, muitas vezes, uma forma de proteção pessoal e uma fuga à intimidade com o doente, mantendo-se uma relação superficial e de não comprometimento.

O facto das competências de comunicação também serem valorizadas pelos enfermeiros vem reforçar a interiorização por parte destes profissionais da importância que a comunicação tem no processo de cuidar, o que está de acordo com (Silva, 2006, p. 14) quando refere que a *“comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detetados na interação com os pacientes”*.

Verificamos que globalmente os valores médios das competências relacionais de ajuda são superiores para os enfermeiros do sexo feminino. Parece que as enfermeiras desenvolvem significativamente melhor as competências genéricas de comunicação e empáticas. Estes resultados são também confirmados pelo estudo de Melo (2004), que verificou que as estudantes do sexo feminino apresentaram um nível mais elevado de competências do que os jovens do sexo masculino. Este facto poderá dever-se, na opinião de Oswald, à prática instintiva da maternidade que preparou as mulheres para dispensarem *“cuidados aos mais indefesos e frágeis seres”* (2000, p. 41), sendo a sua identidade feminina despertada pela relação de intimidade com outra pessoa, enquanto a identidade masculina é construída em relação com o mundo (Erikson, 1972), o que, de certa forma, pode justificar a diferença de percepção entre os sexos no nível de competências relacionais de ajuda.

Quanto à relação entre a variável idade e a percepção dos enfermeiros sobre o nível de competências relacionais de ajuda, verificamos que a idade correlaciona-se positiva e significativamente com as competências empáticas ($r=,094$; $p=,20$). Nas restantes dimensões, as diferenças não são significativas, mas as correlações são positivas, assinalando que, quanto mais idade têm os enfermeiros, mais desenvolvidas são as competências relacionais de ajuda. Estes dados contrariam os resultados dos estudos de Melo (2004), Ferreira (2004) e Simões (2008), mas estão de acordo com a opinião de Sprintal e Collins (1994), ao defender que à medida que o sujeito vai evoluindo na idade, maior é a sua experiência de vida, mais complexa é a sua capacidade cognitiva, detendo mais facilidade para compreender a realidade do outro, dado que a compreensão daquilo que os outros estão a vivenciar depende, não só, das capacidades cognitivas do enfermeiro, mas, também, da sua experiência de vida enquanto pessoa (Ferreira, 2004). Os nossos resultados estão, também, de acordo com as teorias de desenvolvimento psicológico, que considera a idade um fator importante na maturação do indivíduo (Vaz Serra, 1988), e de acordo com o estudo efetuado sobre o autoconceito e as competências relacionais de ajuda, que verificou uma relação positiva entre as competências empáticas e de comunicação com a maturidade psicológica (Melo, 2005).

Relativamente à relação entre a percepção do nível de competências e a categoria profissional, verificou-se que são os enfermeiros com a categoria de enfermeiro especialista que valorizam mais as competências de comunicação e genéricas, indiciando que a experiência acumulada e a formação especializada poderão traduzir-se num maior desenvolvimento destas competências, correspondendo a uma maior responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados (Ferreira, 2004). Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Ferreira (2004) e Simões (2008), levando-nos a refletir sobre os pressupostos de Bastos (1998), que considera que a utilização da comunicação terapêutica na relação enfermeiro/cliente exige do enfermeiro um trabalho de autoanálise, disponibilidade para se questionar e capacidade para se aceitar.

Na análise relativa à relação entre os “anos de profissão”, o “tempo atual no serviço” e a percepção do nível de competências relacionais de ajuda, verifica-se uma correlação positiva e significativamente com as compe-

tências empáticas e genéricas. Nas restantes dimensões das competências relacionais de ajuda e os “anos de profissão” e o “tempo no atual serviço”, as relações não são significativas, apesar de positivas.

Os resultados obtidos indiciam que a antiguidade profissional e a experiência em determinada área pode contribuir para a apresentação de mais competências relacionais de ajuda, o que está de acordo com Benner (2001), quando considera mais habilitado o enfermeiro com mais tempo de serviço relativamente ao recém-formado. Esta autora evidencia, nos seus estudos, que a experiência profissional adquirida ao longo do tempo proporciona um poder de compreensão dos factos e da situação real, que lhe permite um melhor relacionamento com o utente. Realça, ainda, o facto do tempo de serviço proporcionar destreza técnica e instrumental, libertando o enfermeiro para uma maior destreza intelectual, facilitando o cuidar numa perspetiva holística.

Conclusões

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade do ICRA são aspetos fundamentais para a interpretação dos resultados da investigação, dado que o valor destes depende das suas qualidades conceptuais e psicométricas.

Para a validade de constructo assinala-se a quase sobreposição empírica e estruturação multidimensional relativamente à estrutura teórica, corroborando a matriz proposta pela autora do inventário.

Abona também a favor da validade do ICRA correlações moderadas e estatisticamente significativas entre as dimensões. Estes resultados contribuem para a validade do inventário, sendo considerado como detentor de qualidades psicométricas adequadas para avaliação das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros.

Os valores mais baixos percebidos pelos enfermeiros nas competências de contacto sugerem a necessidade dos enfermeiros desenvolverem estas competências consideradas fundamentais no processo de cuidar.

Referências bibliográficas

- Ahya, P. et al. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos*. "Cuidar": Ética e práticas. Loures: Lusociência.
- Auger, L. (1992). *Comunicação e crescimento pessoal: A relação de ajuda*. São Paulo: Loyola.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Carkhuff, R.R (1988). *L'art d'aider*. Montréal: Editions de l'Homme.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Canada: Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Cibanal, L. (1991). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona: Doyma.
- Collière, M. F. (1999). *Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei 437/91. DR I Série-A, 257 (91-08-11).
- Decreto-Lei 412/98. DR I Série-A, 300 (98-12-30).
- Decreto-Lei 161/96. DR I Série-A, 205 (96-04-09).
- Decreto-Lei 104/98. DR I Série-A. 93 (98-04-21)
- Egan, G. (1987). *Communication dans la relation d'aide*. Montreal: HRW Itée.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ferreira, M. (2004). *Relação de ajuda na formação dos Enfermeiros*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Ferreira, M. F., Tavares, J., Duarte, J. T. (2006). Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem. *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Dominio de Enfermagem*, 2.ª Série (2), 51-62.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo.

Kerouac, S., Pepin, J., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Études Vivantes.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.

Mackey, R. B. (1997). Descubra o poder curativo do toque terapêutico. *Servir*, 45(5), 261-268.

Melo, R. C. (2004). *Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda — estudo com estudantes de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Melo, R. C. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Domínio de Enfermagem*, 2.ª Série (1), 63-71.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Dvulgar. Lisboa: OE.

Osswald, W. (2000). A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de Bioética*, 23, 41-45.

Pepleau, H. (1993). *Relaciones interpersonales em enfermería*. Barcelona: Masson/ /Salvat.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Lisboa: Lusociência.

Phaneuf, M. (1995). Relação de ajuda: Elemento de competência da enfermeira — cuidar. In: *1.º congresso internacional de enfermagem médico-cirúrgica, subordinada ao tema Enfermagem e o doente em estado crítico*. Coimbra.

Queirós, A. A. (1999). *Empatia e respeito*. Coimbra: Quarteto.

Queirós, A. A., Silva, L. C. C. & Santos, E. M. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Morais Editores

Salomé, J. (1993). *Relation d'aide, formation à l'entretien*. Lille: Presse Universitaire de Lille.

Silva, M. J. P. (1998). Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: O factor corpo, entre a enfermeira e o paciente. In D. Meyer, V. Waldow & M. Marques (org.),

Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea (pp. 127-135). Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, M. J. P. (2006). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. Sao Paulo: Loyola.

Silva, M. J. P. (2001). Percebendo o ser humano além da doença e o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing (ed. Brasileira)*, 4(41), 14-20.

Simões, R. M. P. (2008). *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Porto: ICBAS/UP.

Sprinthall, N. & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: FCG.

Vaz Serra, A. (1988b). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 6(2), 101-110.

Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1985). *Nursing: philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University Press.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



O ERRO HUMANO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CIDALINA DA CONCEIÇÃO FERREIRA DE ABREU*

"It may be part of human nature to err, but it's also part of human nature to create solutions, find better alternatives and meet the challenges ahead" (Kohn, et al., 2000, p. 15).

To Err is Human do Institute of Medicine (IOM), editado nos Estados Unidos da América, refere que entre 44.000 a 98.000 doentes americanos morrem anualmente por causa de erros médicos. Estes ficam dispendiosos às instituições de saúde com a agravante de trazerem repercussões em custos sociais, nomeadamente pela perda da confiança no sistema de saúde pelos doentes e pela existência de uma diminuição de satisfação, tanto destes, como dos profissionais de saúde. Os doentes que ficam internados por longos períodos devido a erros médicos podem sofrer de desconforto físico e psicológico. Esta situação faz-nos refletir sobre a qualidade dos cuidados prestados a estes e sobre a consequente segurança dos mesmos. Florence Nightingale, em 1863, escreveu em *"Notes on Hospitals"*, as seguintes palavras latinas *"Primum non Nocere"*, que querem dizer *"Primeiramente, não cause dano"*, já estando implícita a ideia de segurança do doente. Esta ideia, bastante atual, foi referida por Florence Nightingale, antes do IOM, e daí ser um dever ético fazer estudos na área de enfermagem, com a finalidade de reconhecer quais os erros que podem ser cometidos no contexto dos cuida-

* Professora Adjunta da ESEnFC.

dos, no sentido de encontrar as melhores estratégias para os atenuar o mais possível e não causar dano. Contudo, errar é humano, porque as pessoas são falíveis, podendo cometer erros até nas melhores instituições. Portanto, o erro humano existe e consiste num desfasamento entre o que uma situação requer, na intencionalidade da pessoa, e no que ela poderá vir a realizar. De uma forma mais prática, um erro humano poderá ser quando planeamos para fazer algo correto, mas o resultado foi incorreto ou inesperado, como por exemplo quando se administra a medicação correta ao doente errado, podendo-lhe causar dano.

Kohn *et al.* (2000), Reason (2003) e Steinwachs *et al.* (2004), definem erro como uma falha do plano de acção que deveria ser concluído conforme previsto (ou seja, erro de execução) ou a utilização de um plano errado para atingir um objectivo (ou seja, erro de planeamento). É importante considerar que existem “erros honestos” e “erros desonestos”. Como já percebemos o erro está intrinsecamente ligado à natureza humana e, portanto, existem erros nas nossas práticas que são devido a “*acções não intencionais em que, por distração, por má aplicação de regras ou por má deliberação, se fallhou o plano*” (Fragata, J. & Martins, M. 2004, p. 313), sendo estes considerados os “erros honestos”. Por outro lado, encontram-se outro tipo de erros, designados por “erros desonestos”, “que resultam de uma transgressão de regras tidas como recomendáveis ou seguras; estes últimos erros não são desculpáveis, poderiam ser evitados se as regras definidas (estado da arte) tivessem sido seguidas, são portanto violações” (Fragata, J. & Martins, M. 2004, pg. 313). Na nossa prática clínica existem ambos os erros, mas vamos-nos centrar nos “*erros honestos*” que podem ser devido a lapsos, falhas ou mesmo enganos.

James Reason (2003), um professor de psicologia da universidade de Manchester, interessado no estudo dos erros humanos, refere-nos que tanto os lapsos como as falhas se devem a alterações dos processos cognitivos, nomeadamente dos da atenção. Quando se fala em lapsos, dizemos que o plano inicial estava certo, mas a execução saiu errada por causa de uma falta de atenção (por exemplo, quando um enfermeiro prepara um medicamento e não coloca a dose certa por falta de atenção). Do mesmo modo, a falha surge por se ter omitido algo no processo de execução e, assim, o resultado não saiu como previsto (por exemplo, quando um enfermeiro identifica os

tubos de sangue com o nome do doente e por falta de atenção omite um tubo de sangue). Ambos os erros devem-se, muitas vezes, a atividades repetitivas e automáticas que surgem por fadiga. Podemos perceber que esta forma de erros humanos é mais facilmente observada em profissionais mais experientes, pela sucessiva repetição do ato, que devido à sua experiência, acabam por facilitar e prestar menos atenção, dando origem a uma situação inesperada. Relativamente aos enganos, ocorrem por falhas no planeamento e, portanto, a finalidade pretendida não chega a ser atingida e uma situação de erro pode acontecer. É evidente que os enganos remetem para estruturas cognitivas superiores relativamente aos lapsos e falhas, tornando-se mais subtil e complexa a sua compreensão. Contudo, a falta de experiência e falta de conhecimento, ou mesmo de informação sobre determinada situação, podem levar a uma tomada de decisão que, naquele momento, poderia parecer a mais correta, mas depois constata-se que não. Por exemplo, um enfermeiro numa situação inesperada pode tomar uma determinada decisão que à partida julga ser a mais correta, mas após a atuação, verifica que foi uma tomada de decisão errada, podendo mesmo pôr em risco a saúde do doente. Segundo Rasmussen, *apud* Reason (2003), os enganos podem ser divididos em enganos baseados nas regras e enganos baseados no conhecimento. Assim, com base na classificação *skill-rule-knowledge*, Rasmussen e Jensen (1974), *apud* por Reason (2003), propuseram um esquema designado por *generic error-modelling system* (GEMS) para representar uma visão integrada do mecanismo do erro que permite relacionar os três níveis de actividade cognitiva com os três tipos primários de erro. Segundo os mesmos autores, e como podemos verificar na Figura I, os erros baseados na destreza representam o desempenho sensorio-motor de um determinado ato ou actividade que se traduzem em comportamentos automáticos, com base em planos previamente definidos, que por falta de atenção não atingem a finalidade pretendida, dando origem a um lapso em que o indivíduo não se apercebe que errou. O nível baseado nas regras e no conhecimento só entra em jogo depois de o indivíduo ter consciência do problema ou da situação em que errou. Para solucionar esta situação, pode-se aplicar uma regra predefinida que poderá dar origem a um novo erro, sendo este considerado um engano com origem nas regras. Por outro lado, face a esta nova situação de erro, o indivíduo pretende resolve-la e, então, faz apelo a faculdades superiores que implicam uma análise minuciosa da situação, exigindo conhecimentos prévios que o levam a elaborar um plano de ação e, assim, a tomar uma de-

cisão de resolução da situação ou não, sendo esta situação de não resolução considerada um engano com origem no conhecimento. Tanto os lapsos, como os enganões com origem nas regras, dependem da informação que chega no momento e, por isso, processam-se de forma automática. Os enganões com origem no conhecimento já exigem um trabalho intelectual elaborado com elevado custo cognitivo (Reason, 2003; Fragata e Martins, 2004).

FIGURA 1. Relação entre os três tipos básicos de erro e os três níveis de desempenho de Rasmussen (Reason, 2003, p. 56).

Nível de desempenho <i>Performance level</i>	Tipos de erro <i>Error type</i>
Nível baseado na destreza <i>Skill-based level</i>	Lapsos <i>(slips and lapses)</i>
Nível baseado nas regras <i>Rule-based level</i>	Enganões com origem nas regras <i>(RB mistakes)</i>
Nível baseado no conhecimento <i>Knowledge-based level</i>	Enganões com origem no conhecimento <i>(KB mistakes)</i>

Para clarificar melhor a classificação referida anteriormente recorreremos à exposição de um exemplo de Narumi *et al.* (1999), que atende à prática clínica de enfermagem. Um enfermeiro necessita de administrar um diurético oral a um doente com insuficiência cardíaca congestiva ao mesmo tempo um novo doente deu entrada no serviço. O enfermeiro cuida do novo doente por algum tempo, esquecendo-se de administrar o diurético oral ao outro doente. Este tipo de erro foi classificado como lapso, sendo o nível do desempenho errado baseado na destreza (*skill-based error*). Se uma fibrilhação ventricular ocorresse no serviço de cardiologia, o enfermeiro teria que fazer massagem cardíaca, os outros elementos da equipa teriam que trazer o desfibrilhador, proceder à desfibrilhação elétrica e chamar o médico de serviço. Se o enfermeiro não procedeu à massagem cardíaca, nem à desfibrilhação elétrica, e só chamou o médico de serviço, tendo somente na presença deste iniciado o processo de ressuscitação, então considera-se um engano ao nível das regras, sendo o desempenho errado baseado nas regras (*rule-based error*). Na mesma situação, se o enfermeiro fosse um membro da equipa novo que não conseguia perceber o que se estava a passar com o doente e, como

tal, apenas chamou o médico, então classifica-se como engano baseado no conhecimento, sendo o desempenho errado ao nível do conhecimento (*knowledge-based error*). Esta classificação permite-nos perceber o comportamento humano face a uma situação de erro que é muito mais elaborado do que um simples acto-reflexo.

Os mesmos autores desenvolveram um outro estudo, num hospital do Japão, com base na mesma classificação, com a finalidade de: identificar os diferentes tipos de erros humanos; de determinar quais os turnos de trabalho em que ocorrem os erros humanos; e averiguar se a experiência de trabalho afeta a incidência do erro com mais de três anos de experiência ou menos de três anos de experiência, relacionando com o tipo de erro humano.

O método utilizado foi com base em relatos de acidentes e incidentes adversos relacionados com os cuidados de enfermagem no serviço de cardiologia. Foram analisados os relatos de 19 de agosto de 1996 a 31 de janeiro de 1998. O formato do relatório consistia no nome do doente e da equipa de enfermagem ou das equipas, a hora em que o incidente ou acidente adverso ocorreu, características do doente e o tipo de cuidados de enfermagem de que necessitava no momento, descrição detalhada do incidente, o que é que a equipa considerou que esteve em falta e quais as medidas aplicadas pela equipa de enfermagem, no sentido, de ir ao encontro do incidente e dos seus resultados. Por vezes, os relatórios foram escritos pela equipa de enfermagem envolvida naquele turno. Os relatórios foram classificados de acordo com os diferentes tipos de erros humanos (Reason, 1990; Runciman *et al.* 1993), nomeadamente *skill-based error*, *rule-based error* e *knowledge-based error*. Foi difícil clarificar os incidentes e, portanto, a equipa de enfermagem envolvida foi entrevistada para clarificar as respetivas situações.

Quanto aos resultados podemos resumidamente referir que de 19 de agosto 1996 a 31 de janeiro de 1998 foram reportados 181 acidentes e incidentes adversos. Destes, 40 foram classificados como *skill-based error*, 52 como *rule-based error* e 7 como *knowledge-based error*. Os restantes 82 relatos foram acidentais, relacionados com doentes com delirium, não tendo sido incluídos na categoria dos erros humanos. Assim, dos 99 acidentes e incidentes adversos, um total de 12 erros (11 *rule-based* e 1 *skill-based error*) foram considerados ameaçadores para a vida dos doentes. Um total de 75

erros (4 *knowledge-based*, 35 *rule-based* e 36 *skill-based errors*) causou desconforto ao doente. Oito erros gastaram recursos hospitalares e 4 erros (1 *knowledge-based* e 3 *skill-based errors*) estiveram relacionados com situações de procedimentos.

Relativamente à quantidade de erros por turnos, verificaram que durante os turnos da manhã ocorreram 36 erros, 34 ocorreram durante os turnos da tarde e 29 durante os turnos da noite.

Enfermeiros com menos de três anos de experiência fizeram 38 erros, enquanto que, os que tinham menos de três anos de experiência fizeram 61 erros. Os enfermeiros menos experientes cometeram *rule-based errors* 30 vezes e os enfermeiros mais experientes cometeram 22 vezes. Os enfermeiros menos experientes cometeram *skill based errors* 26 vezes, enquanto que, os enfermeiros mais experientes cometeram 14 vezes. Assim, os enfermeiros menos experientes cometeram *rule-based errors* e *skill-based errors* com mais frequência do que os enfermeiros mais experientes.

Em síntese, os autores referem que os turnos de elevado risco para a ocorrência de erros humanos são: turnos da tarde; dois turnos da tarde consecutivos; turnos da tarde seguidos de turnos da noite; e turnos da noite seguidos de férias. Estas horas de trabalho não são adequadas para a actividade humana por causa das alterações ao nível do bio ritmo dos profissionais. Existem muitos exemplos de acidentes desastrosos causados por erro humano devido às alterações do bio ritmo como “Three Mile Island às 4:00 horas da manhã; Chopal entre as 2 e as 3 horas; Chernobyl à 1:24 horas (...)” (Reason, 1990). Estes factos parecem indicar que não é adequado trabalhar horas a mais, porque é considerado o fator de maior ocorrência de erros humanos. Os autores referem que uma solução poderia ser retirar as horas em excesso aos profissionais, mas consideram impraticável com recursos humanos limitados no hospital. Apesar de o volume de trabalho ser menos nos turnos da tarde e da noite do que durante os turnos da manhã, o facto de haver menos enfermeiros nestes turnos (tarde e noite) é considerado uma outra razão para este fenómeno. A partir do momento em que se constata que os enfermeiros menos experientes cometem mais erros, existe, então, a necessidade de estabelecer um sistema para os enfermeiros mais experientes darem apoio e verificarem os procedimentos dos enfermeiros mais inexperientes.

Para além do estudo mencionado, existem vários estudos internacionais preocupados com o excesso de horas dos profissionais como, por exemplo, o comité de “Work Environment for Nurse and Patient Safety”. Este realizou um estudo que revelou que os erros poderão ocorrer na prática de enfermagem devido ao excesso de trabalho *“longas horas de trabalho e fadiga, incluindo a exigência em fazer horas extraordinárias; sobrecarga de problemas, incluindo o regulamento do estado no que se refere aos ratios enfermeira por cama; problemas relacionados com o ambiente de trabalho, incluindo processos de cuidados baseados em planos empobrecidos; sistemas do local de trabalho, incluindo confiança na memória e déficit em sistemas de suporte para a tomada de decisão; e a comunicação no local de trabalho, incluindo o social, físico e outras barreiras de comunicação eficaz entre os membros da equipa de trabalho”* (Steinwachs, et al., 2004, p. 24). Estes autores referem que os erros resultam de vários fatores dentro de um sistema, contudo as componentes humanas de todos os sistemas industriais constituem um largo contributo para a ocorrência de acidentes.

De forma sintética, relatamos um outro estudo, realizado na Inglaterra por Meurier *et al.* (1997), que teve como objetivo identificar os erros, as causas e as respetivas consequências, bem como, sugerir estratégias de enfermagem para mudar as práticas clínicas.

A metodologia utilizada foi a passagem de um questionário intitulado *“Inappropriate Nursing Decisions and Actions”*, que se encontrava dentro de um envelope, acompanhado de uma carta em que explicava os objetivos do estudo, assegurando o anonimato e a confidencialidade. A amostra era de 175 enfermeiros, mas só 145 é que completaram o questionário. Destes foram retirados 16 questionários por não terem respondido ao parágrafo de “descrição do erro”, ficando para análise uma amostra de 129 enfermeiros. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo.

Quanto aos resultados, e no que respeita aos tipos de erro, estes foram categorizados baseados em quatro fases do processo de enfermagem: comunicação, avaliação e planificação, intervenção e avaliação. A maioria dos erros (33%) ocorreram durante o processo de intervenção, 27,9% estão relacionados com a comunicação, 27,9% dos erros são de avaliação e planificação e 10,1% devem-se à avaliação. Quanto às consequências dos erros no doente, verificaram que 64% dos enfermeiros reportaram que os erros

tiveram consequências nos doentes, sendo que 28% reportaram que o erro afetou ligeiramente o doente, 23% reportaram que afetou moderadamente e 13% referiram que o erro atingiu o doente com gravidade. Os restantes 36% não causaram qualquer dano. As causas dos erros atribuem-se à inexperiência (falta de conhecimento e de informação), em que 21.1% dos enfermeiros não estavam familiarizados com os procedimentos e 41% tinham falta de informação. Outra causa foi atribuída à falta de supervisão, em que 31.2% referiram que, embora fosse responsável, outra pessoa cometeu o erro, e 33% referiram que a supervisão do pessoal mais experiente foi inadequada. Quanto à sobrecarga de trabalho, 65.9 % reportaram que estavam distraídos por terem muitas atividades de enfermagem. Por fim, uma outra causa de erro identificada consiste num julgamento errado, referindo que 37.6% tomaram decisões demasiado rápidas.

Em síntese conclusiva, os autores referem que as causas dos erros são multifatoriais. Os fatores comuns percebidos pelos enfermeiros como contributos para os seus erros foram: ambiente stressante, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento e experiência, supervisão inadequada e falta de apoio dos profissionais mais velhos. A perceção das causas do erro, bem como, as circunstâncias em que o erro ocorre, estão associadas a mudanças nas práticas. Os enfermeiros também reportaram perda de confiança e um aumento de ansiedade no seu trabalho quando atribuíam o erro a fatores causais como o ambiente stressante, juízo errado e sobrecarga de trabalho. Isto poderá estar relacionado com a perceção da falha de não conseguirem lidar com estas situações e com a possibilidade de perder credibilidade profissional.

No que respeita à redução da incidência dos erros, os autores consideram relevante a supervisão dos enfermeiros mais novos e a aprendizagem pelos pares, partilha de experiências, conhecimentos e de competências, bem como, o sentir que trabalham num ambiente acolhedor, em que existe apoio face às situações de erro e que este pode melhorar a qualidade dos cuidados. Referiram a importância do desenvolvimento de competências pela aprendizagem contínua. A sobrecarga de trabalho e o ambiente stressante poderá ser atenuado com uma dotação segura. Referem, ainda, que existe uma necessidade em reconhecer que os erros vão continuar a ocorrer nas práticas de enfermagem. Os enfermeiros e os seus chefes/supervisores de-

veriam produzir “*guidelines*”, no sentido de gerirem os erros da melhor forma, como fazendo parte da segurança da qualidade dos cuidados. Isto incluiria, necessariamente, o incentivo para os enfermeiros reportarem/partilharem os seus erros com os seus colegas, sem medo e sem tratamento injusto por parte dos chefes/supervisores. Estes teriam uma atuação justa e racional se valorizassem menos o erro e mais as causas e circunstâncias que conduziram ao erro (Mitchell e Wood, 1980, apud Meurier *et al.*, 1997).

Podemos referir que errar é humano, mas também faz parte da natureza humana encontrar estratégias que possam ser vantajosas, no sentido, de atenuar o erro nos contextos dos cuidados de enfermagem e, assim, contribuir para a segurança dos doentes.

Os enfermeiros são os profissionais que mais interação estabelecem com os doentes e, portanto, existe muito para aprender com a prática, nomeadamente com os erros. A sua identificação torna possível mudar comportamentos humanos, atenuando os riscos, bem como, alterando deficiências do próprio sistema institucional, contribuindo, assim, para a segurança dos doentes.

Assim, nos Estados Unidos da América, Benner *et al.* (2006) elaboraram um instrumento intitulado “*Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice Responsibility* (TERCAP)”, disponibilizado on-line pelo *National Council of State Boards of Nursing* (NCSBN), onde os enfermeiros reportam os erros de enfermagem, considerando-os de elevado potencial para o desenvolvimento de estratégias, tanto a nível individual, como do sistema, para a redução dos erros. As oito categorias (1 – Administração de medicação segura, 2 – Documentação, 3 – Atenção/vigilância, 4 – Avaliação clínica, 5 – Prevenção, 6 – Intervenção, 7 – Ordens autorizadas pelos profissionais de saúde e 8 – Responsabilidade profissional/advocacia do doente) do instrumento foram baseadas na visão de boas práticas de enfermagem. No que respeita à primeira categoria, “Administração segura de medicação”, a PBAP (Practice Brekdown Advisory Panel) realizaram, segundo as autoras, um estudo piloto onde se verificou que os erros de medicação foram responsáveis por 20% dos erros primários relatados. O tipo de erro de medicação mais frequente neste estudo foi a administração de dosagem errada ao doente. Na segunda categoria, “Documentação”, considerada fundamental na prática de enfermagem, verificaram-se registos imprecisos e omissão de registos. As autoras referem que, quando as terapias efetuadas ao doente ou a medicação admi-

nistrada não forem imediatamente registadas, o doente corre o risco de lhe serem administradas segunda vez, como por exemplo, a administração de analgésicos e sedativos. A terceira categoria, “Atenção/Vigilância”, remete para a observação feita pelo enfermeiro das condições do doente e se o enfermeiro não o observa, não pode identificar alterações que lhe podem ocorrer e tomar decisões adequadas. Na quarta categoria, “Avaliação clínica”, verificou-se no estudo piloto que o tipo de erro se refere às implicações clínicas de sinais e sintomas e/ou intervenções não reconhecidas ou mal interpretadas pelo enfermeiro. Poderão estar implícitas a falta de atenção e *deficit* de conhecimentos que levam a uma deficiente avaliação clínica da situação do doente. A quinta categoria, “Prevenção”, está relacionada com a prevenção das infeções nosocomiais, das quedas dos doentes, das úlceras de pressão, da pneumonia devido à não realização de higiene oral, da desidratação, da segurança tecnológica, dos níveis da glicemia (...). Na falta de prevenção destes cuidados está em causa a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Na sexta categoria, “Intervenção”, os erros de enfermagem que mais se evidenciaram no estudo foram o erro na execução das intervenções de enfermagem e a falta de intervenções oportunas. Na sétima categoria, “Ordens autorizadas pelos profissionais de saúde”, o estudo piloto evidenciou problemas de comunicação escrita e oral como possível causa para os erros, por exemplo, ordens dadas pelos profissionais de forma verbal, ou por telefone, ou mesmo prescrições terapêuticas escritas em que a letra não era legível. Na oitava categoria, “Responsabilidade profissional/advocacia do doente”, referindo-se à responsabilidade ética e fiducial dos enfermeiros para defender os melhores interesses e bem-estar dos doentes. A negligência, desrespeito ou o não atendimento aos pedidos de ajuda dos doentes, pode causar erros que podem ser prejudiciais aos doentes. A falha mais frequente, nesta categoria, é quando o enfermeiro escolhe não notificar o médico quando surgem alterações nas condições do doente. As autoras referem que encobrir um erro deliberadamente é tanto um problema do sistema como profissional. Se uma instituição de saúde não tiver uma forte cultura de segurança do doente e se os enfermeiros que reportam os erros são responsabilizados e negativamente sancionados, em vez de serem ajudados na modificação do desempenho e na alteração dos problemas do sistema, no sentido, de prevenir tais erros, então continuarão a não reportar os erros e a encobri-los.

Erros humanos acontecem nos contextos dos cuidados de enfermagem e, estudos neste âmbito, levam-nos a refletir sobre a importância de desenvolver mais investigação, tanto a nível internacional, como nacional, porque os enfermeiros estão na linha da frente e a sua prática inclui deliberadamente prevenção dos erros e promoção da segurança dos doentes. Assim, torna-se deveras relevante o relato dos erros das práticas clínicas a nível institucional, não no sentido de culpabilização, mas com a finalidade de se criar uma cultura positiva face ao erro, de modo a aprendermos e modificarmos comportamentos que permitam desenvolver a qualidade dos cuidados e, consequentemente, contribuir para a segurança dos doentes.

Mudança de cultura institucional

Podemos afirmar que é próprio da natureza humana errar. Contudo, quer os enfermeiros, quer os médicos, foram devidamente treinados e motivados para o exercício das suas profissões, estando subjacente a ideia de que não poderiam cometer qualquer erro (Leape, 1994). Para o autor, o método utilizado para atingir o objetivo consistia no treino para a aquisição de boas práticas e na punição quando tal não acontecia, sendo esta exercida pela aprovação dos pares. Refere-nos, ainda, que na cultura profissional da medicina e enfermagem é utilizada a culpabilização para os profissionais adquirirem uma boa performance no trabalho. Esta cultura institucional não só existe nos Estados Unidos, como em Portugal, conforme nos refere (Fragata e Martins, 2004, p. 20) “a cultura da análise do erro é entre nós de verdadeira culpabilização o que faz com que o seu registo, e eventual divulgação pública sejam muito difíceis”.

Esta cultura é contestada pelos estudiosos do erro e do comportamento, porque o erro é normalmente considerado um “erro humano” em que, por vezes, as suas causas poderão estar para além do controlo individual do sujeito em contexto de trabalho (Leape, 1994). Este autor diz-nos, ainda, que os sistemas que acreditam que os comportamentos humanos são libertos de erro estão condenados a falhar. É de salientar que nas instituições de saúde portuguesas existe uma cultura de “culpabilização e repressão sistemática que leva possivelmente a uma melhoria transitória, mas não remove as causas individuais e sobretudo as causas devidas ao sistema, pelo que perpetua o

chamado ciclo de erro” (Fragata e Martins, 2004, p. 21). Torna-se relevante modificar a forma como pensamos sobre o erro, pois este deverá ser entendido de uma forma pedagógica, como sendo um processo de aprendizagem, e não entendido como punitivo, no sentido de modificarmos as nossas práticas clínicas. Conforme nos refere (Fragata & Martins, 2004, p. 21), “(...) o erro serve a sua própria genialidade e permite, pela auto-correcção, uma permanente reorganização que subjaz a complexidade e faculta o progresso da espécie inteligente. O erro seria assim, não só um elemento indissociável à espécie humana, mas também um valioso instrumento para o seu próprio progresso”.

Assim, torna-se importante pensar as práticas de enfermagem face à ocorrência de um erro que pode ser variável, ou seja, tanto pode ser um erro de identificação do doente, de procedimentos técnicos e científicos, de prevenção de quedas, de úlceras de pressão e de maceração, bem como, de comunicação, etc., mas refletir sobre eles leva-nos a identificar estratégias mais adequadas a serem implementadas no sentido da prevenção do erro, contribuindo para a segurança do doente e obtendo ganhos em saúde. Pretendemos sair de uma cultura de punição e transacionar para uma cultura de aprendizagem, contribuindo, assim, para a segurança dos doentes.

Numa situação de erro, o mais importante não é quem cometeu o erro, atribuindo culpas ao profissional (cultura da culpabilização), mas aprender com o erro, colocando questões como “porque é que isto aconteceu?” e “O que se deve mudar para que futuramente não ocorra esta situação?”, criando-se uma cultura institucional mais justa (*just culture*), porque se nada fizermos corremos o risco de o mesmo erro voltar a acontecer, pondo em causa a satisfação dos profissionais e a segurança dos doentes.

Passamos a descrever um exemplo de erro, que é tanto individual, como do sistema, referido por Ramsey (2005), em que uma senhora de cerca de 45 anos de idade foi admitida no hospital por apresentar dor crónica. Em casa ela tomava a sua medicação, nomeadamente o Talwin (analgésico de uso oral). O hospital não tinha Talwin e, assim sendo, a equipa de saúde deixou a doente tomar o seu medicamento, ficando este na sua mesa-de-cabeceira. A enfermeira que cuidava desta doente era recém formada e com pouca experiência. Esta enfermeira tinha uma preceptora (tutora) considerada com mais experiência e tinha como objetivo orientar a aprendizagem e desenvolvimento da enfermeira recém formada nas práticas de enfermagem.

A enfermeira preceptora tinha para além da enfermeira menos experiente, muitos doentes dependentes distribuídos. O médico fez uma prescrição de 50mg por via intramuscular (IM) de Talwin. A enfermeira preceptora não se preocupou com a enfermeira menos experiente e esta tomou a iniciativa de fazer o cartão de medicação, tendo escrito 16cc em vez de 1,6cc. Preparou então 16cc de Talwin e administrou por via endovenosa (IV), em vez por via intramuscular (IM), porque o “M” do médico parecia “V”. O doente faleceu e a enfermeira foi culpada pela sua morte. Face à situação, a administração do hospital foi tentar identificar o que estava mal no sistema para que este erro tivesse ocorrido possível.

Identificaram os seguintes problemas:

1. A preceptora para além de cuidar dos seus doentes, ainda tinha a cargo a tutoria de uma enfermeira menos experiente;
2. O medicamento Talwin não deveria estar na mesa-de-cabeceira da doente. Após a prescrição médica, este medicamento deveria ter ido para a farmácia e a sua preparação deveria ter sido feita lá, para posteriormente ser enviado para o serviço devidamente preparado a ser administrada;
3. Falta de legibilidade da letra do médico;
4. A enfermeira recém formada deveria ter sido apoiada tanto antes como depois do evento. Deveria ter sido incluída na revisão do erro e no processo de tomada de decisão do qual resultou o erro.

O autor refere que se os hospitais continuarem a ignorar a função dos enfermeiros no que diz respeito à sua segurança no trabalho, então continuarão a perder enfermeiros, e a falta destes poderá ser ainda mais grave. Por causa da ética dos cuidados ser o pilar da prática de enfermagem, os enfermeiros como agentes de uma moral independente são responsáveis pela segurança dos doentes, sendo também advogados dos mesmos. Contudo, ao mesmo tempo, após uma análise cuidada deste caso, demonstra-se que os enfermeiros bem como, os outros profissionais de saúde, têm que aceitar que os enfermeiros não devem assumir a culpa dos erros médicos. A responsabilidade dos erros médicos deve ser partilhada entre todos (Ramsey, 2005). Esta mudança de ambiente cultural é fundamental porque passamos da culpabilização individual para a análise do sistema, da partilha da situação de erro, com transparência

e apoio em que todos aprendem, redesenhando o sistema de modo a haver cada vez menos erros e obter ganhos em saúde.

Quando existe a ocorrência de um erro é importante refletir sobre a raiz do problema (*root cause analysis*) — (o que é que deu origem ao erro?, porque é que o erro aconteceu?), sobre a liderança (quem liderava na altura do incidente? Como procedeu?); sobre o envolvimento de outros atores que intervêm no processo de prestação de cuidados (quem poderá estar envolvido? o médico, o enfermeiro, o farmacêutico, o anestesista, o psicólogo, a assistente social), etc. Deste modo, a análise do erro pode ser complexa e multifatorial, porque ocorre num determinado contexto individual, ambiental e profissional, que se integra num sistema de saúde hospitalar considerado também ele, complexo.

Num sistema complexo os acidentes podem ocorrer como ilustra o modelo do “Queijo Suíço” (Reason, 2003). O autor explica que, ao considerar o contributo humano para a ocorrência de acidentes no sistema, temos que considerar a existência de “erros ativos” e “erros latentes”. Os primeiros estão associadas a comportamentos pouco seguros dos profissionais que no nosso contexto institucional são os enfermeiros, os cirurgiões, os anestesistas, etc., e que estão na linha da frente a cuidar do doente. Relativamente aos enfermeiros, podemos exemplificar como “erro ativo” a administração de uma dose errada de um medicamento como 16cc de Talwin, em vez de 1.6cc, administrado por via intra-muscular (IM) e não por via endovenosa (IV). Os segundos estão adormecidos no sistema por algum tempo, são inevitáveis e tornam-se evidentes quando combinados com outros fatores que violam as defesas do sistema. Estes prendem-se com as vulnerabilidades do desenho do sistema e com tomadas de decisão a montante menos adequadas das chefias, supervisores e executores técnicos. Podemos exemplificar que quando os enfermeiros chefes indicam um enfermeiro mais experiente para orientar um menos experiente, mas o primeiro tem tantos doentes a seu cargo que não consegue supervisionar o segundo (“erro latente”), considerado um problema do sistema e, conseqüentemente, o enfermeiro menos experiente comete o erro na dosagem do medicamento, administrando ao doente (“erro ativo”), reconhecido, por exemplo, como uma falha individual por falta de atenção. Neste percurso não houve uma barreira que impedisse os atos pouco seguros de ambos os enfermeiros, tendo surgido,

consequentemente, o acidente que causou dano ao doente. Se eventualmente houvesse uma barreira que detetasse o erro antes de acontecer, por exemplo, o enfermeiro mais velho detetasse antecipadamente a dose errada do medicamento, do enfermeiro menos experiente, ou este antes de administrar o medicamento tivesse um *“insight”* e reparasse que a dose era excessiva, então prevenia-se atempadamente o erro, sendo considerado um *near miss* ou “quase erro”, ou seja, ia sendo erro mas não foi. Este, numa cultura de justiça, deve também ser reportado porque representa manifestações de erros ou de falhas existentes no sistema, sendo também importante para se encontrarem medidas preventivas.

Esta perspetiva de visão do erro é recente no âmbito da saúde, mas é estudado há muitos anos na aviação, nos porta-aviões nucleares, nas centrais nucleares e nos centros de controlo de tráfego aéreo. Estas organizações são altamente complexas e não podem falhar, porque se existe um acidente as consequências são devastadoras, como por exemplo, a queda de um avião que, por vezes, acontece por erros de comunicação. Na saúde não é tão catastrófico porque felizmente não morrem todos os doentes de um hospital por erro médico. Contudo, feita a análise da ocorrência de erros em vários hospitais americanos e europeus, os resultados são alarmantes colocando em causa a segurança dos doentes. Esta temática tem suscitado interesse na última década e é uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo.

Considera-se hoje um sério problema de saúde pública que exige respostas (Sousa, 2006). Existem sete passos fundamentais para melhorar a segurança dos doentes que foram desenvolvidos num documento estratégico do *National Patient Safety Agency* na Inglaterra, destacando-se a importância de envolver todos os profissionais de saúde. Passamos a citar os passos: “1 – Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa; 2 – Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes; 3 – Integrar as atividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas; 4 – Promover o reporte dos eventos adversos ou “near misses”, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes; 5 – Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral; 6 – Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão

subjacentes, no sentido, de aprender “como” o incidente ocorreu e “porquê”. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes; 7 – Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário” (National Patient Safety Agency *apud* Sousa, 2006, p. 314). Cada um destes passos é operacionalizado por uma *checklist* que permite planear as atividades e a avaliar o desempenho, bem como, a efetividade das ações exercidas para promover a segurança dos doentes (Sousa, 2006). Em Portugal, nestes últimos anos, tem-se desenvolvido estudos isolados que não têm tido visibilidade, pelo facto destas iniciativas não estarem integradas numa estratégia de dimensão regional ou nacional (Sousa *et al.*, 2009). Estes autores referem, ainda, que a *“melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (a longo prazo) resultante dessas iniciativas tem sido esparsa e nem sempre a avaliação tem sido feita tendo em conta critérios de efetividade e de eficiência”* (Sousa, *et al.*, 2009, p. 105).

Florence Nightingale pretendeu dizer a todos os profissionais de saúde que *“Primum non nocere”* (Cassiani; Ueta, 2004), ou seja, a participação para a segurança do doente, está em todas as equipas multidisciplinares que trabalham nas instituições de saúde e também, não esquecendo, o contributo do doente para a sua segurança. Esta ilustre enfermeira foi ainda mais longe, atendendo à época, implementando algumas primeiras regras com a finalidade de prevenir os erros na administração de medicação. Por exemplo, a exigência de um horário fixo para a administração da medicação com a finalidade de se cumprir a administração dos medicamentos e para que não houvesse duplicação dos mesmos (Cassiani; Ueta, 2004).

Assim, considera-se relevante valorizar uma cultura de aprendizagem face ao erro no contexto dos cuidados de enfermagem, no sentido, de se desenvolver uma responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança do doente. Portugal, para atingir essa finalidade, deverá desenvolver mais investigação e formação nas instituições de saúde, nas escolas de enfermagem e universidades. Deste modo, talvez, se poderá integrar a verdadeira cultura de segurança num sistema complexo, como são as instituições de saúde.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. (2009). Perspectiva clínica do erro. *Sinais Vitais*, 8, 38-41.
- Benner, P. *et al.* (2006). TERCAP: Creating a national database on nursing errors. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 48-63.
- Cassian, S. & Ueta, J. (2004). *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Medicas.
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. London: Logman.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Kohn, L. T. *et al.* (2000). *To err is human*. Washington: National Academy of Sciences.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272(23), 1851-1857.
- Meurier, C. *et al.* (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 26(1), 111-119.
- Narumi, J. *et al.* (1999). Analysis of human error in nursing care. *Accident Analysis & Prevention*, 31(6), 625-629.
- Ramsey, G. (2005). Nurses, medical errors, and the culture of blame. *The hasting center report*. ProQuest Nursing Journals, 35(2), 20-21.
- Reason, J. (2003). *Human error*. Cambridge: Cambridge University.
- Richardson, W. C. *et al.* (2003). *Crossing the quality chasm: A new system for the 21st century*. Washington: National Academy.
- Richardson, W. C. *et al.* (2003). *To err human: Building a safer health system*. Washington: National Academy of Sciences.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Sousa, P. *et al.* (2009). The patient safety journey in Portugal: Challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Número especial 25 anos, 91-106.
- Steinwachs, D. M. *et al.* (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington DC: National Academy of Sciences.



SEGURANÇA DO DOENTE: VELHO DESÍGNIO, NOVOS DESAFIOS. A MUDANÇA DE PARADIGMA CULTURAL NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

ANTÓNIO MANUEL MARTINS LOPES FERNANDES*

Apesar do problema da segurança do doente não se colocar, tal como o conhecemos hoje, Florence Nightingale, a seu tempo, percebeu que o doente poderia ver o seu estado agravado pelas condições hospitalares e pelos cuidados prestados.

Um século após a sua morte, os estudos internacionais realizados, sobretudo na última década, confirmam que, em média, 10% dos doentes internados são vítimas de Eventos Adversos, sendo estes reconhecidos universalmente como um problema dos sistemas de saúde ao comprometeram a segurança do doente.

A segurança clínica é uma dimensão da Qualidade em Saúde. Aumentar a probabilidade de obter os resultados desejados, nesse domínio, é um desafio incontornável que se coloca hoje em dia à gestão da qualidade das organizações de saúde. Fatores como as prioridades da gestão e supervisão, a comunicação e aprendizagem, a cooperação e trabalho em equipa, os recursos humanos, o relato e notificação de eventos adversos, a satisfação profissional ou a própria percepção do risco clínico caracterizam a cultura organizacional e são estruturantes para a observância da segurança do doente.

* Assistente/Equiparado da ESEnFC.

Tradicionalmente as organizações de saúde têm considerado as falhas humanas como causas dos eventos adversos. A resposta organizacional tem-se caracterizado pela culpabilização, punição e ostracismo perante o erro. Esta forma de abordar o problema tem gerado uma resposta profissional de ocultação, devido à vergonha e ao medo de punição ou estigmatização. A aprendizagem a partir da análise e reflexão sobre o erro fica, assim, comprometida.

Contudo, existe cada vez mais a perceção de que a melhoria da segurança e dos sistemas de segurança só acontecerá se deixarmos de nos concentrar na culpabilização do indivíduo. Uma das estratégias, oposta à recriminação e punição, é a promoção e implementação de sistemas de comunicação e, consequentemente, a promoção de uma cultura de aprendizagem com o erro. Pretende-se um novo paradigma: uma cultura aberta, justa (imparcial) e de aprendizagem a partir do erro e da adversidade.

Florence Nightingale, num momento diferenciado da história da medicina, não passou ao lado da segurança do doente. Hoje, estamos seguros, chamaria a si este desafio.

É possível apreciar e considerar muitas das realizações e intervenções de Florence Nightingale à luz da “Segurança do Doente”

Florence assumiu um compromisso com a qualidade e a relação desta com o bem-estar e os resultados da intervenção clínica. A sua perceção de que o doente poderia ser vítima das condições em que os cuidados eram prestados ou da qualidade dos próprios cuidados e não apenas da situação clínica, algo inquestionável à data, fica bem expressa nas suas notas. Quer no prefácio de *Notas sobre Hospitais* (Florence Nightingale; 3.^a Ed., 1863) ao afirmar que pode parecer estranho enunciar o princípio, mas o primeiro objetivo de um hospital deve ser não provocar danos aos doentes, quer nas *Notas sobre Enfermagem* (*Idem*, First Edition, 1859) ao sugerir que um paciente com frio, fraco e mal alimentado e com escaras não está a sofrer de doença, mas de falta de cuidados de enfermagem adequados.

Também ao dar início às prescrições clínicas por escrito e exigir que as suas enfermeiras acompanhassem os médicos na visita ao doente para

prevenirem erros, diretivas mal compreendidas e instruções esquecidas ou ignoradas, Florence Nightingale revelou ser sensível a um dos fatores, atualmente entendido como tal e julgado determinante, da segurança do doente: a comunicação e cooperação entre profissionais.

Cem anos após a sua morte, a segurança do doente permanece, no início de um novo milénio, um desígnio altamente contextual e atual. A prática clínica, que no passado costumava ser simples, pouco efetiva e relativamente segura, é hoje em dia complexa e efetiva, mas potencialmente perigosa (Aranaz *et al.*, 2006). A segurança do doente implica novos conhecimentos e desafios complexos. O primeiro é, porventura, a alteração na forma de encarar a partir do interior das organizações de saúde. Implica uma mudança de paradigma cultural nas instituições de saúde...

A declaração, retirada do preâmbulo do documento “Soluções para a Segurança dos Doentes — maio 2007”, do Centro Colaborador sobre Soluções para a Segurança dos Doentes (Joint Commission International — WHO, 2007a), traduz de forma excelente esta ideia:

“Em todo o mundo, a prestação de cuidados de saúde enfrenta o desafio de uma ampla gama de questões de segurança. O tradicional juramento médico («primum non nocere») raramente é intencionalmente violado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais, mas os factos indicam que os doentes sofrem danos todos os dias, em todos os países do mundo, no processo de obtenção de cuidados de saúde. A primeira coisa a fazer é reconhecer esta realidade preocupante, rejeitando a noção de que o status quo é aceitável, e talvez mais importante, tomar medidas para corrigir os problemas que contribuem para os cuidados seguros. Todos os doentes têm direito a um atendimento, em todos os momentos, eficaz e seguro”.

Eventos adversos ocorrem em todos os ambientes onde os cuidados de saúde são prestados e todos as fases do processo de cuidar contêm uma inerente falta de segurança (Donaldson, 2002).

A generalidade dos países desenvolvidos, após o reconhecimento do problema e a documentação dos eventos adversos como fatores de aumento de morbilidade e mortalidade, procura medidas no sentido de inverter a situação.

Iniciativas como “World Alliance for Patient Safety” e “Patient for Safety Patient” (WHO), o “High Level Group of Health Services and Medical Care” (Conselho Europeu), a “Luxembourg Presidency conference on Patient Safety” (União Europeia), a “Patient Safety: Learning, Sharing, Improving” (HOPE) ou, a existência de entidades como o “National Patient Safety Foundation” (USA), a “Danish Society for Patient Safety” (Dinamarca), a “National Patient Safety Agency (UK), são por si só demonstrativas da importância que a *Segurança dos Doentes* tem conquistado, na agenda dos diferentes países, em matéria de Política de Saúde.

Proteger os doentes de erros, eventos adversos e danos é uma questão universal. Os resultados obtidos, em vários estudos internacionais (USA, Canadá, UK, Austrália, Nova Zelândia, Dinamarca, Espanha, França), permitem-nos concluir que em cada cem doentes internados 10 são vítimas de um Evento Adverso, dos quais 45% são classificados como evitáveis.

Incidência dos Erros e Eventos Adversos

Como se pode ler na versão Portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 7), do documento *“Safe Staffing, Saves Lives”* (ICN, 2006), *“...os eventos adversos, tais como quedas, erros de medicação, erros procedimentais e cirurgias inadequadas, foram documentadas como sendo fatores que aumentavam a morbilidade e a mortalidade dos doentes”*. O referido documento acrescenta ainda que *“foram encontradas estatísticas igualmente alarmantes num projeto encomendado pelo Instituto de Medicina (Institute of Medicine). Na sua análise, Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) mostraram que os sistemas de cuidados de saúde têm problemas resultantes de processos inadequados, apoio inadequado dos recursos humanos e sistemas que não promovem práticas seguras. Os autores assinalam que os peritos estimam que morram 98.000 pessoas por ano devido a erros médicos nos hospitais”*.

De facto, este estudo referido pelo ICN, trata-se do incontornável relatório de 1999, *“To Err is human: Building a Safer Health System”*, levado a cabo pelo Comité da Qualidade para os Cuidados de Saúde do Instituto de Medicina Norte-americano (Kohn, 2000), citado hoje pela generalidade da literatura da especialidade.

Apesar da realização anterior de outros estudos nos EUA, como por exemplo, o pioneiro estudo “The Medical Insurance Feasibility Study”, realizado na década de 70 do séc. XX, pelas Associação Médica Californiana e Associação dos Hospitais (Mendes *et al.*, 2005), é aquele último a ter, nas organizações e sistemas de saúde e, sobretudo nos profissionais de saúde e público em geral, um impacto tal que marca um antes e um depois na consciencialização do problema e incremento na investigação sobre a segurança dos doentes. Passou a ser uma prioridade das entidades nacionais e internacionais, multiplicando-se as iniciativas e os subdomínios dessa mesma investigação (Muiño, 2007; Pronovost, 2006; Singer, 2007; Nieva e Sorra, 2003; Davis, 2002; Agra, 2006).

Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) concluíram que ocorrem eventos adversos em 2,9 e 3,7 por cento dos internamentos, respetivamente nos estados de Colorado, Utah e no estado de Nova Iorque. Destes 6,6% por cento levaram à morte no Colorado e Utah, acontecendo o mesmo em 13,6 por cento dos eventos adversos ocorridos em meio hospitalar Nova-Iorquino. Atendendo aos 33,6 milhões de internamento registados nos USA, no período em que ocorreu o estudo, os autores estimam que ocorram entre 44000 e 98000 mortes na sequência de um qualquer evento adverso.

Outro estudo, Norte Americano, referido por Muiño (2007, p. 603) e realizado por Zan e Miller em 2003, mostra que quando estes “*examinaram a incidência de eventos adversos em 18 hospitais, concluíram que os eventos adversos podem ser responsáveis nos EUA por 2,4 milhões de dias de permanência no hospital e 32000 mortes*”.

Em Inglaterra, num estudo preliminar, Vicent *et al.* (2001) concluíram que 10,8 por cento de pessoas internadas foram vítimas de um evento adverso, sendo que destas, 6 por cento ficaram com complicações permanentes e 8 por cento morreram. Cada evento adverso levou a um tempo adicional médio de internamento de 8.5 dias, com um máximo de 70 dias. Para os autores Ingleses 48% dos EA's eram perfeitamente evitáveis.

No estudo Canadiano sobre Eventos Adversos, Baker *et al.* (2004) encontraram uma taxa de incidência de 7,5 por cento, com 20,8 a levarem à morte. A considerarem 36,9 % dos eventos adversos preveníveis, os dados encontrados sugerem que, dos quase 2,5 milhões de admissões hospita-

res no Canadá, ocorridas em 2000, período a que se refere o estudo, cerca de 185.000 estão associados a um evento adverso, dos quais 70.000 são preveníveis.

Por sua vez, Davis *et al.* (2002), na investigação realizada em Hospitais Públicos Neo Zelandeses, concluíram existir uma percentagem de 12,9% de doentes internados a sofrerem eventos adversos, 15 por cento dos quais associados a incapacidade permanente ou morte. Em média foram 9,3 os dias de internamento acrescidos por cada doente.

Na Austrália, tal como referem Andrés *et al.* (2006, p. 8) no “*Quality Australian Health-care Study (QAHCS)*, estudo realizado em 28 hospitais do sul da Austrália e de Nova Gales, encontrou-se uma taxa de EA’s de 16,6%, dos quais 51% preveníveis. ...Os acontecimentos altamente preveníveis foram associados com os que causaram maior incapacidade”. Ainda a propósito deste estudo, Vincent *et al.* (2001), destacam o facto de os EA’s serem responsáveis, em cada ano, por 8% do total de dias de internamento nos hospitais Australianos.

Também em França e na Dinamarca, estudos realizados com metodologia idêntica aos anteriores, evidenciaram incidências similares de EA’s (Mendes *et al.*, 2005). Em França 14,5% estimando-se que 27,6% eram evitáveis (idem).

Nos hospitais Dinamarqueses 9% dos doentes sofreram um EA, 40,4% dos quais preveníveis (Mendes *et al.*, 2005; Sousa, 2006).

Em Espanha, o ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), realizado em 2005 pelo “Ministério de Sanidad y Consumo” (Andrés, 2005) demonstrou que a incidência de doentes com EA’s, relacionados com a assistência de saúde, é de 9,3%. Além disso, em 22,2% destes doentes, os EA’s foram causa de reinternamento. Do total de EA’s, 45% consideraram-se leves, 39% moderados e 16% graves. Como consequência, observou-se também, um incremento da permanência no hospital em 31,4% dos casos, o que significou uma mediana de 4 dias de internamento a mais.

Embora estes resultados sejam variados, uma conclusão indesmentível e universalmente aceite é a de que os EA’s em meio hospitalar são um problema real de saúde e dos sistemas de saúde, com enormes custos sociais, políticos e económicos.

Os resultados obtidos um pouco por todo o mundo, demonstram que em média 10 em cada cem doentes internados são vítimas de um EA.

Sem estudos concluídos neste domínio, mas com o problema a ser reconhecido entre nós, em Portugal os números são presumidos a partir da observância internacional.

A este propósito é possível ler no relatório “Governação dos Hospitais: nos 30 anos do SNS” (Ministério da Saúde-ARSLVT, 2009, p. 16) que *“a prestação de cuidados de saúde é uma actividade complexa, incerta no resultado e, reconhecidamente, com potencial de causar danos colaterais nos doentes. É assim uma actividade de risco, estimando-se que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes”*.

A Qualidade em Saúde e a Segurança do Doente

É expectável para os utilizadores que o ambiente organizacional nas instituições de Saúde, particularmente o ambiente hospitalar, seja favorável à recuperação e manutenção da saúde. Esperam que a sua segurança seja garantida.

A verdade é que, se por um lado as intervenções aí realizadas se destinam a beneficiar o público, as pessoas, por outro existe um enorme risco resultante de eventos adversos, e não propriamente da doença, que podem levar a complicações, danos graves ou mesmo morte dos doentes.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interatuam fatores organizativos, tecnológicos, clínicos, pessoais e profissionais (Terol, 2006), eficazes mas potencialmente perigosos, fazem da segurança dos doentes um imperativo global (Donaldson e Philip, 2004).

Com efeito, parece consensual que, a segurança clínica é um dos principais componentes da qualidade em saúde (Kohn *et al.*, 2000; Needleman, 2002; McFadden, 2006; Sousa, 2006; Cantilla, 2007; Muiño, 2007)

Esta íntima relação é referida por Sousa (2006) ao relembrar a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) que define a qualidade em saúde como: o modo como os serviços de saúde, com o atual

nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados.

A WHO (2009), define qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde, prestados a indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados, consistentes com o conhecimento profissional e científico atual.

Ou seja, a qualidade pode ser entendida como a capacidade de um produto conseguir atingir a finalidade para a qual foi produzido (Nunes e Rego, 2002).

No entender do grupo de trabalho da ARSLVT (2009, p. 3), a ideia mais global de qualidade *“envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e que, no caso da saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito”*.

Neste sentido, sai reforçada a afirmação de Nunes e Rego (2002) de que a qualidade ou a melhoria constante da prestação de cuidados de saúde, deve ser medida com indicadores objetivos.

A segurança do doente ou a ausência dela, com as consequências conhecidas, constitui hoje, incontornavelmente, um desses indicadores de qualidade. O reconhecimento desta premissa e simultaneamente a percepção de que a ausência de segurança clínica constitui um sério problema de saúde pública, sistémico e internacional, como o provam os diferentes estudos sobre eventos adversos, tem levado os países a variadas iniciativas e estratégias centradas na segurança dos doentes.

Desde a criação de sistemas nacionais voluntários de notificação e relato de eventos adversos, até à criação de agências governamentais especializadas de que são exemplos a *“National Patient Safety Foundation”* (USA), a *“Danish Society for Patient Safety”* (Dinamarca), a *“Australian Patient Safety Foundation”* (Austrália) e a *“National Patient Safety Agency”* (UK) (Sousa, 2006; Muiño 2007).

Em Portugal, a leitura do, já referido, relatório *“Governança dos Hospitais: nos 30 anos do SNS”* (Ministério da Saúde-ARSLVT, 2009), permite perspetivar

num futuro próximo semelhantes iniciativas. Aí, sugere um grupo de peritos que, a Segurança do Doente deve ser encarada como uma componente fundamental da Qualidade na prestação de cuidados de saúde, acrescentando em seguida que a monitorização do risco deve ser uma realidade e basear-se, entre outros métodos, num sistema de declaração de eventos.

Ora, como referimos anteriormente, os doentes/utilizadores esperam a observância da sua segurança. É expectável para eles que o ambiente organizacional nas instituições de Saúde, contribuam para a manutenção da sua saúde e não o contrário.

Não é expectável, ainda que a opinião pública reconheça essa possibilidade, sofrer de danos desnecessários ou danos potenciais associados aos cuidados de saúde (WHO, 2008).

Ter a segurança como principal aspeto da qualidade, combinando técnicas de qualidade e segurança, integrando-as numa cultura só, deve ser uma estratégia global das organizações de saúde (Vargas e Recio, 2008)

A Segurança dos doentes, representa a medida em que os pacientes são protegidos contra danos evitáveis, onde o dano evitável significa perda de saúde causada pela forma como os cuidados são prestados.

No limite a segurança do doente é definida como situação livre de lesões acidentais resultante de eventos adversos (erros) nos cuidados prestados.

Segundo Reason (2000) os erros dependem de dois tipos de falha: a intervenção não acontece como pretendido e estamos perante o *erro de execução*; ou, a intervenção não é a adequada, ou seja um *erro de planeamento*.

Por sua vez, a “*Agency for Healthcare Research and Quality*” (2003) definiu os erros em cuidados de saúde, como enganos no processo de cuidados e que resultam ou podem resultar em dano para o doente e considera que estes erros podem ser de comissão (fazer uma coisa errada), de omissão (não fazer uma coisa certa) ou de execução (fazer uma coisa certa incorretamente). No sentido global, esta Agência considera o agrupamento dos erros em 4 categorias: erros de diagnóstico, de tratamento, de cuidados preventivos e envolvendo falhas (do sistema de comunicação, dos equipamentos, do sistema de cuidados de saúde) (Lucília Nunes, 2006).

Percebe-se facilmente que nesta enorme complexidade e multicausalidade dos erros, a meta “zero erros” é impossível. Daí que, um bom indicador em segurança dos doentes seja a redução do risco de danos desnecessários associados a cuidados de saúde para a um nível aceitável mínimo.

Como refere Alonso *et al.* (2009), embora nenhum sistema seja capaz de garantir por completo a ausência de eventos adversos (EA's), todos podem aspirar à excelência e qualidade dos seus serviços, necessitando para isso incrementar a realização de acções oportunas para tentar diminuir ao máximo esses eventos.

Este é um desafio incontornável, que se coloca hoje em dia á gestão da qualidade das organizações de saúde.

Intervenção estratégica exemplar, é o guia para a segurança dos doentes no sistema de saúde inglês, elaborado pela *National Patient Safety Agency* (UK) (Sousa, 2006).

Intitulado a “Segurança dos Doentes em Sete Passos” descreve os domínios e as fazes que as organizações de saúde do Reino Unido devem abordar para melhorar a segurança dos doentes.

O primeiro passo (*Build a safety culture*) refere-se à prioridade em estabelecer uma cultura aberta, justa e de aprendizagem a partir da análise dos erros.

O segundo (*Lead and support your staff*) remete para a necessidade e liderança forte e apoio da gestão em torno da segurança dos doentes. Aquilo que Nunes e Rego classificam como mais um pressuposto importante para a qualidade em saúde: “Os líderes devem dirigir os seus colaboradores com eficácia recorrendo aos instrumentos que melhor permitam galvanizar os recursos humanos da instituição” (2002, p. 115).

Em terceiro lugar (*Integrate your risk management activity*) integrar em cada hospital uma estrutura e uma estratégia explícita de gestão do risco clínico.

O quarto passo (*Promote reporting*) prende-se com a promoção da notificação dos eventos adversos ou *near misses*, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes (Sousa, 2006).

Em quinto lugar (*Involve and communicate with patients and the public*), comunicar com os doentes e público em geral e envolvê-los no desenvolvimento de serviços mais seguros.

O sexto (*Learn and share safety lessons*) refere-se à necessidade de aprender e partilhar experiências através da análise dos problemas e das causas e sugere a difusão das informações como estratégias preventiva.

Por último (*Implement solutions to prevent harm*) implementar soluções para prevenir danos, incorporando alterações, nos processos e sistemas de trabalho, a partir da aprendizagem baseada na evidência.

Apesar do caráter nacional, este documento constitui uma referência para a planificação e acompanhamento das actividades ligadas à segurança do doente noutros países, inclusive Portugal.

Cultura de Segurança e Cultura de Segurança do Doente

A Cultura, em sentido lato, pode ser entendida como o conjunto de pressupostos básicos que os grupos geram, descobrem ou desenvolvem, a partir da experiência, para enfrentar os seus problemas.

Quando pensamos numa organização, percebe-se que a cultura compreenda os valores éticos e morais, princípios, crenças, políticas internas e externas, sistemas e clima dessa mesma organização. São “regras” que todos os membros dessa organização devem seguir e adotar como diretrizes e premissas que orientem o seu trabalho (Wikipedia, 2009).

Resumidamente, será a forma de funcionar específica de cada organização. Dá um sentido de identidade e fornece uma ligação vital entre os membros de uma organização e a sua missão, e é considerado o principal determinante do sucesso ou fracasso da mesma. (Vargas e Recio, 2008)

Neste sentido a cultura de segurança é encarada como uma componente da cultura organizacional que remete para as características organizacionais, comportamentos, crenças e atitudes relacionados com a saúde e segurança (Muñiz, 2007)

Sorra e Nieva (2004, p. 1), citando o Comité Consultivo para a Segurança das Instalações Nucleares, definem a Cultura de Segurança como “*o produto dos valores, atitudes, percepções, competências, e os padrões de comportamento, individuais e coletivos, que determinam o compromisso com a segurança e saúde e o estilo e proficiência da sua gestão. Organizações com uma cultura positiva de segurança, são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, na partilha das percepções da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas de prevenção*”.

Contudo, a cultura de segurança mais do que conceito real e observável é, como muitos outros fenómenos do domínio do conhecimento e da investigação, um constructo multidimensional (Muñiz, 2007; Flin, 2006; Sorra, 2004; Ginsburg, 2009; Sexton, 2007), a necessitar de indicadores concretos que permitam a sua avaliação e mensuração.

Identificar esses indicadores, tem sido uma preocupação de investigadores e profissionais de vários setores de actividade, ao longo das últimas décadas, no sentido de operacionalizar o conceito “Cultura de Segurança”.

Como constructo, a cultura de segurança tem sido definida de diferentes maneiras quer na indústria quer nos cuidados de saúde (Ginsburg, 2009)

Por exemplo, na construção civil, regra geral uma indústria caracterizada por uma pobre cultura de segurança, Molenaar *et al.* (2002), referidos por Chinda (2007), identificaram um total de 31 características da cultura organizacional de segurança de que são exemplos o compromisso da gestão, a comunicação, o desenvolvimento e implementação de estratégias, os recursos e o “*empowerment*” dos trabalhadores.

Na indústria em geral, resultado de muitas tentativas para medir o “clima de segurança”, com recurso a diferentes instrumentos, parece consensual que as principais dimensões estão relacionadas com o compromisso e envolvimento da gestão/administração com a segurança e a percepção que os trabalhadores têm sobre a segurança (Flin, 2006).

Na saúde, devido á complexidade organizacional e ao carácter multifatorial das situações que estão na base das falhas de segurança (Sousa, 2006), são dimensões recorrentes nos diferentes conceitos de Cultura de Segurança, em particular da Cultura de Segurança dos Doentes, fatores relacionados com

as prioridades da gestão e supervisão, a comunicação e aprendizagem, a cooperação e trabalho de equipa, os recursos humanos, o relato e notificação dos EA's, a satisfação profissional ou a perceção do risco (Reason, 2000; Sorra 2004; Flin, 2006; Sexton, 2007; Muñiz, 2007).

Para Johnson *et al.* (2007), a CSD inclui os seguintes atributos:

- Abordagens baseadas em sistemas de análise, identificação e eliminação das causas do erro;
- Sensibilização para os perigos do comportamento de risco e recompensa para o comportamento seguro;
- Educação em saúde, programas de consciencialização, atividades e projetos de segurança, incluindo investigação clínica;
- Monitorização contínua para avaliação dos progressos realizados para melhorar a segurança do doente;
- Iniciativas para reduzir a fadiga como causa de erro médico;
- Envolvimento da administração e da liderança no planeamento na formação e no planeamento da segurança do doente;

Seja como for, a perspetiva da gestão, a perspetiva dos profissionais e aspetos que combinem as duas são indicadores determinantes para avaliar a cultura de segurança dos doentes.

A OMS define Cultura de Segurança do Doente como um modelo integrado de comportamento individuais e organizacionais, baseado em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido, para minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação de cuidados (WHO, 2007b).

Para Hemman (2002) trata-se da filosofia que os líderes e profissionais seniores transmitem influenciando o comportamento de todas as pessoas que trabalham na organização, dirigindo a sua atenção e ações diárias para a melhoria da segurança.

O paradigma da culpabilização e a cultura da ocultação

O paradigma ou traço predominante da cultura de segurança do doente, ao longo dos tempos, tem sido a abordagem ao problema centrado na pessoa e no erro (Reason, 2000; Franco, 2005; Alonso, 2009), na tentativa de resolver os problemas através da culpabilização e identificação do responsável.

Historicamente a cultura laboral das instituições de saúde tem sido caracterizada pela punição, castigando o culpado quando sucede um erro (Franco, 2005).

Tem-se considerado ao longo dos tempos que a ocorrência dos EA's se deve às falhas humanas.

Esta forma como, tradicionalmente, temos gerido as falhas e os EA's nos cuidados de saúde, com culpabilização e ostracismo perante as falhas e as potenciais consequências (Sousa, 2006), tem gerado uma cultura profissional muito mais de ocultação do que favorecedora da comunicação e da aprendizagem (López, 2003; Sousa, 2006; Bohomol, 2007).

Habitualmente os administradores e gestores veem o erro como o resultado da violação das regras, dos regulamentos e das orientações institucionais. A sua resposta é quase sempre aumentar e complicar as regras organizacionais. Por outro lado, os profissionais encaram o erro como uma incompetência, reagindo quase sempre com sentimento de culpa, vergonha ou medo. Por último, a opinião pública em geral e os consumidores de cuidados de saúde em particular, olham para os eventos adversos como um indicador da qualidade em saúde, acreditando em ações punitivas e na produção de legislação como solução para o problema (Hemman, 2002).

Resulta daqui a perpetuação de um ciclo de desconfiança e de sigilo, sem benefícios para qualquer uma das partes.

Uma das consequências mais nefastas é a subnotificação devido à retração dos profissionais de saúde para relatar o erro, por medo que seja visto apenas como negligência e possa provocar participação e processo disciplinar ou jurídico (Cantillo, 2007).

Uma investigação referida por Bohomol (2007), realizada com Enfermeiros por Day (1994), demonstrou que o estigma da atitude negativa face ao erro de

medicação e a complexidade dos relatórios e procedimentos foram a causa para que 40% dos erros de medicação não fossem notificados/relatados.

Também Osborne *et al.* (1999), num trabalho similar, concluíram que apenas são formalizados relatórios ou notificações em 25% dos erros de medicação, tendo como principais fatores, para que tal aconteça, o medo e a exposição a julgamentos.

Sexton *et al.* (2000), referidos por Machado (2004), ao analisarem a percepção face ao erro dos profissionais de uma UCI, concluíram que:

- um em cada três profissionais não reconhece que comete erros;
- mais de metade considera difícil discutir erros e apontam como obstáculos a reputação pessoal (76%), o receio de litigância (71%), as expectativas da sociedade e da família dos doentes (68%), hipóteses de processo disciplinar pelos órgãos profissionais (64%), ameaça ao emprego (63%) e as expectativas dos pares (60%).

Potylycki *et al.* (2006), num estudo sobre notificação do erro de medicação, concluiu que a percepção que o *staff* clínico tem de que as notificações do erro carregam o risco de ação disciplinar, é uma enorme barreira ao aumento das mesmas.

A cultura da culpabilização e abordagem centrada na pessoa tem-se revelado assim, como um dos principais obstáculos à capacidade das organizações de saúde para gerir o risco clínico (WHO, 2008).

O novo paradigma e a cultura de aprendizagem

Os sistemas de saúde devem afastar-se da atual cultura de culpa e vergonha que impede a notificação do erro e, conseqüentemente impossibilita qualquer análise e aprendizagem a partir das falhas (Nieva e Sorra, 2003). Existe cada vez mais a percepção de que a melhoria da segurança e dos sistemas de segurança não será possível se continuamos a concentrar-nos na culpabilização dos indivíduos.

Pretende-se um novo paradigma: uma cultura aberta, justa (imparcial) e de aprendizagem a partir do erro e da adversidade.

A National Patient Safety Agency (UK) ao estabelecer sete passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes, define como primeiro: “Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa”.

Como refere Reason (2000, p. 769) “construir uma cultura justa é um passo essencial para a criação de uma cultura de segurança”. Uma cultura de segurança com impacto positivo no funcionamento das organizações.

Em nosso entender Reason e muitos outros autores, partem do pressuposto de que quanto mais uma cultura organizacional se consciencializa da segurança e fala abertamente das falhas e dos erros mais a segurança melhora.

A melhoria da segurança dos doentes requer que os sistemas de saúde tenham facilidade de acesso á informação que suporte a aprendizagem a partir da experiência, permitindo desta maneira promover sistemas que simultaneamente evitem o erro ou minimizem o seu impacto (Nieva Sorra, 2003).

Não admira por isso que uma das principais estratégias, que várias organizações nacionais adotaram ou procuram adotar, seja a criação de um Sistema Nacional de Notificação, tendo como principal objetivo o registo e consequente análise dos problemas. A promoção e implementação de sistemas de comunicação dos eventos adversos e, conseqüentemente, a promoção de uma cultura de aprendizagem com o erro, é uma das estratégias perseguidas, por oposição a uma cultura de recriminação e punição.

Como refere Sousa (2006) o objetivo não é reunir provas para formalizar a acusação, mas sim difundir a informação, aprender com ela, introduzir mudanças e evitar que os erros voltem a acontecer. É necessário um clima de confiança, onde a análise das falhas permita uma cultura de aprendizagem e não de culpabilização face ao erro, com enfoque no *como* e *porquê* e não apenas no *quem* (*idem*).

Deseja-se uma abordagem ao problema centrado nos sistemas, nos contextos, nas estruturas, nas condições, em suma nas debilidades da organização.

Segundo Reason (2002), referido por Sousa (2006, p. 311), “*para a ocorrência de um evento adverso ou dano no doente é necessário o alinhamento de diversas buracos (quando explicado á luz da teoria do queijo Suíço), por exemplo, falhas*

estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes, etc.”.

A fonte dos problemas é, na maioria das vezes, multifatorial podendo resultar de falhas ou deficiências na estrutura ou nos processos.

A corrente de pensamento atual, sobre segurança dos doentes, entende como principais responsáveis pelos EA's as deficiências na conceção dos sistemas produtivos, a organização do trabalho e funcionamento das organizações, e menos as pessoas ou as ações individuais.

O pensamento convencional está a mudar e a recente abordagem, ao estudo dos erros clínicos (Leape *et al.*, 2002), sugere que apenas em 10% dos casos a culpa é individual, sendo na maioria das vezes o resultado da combinação de múltiplas falhas nos sistemas de trabalho e na organização.

Para aqueles que trabalham com sistemas de segurança, os EA's são moldados e provocados por uma corrente sistémica de fatores, onde se incluem as estratégias específicas das organizações, a cultura, práticas de trabalho, a abordagem à gestão da qualidade, gestão do risco e capacidade de aprender com os erros (Donaldson e Philip, 2004).

Conclusão

Não sendo uma questão nova, a segurança do doente apresenta-se hoje como um dos grandes desafios das organizações de saúde a nível mundial. Trata-se de uma prioridade global nas palavras de Sir Liam Donaldson¹ (2004).

Com o diagnóstico feito e a insegurança dos doentes a ser reconhecido como um problema de saúde pública, compete às organizações e aos seus profissionais estimular a mudança de paradigma, ou seja promover uma mudança cultural que, tal como é sugerido pelo grupo de trabalho da ARSLVT (Ministério da Saúde, 2009) contemple valores partilhados sobre a segurança dos doentes, ambiente livre de culpa, comunicação e gestão do conhecimento.

¹ Chairman, World Alliance for Patient Safety, WHO.

Mudar, para melhorar e implementar uma cultura de segurança positiva, implica a avaliação do que temos. Implica conhecer, analisar, caracterizar o que temos e inferir mudanças a partir daí.

Criar sistemas de notificação, institucionais e nacionais, de eventos adversos é uma estratégia incontornável para alcançar esses objetivos. Muito se pode aprender a partir da análise de erros. Mesmo os erros que não provocaram dano representam uma importante oportunidade para identificar melhorias nos sistemas de saúde e torná-los mais seguros.

Também a investigação nos diferentes domínios, pode ajudar as organizações a identificar quais as áreas mais problemáticas ou que fatores se apresentam críticos, em particular na cultura de segurança do doente.

De facto, existem muitos aspetos que podem ser potenciais pontos de investimento e esforço de melhoria. Problemas na cultura de segurança dos doentes, a partir dos quais, uma vez identificados, se possam determinar abordagens e métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Daí que, identificar indicadores que ajudem a implementar, projetos centrados na segurança dos doentes e que promovam uma cultura aberta e justa, onde prevaleça a análise e aprendizagem a partir do evento adverso e da falha e, simultaneamente, monitorizar a sua evolução, seja um importante objetivo.

Este é um enorme desafio, numa altura em que os cenários/serviços de saúde e de prestação de cuidados se tornam cada vez mais complexos.

Nas últimas décadas produziram-se alterações culturais significativas e importantes na sociedade e os eventos adversos, resultantes da assistência clínica, deixaram de ser considerados como o preço a pagar pelo progresso científico.

Os profissionais individualmente e as organizações no seu todo estão obrigados a perceber esta evidência.

Os sistemas de saúde estão obrigados a um novo paradigma cultural: a segurança do doente baseada numa cultura aberta, justa e de aprendizagem a partir do erro e da adversidade. Uma cultura sem medo ou vergonha e onde o sentimento de culpa e a culpabilização deva existir na estrita medida em que deve existir.

Catalisadora de mudanças significativas nos princípios e concepções das organizações de saúde, Florence Nightingale, ao seu tempo, não passou ao lado da segurança do doente. Sem o conforto do desenvolvimento científico, tecnológico e higiênico-sanitário, numa época embrionária para os modernos cuidados de saúde, ela soube perceber o quão determinante são, para os processos de doença, as condições em que os cuidados são prestados. Soube antecipar que os cuidados inadequados são, eles próprios, fonte de problema para os doentes.

“O primeiro objetivo de um hospital deve ser não maltratar os doentes”, escreveu Florence Nightingale. Cem anos após a sua morte, a citação permanece intemporal.

Referências Bibliográficas

Agency for Healthcare Research and Quality (2008). *Hospital survey on patient safety culture omparative database*. Retrieved 3 julho 2009 from www.ahrq.gov/qual/hosps-survey

Agra, Y. & Terol, E. (2006). La seguridad del paciente: Una estratégia del sistema nacional de salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 319-323. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sciarttex&pid=S1137_66272006000500001.

Aranaz, J. M. et al. (2006). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005*. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Febrero 2006. Retrieved 13 junho 2009 from http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm.

Bohomol, E. & Ramos, L. H. (2007). Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 32-36, Retrieved 26 maio 2009 from http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttex&pid=S0034_71672007000100006

Chinda, T. & Mohamed, S. (2007). *Causal relationships between enablers of construction safety culture*. Fourth International Conference on Construction in the 21st Century (CITV-IV), July 11-13, 2007, Gold Cost, Australia.

Davis, P., Lay-yee, R., Briant, R., Ali, W., Scott, A. & Schug, S. (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *The New Zealand*

Medical Journal, 115(1167), Retrieved 15 junho 2009 from <http://www.nzma.org.nz/journal/115-1167/271/>.

Donaldson, L. & Philip, P. (2004). *Patient safety: A global priority. Bulletin of the WHO*, 82(12), 892-892.

Fernandez-Muniz, B., Montes-Peón, J. M. & Vásquez-Ordás C. J. (2007). Safety culture: Analysis of the causal relationships between its key dimensions. *Journal of Safety Research*, 38(6), 627-641. Retrieved 27 maio 2009 from www.elsevier.com/locate/jsr

Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. & Robertson, E. M. (2006). Measuring safety climate in health care. *Quality Safety and Health Care*, 15(2), 109-115. Retrieved 13 julho 2009 from: www.qshc.bmj.com

Franco, A. (2005). The patient's safety: understanding the problem. *Colombia Médica*, 36(2), 130-133. Retrieved 26 maio 2009 from, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-953420050002000011.

Ginsburg, L. *et al.* (2009). Advancing measurement of patient safety culture. *Health Services Research*, 44(1), 205-224.

Hemman, E. A. (2002). Creating healthcare cultures of patient safety. *The Journal of Nursing Administration*, 32(7/8), 419-427.

Johnson, K. (2007). A plan for achieving significant improvement in patient safety. *Journal Nursing Care Quality*, 22(2), 164-171.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2008). The Joint Commission Accreditation Program: Hospital national patient safety goals. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/>

Kohn, L., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. (2000). To err is human: Building a safer health system. Retrieved 14 janeiro 2009 from <http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309090679&page=1>.

Leape, L. L., Berwick, D. M. & Bates, D. W. (2002). What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 501-507.

McFadden, K. L., Stock, G. N. & Gowen, C. R. (2006). Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. *International Journal of Operations & Production Management* 26(2-4), 326-347.

Mendes, W., Travassos, C., Martins, M. & Noronha, J. C. (2005). Revisão dos estudos da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4), 393-406.

- Mendes, W., Travassos, C., Martins, M. & Marques, P. M. (2008). Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(1), 55-66.
- Muino Míguez, A. *et al.* (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606.
- Mustard, L. W. (2002). The culture of patient safety. *JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 4(4), 111-115.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinski, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Neudorf, K., Dyck, N., Scott, D. & Dick, D. (2008). Nursing education: A catalyst for the patient safety movement. *Healthcare Quarterly*, 11(3) special issue, 35-39.
- Nieva, V. F. & Sorra, J. S. (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safety Health Care*, 12, 17-23. Retrieved 4 junho 2009 from www.qshc.com.
- Nightingale, F. (1859). *Notes of nursing*. First Edition, London. Retrieved 14 julho 2010 from <http://www.archive.org/stream/notesnursingwhat00nigh#page/72/mode/2up>.
- Nightingale, F. (1863). *Notes of hospitals*, 3th ed. London. Retrieved 13 julho 2010 from <http://www.archive.org/stream/notesnursingwhat00nigh#page/72/mode/2up>.
- Nunes, L. (2006). Perspectiva ética da gestão do risco: Caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, 53-58.
- Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Lisboa: CIE.
- Osborne, J., Blais, K. & Hayes, J. (1999). Nurses' perceptions: When Is It a medication error?. *The Journal of Nursing Administration*, 29(4), 33-38. Retrieved 14 abril 2009 from http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi?&S=OMANFPNNOIDDKGGKMCFLCCOKDLAKAA00&Link+Set=S.sh.30.42.43.45.48.70%7c11%7csl_10
- Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2009). *Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Retrieved from http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Events/Gov%20Clínica%20dos_hospitais_-conclusões_finais_20_07_09_.pdf

Portugal. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano nacional da saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: DGS. Retrieved from <http://www.dgs.pt>

Potylycki, M. J. *et al.* (2006). Nonpunitive medication error reporting. *The Journal of Nursing Administration*, 36(7/8), 370-376.

Pronovost, P. *et al.* (2006). How will we know patients are safer? An organization-wide approach to measuring and improving safety. *Critical Care Medicine*, 34(7), 1988-1995.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-70. Retrieved 14 junho 2009 from <http://web.ebscohost.com>

Sexton, J. B. *et al.* (2007) . A check-up safety culture in “my patient care area”. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(11), 699-703.

Singer, S. *et al.* (2007). Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Research and Educacional Trust*, 42(5), 1999-2021.

Sorra J. S. & Nieva V. F. (2004). *Hospital survey on patient safety culture: survey user’s Guide*. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Sousa, P. (2006). Patient safety, A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 309-318.

VARGAS, M. & Recio M. (2008). *Versión española do University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit*. Agenci de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008. Retrieved from. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf

Vincent, C., Neale, G. & Woloshynowych M. (2001). Adverse events in british hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322(7285), 517-519.

World Health Organization (2002). *Patients safety study: Rapid assessment methods for estimating hazards*. Report of a WHO working group meeting, Genève: WHO.

World Health Organization (2007a). *Global patient safety research priorities. Establishin a set global research priorities with the support of an international expert working group*. Retrieved 28 setembro 2008 from http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf.

World Health Organization (2007b). *Topic priority setting for research on patient safety*. Retrieved 2009 from http://www.who.int/patientsafety/research/activities/priority_setting/en/.

World Health Organization (2008). WHO patient safety curriculum guide for medical schools, world alliance for patient safety. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

World Health Organization (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1: Final technical report. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf.



INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE – DE NIGHTINGALE AOS NOSSOS DIAS

CÉLIA CRISTINA ALMEIDA QUADRADO*

A Excelência dos cuidados é o paradigma vigente na prestação de cuidados de saúde, sendo que esta passa, não só por proporcionarmos aos nossos doentes os melhores e mais sofisticados meios de diagnóstico e tratamento da doença, mas também por não sermos, ao mesmo tempo, veículo de novas doenças.

Os hospitais, em especial, pela sua própria natureza, por serem locais onde se concentra um grande número de doentes, constituem locais privilegiados de concentração de agentes microbianos potencialmente patogénicos, exigindo da parte dos profissionais, igualmente, maiores esforços para evitar sua disseminação e promover o seu controle.

A infeção hospitalar constitui, por isso, uma complicação da hospitalização com consequências importantes na morbilidade, na mortalidade, e nos custos a nível hospitalar, familiar e para o próprio doente, constituindo, assim, uma problemática de relevante preocupação a nível mundial.

Acrescentando ao que foi dito, a Organização Mundial de Saúde, em 2006, reconheceu que as *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde* (IACS) dificultam o tratamento dos doentes, sendo uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como, do consumo acrescido de recursos quer hospi-

* Assistente/Equiparado da ESEnC.

tares, quer da comunidade. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (DGS, 2007). Em Portugal, as IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância.

A Organização Mundial de Saúde, em 1986, conclui que, por dia, em todo o mundo, cerca de um milhão de doentes internados adquire uma infeção hospitalar (OMS, 2002). O relatório de prevalência no nosso país, que se reporta a dados de 2003 e foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), revela que as IACS têm uma prevalência de 8,4%, e a prevalência das infeções na comunidade é de 22,7%. Este estudo conclui, também, que a prevalência das IACS é “moderadamente elevada em relação às observadas noutros países europeus”, e que “os resultados globais permitem sugerir que existe uma dispersão excessiva de critérios e práticas de prescrição de antimicrobianos nos hospitais portugueses” (INSA, 2005). No entanto, os dados do último inquérito de prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde de março de 2009, em que participaram 114 hospitais (públicos e privados), chegaram à conclusão de que a taxa de infeção encontrada a nível nacional foi de 9,8%, o que significa que um em cada dez contrai uma infeção durante o internamento, verificando-se um aumento face ao último estudo de prevalência feito em 2003.

Propomo-nos, assim, analisar e refletir sobre as *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*, em que o tema principal será as interfaces no processo de construção e de busca de um cuidado de enfermagem de qualidade. Pretende-se, ao longo deste texto, destacar aspetos conceptuais no que diz respeito à evolução do conceito e conseqüente alteração da forma como designamos este acontecimento. Procuramos, também, refletir sobre as *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde* e a sua íntima relação com a enfermagem, evidenciando os fundamentos que norteiam a compreensão deste fenómeno de indiscutível importância epidemiológica para a assistência em saúde.

Começando por refletir sobre a evolução da ciência que proporcionou ao Homem perceber a causa das doenças e, conseqüentemente, as formas mais eficazes de as delimitar, remontamos à Idade Média em que se iniciaram as suspeitas de que alguma coisa “sólida” pudesse transmitir doenças de um indivíduo a outro. (Lacerda, 1997). Ainda segundo o mesmo autor, a infeção hospitalar é uma temática que remonta a esta época, uma vez que é neste

período que são criadas as instituições para abrigar pessoas doentes, peregrinos, pobres e inválidos, constituindo, muitas vezes, locais de separação e de exclusão. A presença indiscriminada de pessoas num ambiente confinado facilitava a transmissão de doenças contagiosas. Infeção Hospitalar passa a designar-se como toda a infeção adquirida ou transmitida em meio hospitalar. (Foucault, 1985 *apud* Lacerda, 1997). Nessa época, as práticas de controlo de transmissão das infeções ainda não existiam e esses lugares não eram considerados como instituições médicas. A medicina era uma prática não hospitalar, exercida sob uma matriz liberal e individualizada, e concordante com a conceção de mundo que imperava na Idade Média — religioso — cujas causas das doenças eram atribuídas ao sobrenatural (*idem*).

As primeiras práticas de controlo das infeções só surgiram a partir do século XVIII com a transformação do hospital, que passou de um local de assistência aos pobres, onde as pessoas eram internadas, inclusive para morrer, para um local de cura e de medicalização.

O século XIX foi marcado por descobertas revolucionárias no campo da microbiologia, importantes para a prevenção das infeções hospitalares.

Francastorius, médico italiano de Verona, no seu livro *De Contagione*, descreve doenças epidémicas e faz referências ao contágio de doenças. Declara que as doenças surgiam devido a microrganismos que podiam ser transmitidos de pessoa a pessoa (Andrade, 2005).

Ainda neste século Semmelweis, em 1847, preocupado com a situação que se repetia em relação às puérperas que morriam com febres elevadas, introduziu o hábito da lavagem das mãos com água clorada para todos os que assistiam estas mulheres. Com esta simples medida conseguiu reduzir a taxa de mortalidade materna por febre puerperal. No entanto, esta medida não foi suficiente e a situação de insalubridade nos hospitais foi mantida. A mudança faz-se sentir de forma mais acentuada quando Pasteur, um importante bacteriologista, introduz o conceito de assepsia. Joseph Lister utilizando os conceitos e as descobertas de Pasteur, em 1865, demonstra uma técnica (utilizava um dispositivo para pulverizar ácido fénico no ar da sala cirúrgica) para manter as incisões cirúrgicas livres de contaminação pelos microrganismos.

Para Macedo (2005), a era bacteriológica propiciou um avanço tecnológico no sentido de possibilitar a identificação de agentes causais microbianos e

os respetivos mecanismos de inativação dos mesmos, mas, de certa forma, condicionou a compreensão da multi-determinação do processo saúde-doença, deslocando para o microrganismo a causalidade das doenças infecciosas em substituição às explicações naturais.

As práticas de controlo das Infeções Hospitalares, no final do século XIX, foram fortemente subsidiadas pelo saber oriundo da bacteriologia. Assistimos à conceção de um “mundo assético”, para que as intervenções, que se tornam cada vez mais invasivas, mais especializadas sobre o corpo, tenham o sucesso idealizado. Deste modo, desenvolvem-se os procedimentos de controlo sobre o meio. É necessário, para além disso, isolar e ventilar o ambiente e desinfetar todos os equipamentos, paredes, chão e ar. As áreas hospitalares e os artigos utilizados nos procedimentos adquiriram a classificação de críticos, semi-críticos e não críticos, conforme o risco de transmissão de infeção, e estabeleceu-se o uso de luvas e de uniformes, como a paramentação cirúrgica. Em áreas críticas (Blocos operatórios, Unidades de cuidados intensivos) as janelas foram suprimidas e o ar ambiente passa a ser controlado com ar condicionado, filtros respiratórios e pressão positiva (Wilson, 2003).

Jackson e Lynch (1990) organizaram uma síntese dos principais trabalhos publicados pelo *American Journal of Nursing* sobre as medidas que médicos e enfermeiros, trabalhando juntos, desenvolveram para prevenir e controlar a transmissão de infeções hospitalares. O primeiro conceito identificado nesses artigos é o de assepsia médica (em 1915) e estabelece as bases para o cuidado de enfermagem seguro. O objetivo seria o de tornar cada doente uma unidade — restringindo a possibilidade de transmissão para outros pacientes, para a equipa profissional e para a comunidade em geral.

É importante registar que a enfermagem tem vindo a assumir as funções de prevenção e controlo da contaminação do ambiente hospitalar. Na Inglaterra, no final do séc. XIX, Florence Nightingale representou significativa importância histórica com a sua contribuição na reestruturação dos hospitais e, conseqüentemente, na implantação de medidas de controlo das infeções hospitalares. Florence utilizava a limpeza, o isolamento, a individualização do cuidado, a dieta adequada, a diminuição do número de leitos por enfermaria e a diminuição da circulação de pessoas estranhas ao serviço, como forma de reduzir os efeitos negativos do meio hospitalar sobre o paciente. Apesar

do conhecimento vigente, ela não mediu esforços no sentido de estimular a observância da cadeia assética, preocupando-se em evitar a propagação das infecções. Florence pedia às enfermeiras que fizessem, de forma contínua, um relato dos óbitos hospitalares com a finalidade de avaliar o serviço. Essa postura constituiu, provavelmente, a primeira referência à vigilância epidemiológica, usada atualmente nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar. William Farr, seu colaborador, tinha como função interpretar estatisticamente os dados (Horton, 2002).

O conhecimento da cadeia epidemiológica que está associada à transmissão das infecções, onde podemos salientar como elos importantes o microrganismo, o reservatório (pessoa, vetores, fomites, água, etc.) e o hospedeiro (onde incluímos a suscetibilidade individual, porta de entrada da infecção e porta de saída da infecção), assume um papel importante na prevenção das infecções, pois tornamos mais consciente que só intervindo de forma a quebrar estes elos com atitudes adequadas é que poderemos fazer face a uma das grandes preocupações atuais.

A transmissão da infecção é determinada por três elementos fundamentais: o agente infeccioso (seja ele um agente convencional, capaz de produzir doenças mesmo em indivíduos sãos, seja um agente oportunista, passível de causar doença no hospedeiro debilitado, como por exemplo o *Staphylococcus aureus*); o hospedeiro e a sua suscetibilidade intrínseca e extrínseca ao risco; e o meio ambiente e as suas condições predisponentes ao desenvolvimento e transmissão do agente para um hospedeiro suscetível. Evidenciam-se as condições de temperatura, iluminação e humidade e a higienização de instalações ou equipamentos. O corpo humano possui uma flora variada de microrganismos que mantêm entre si um equilíbrio. Particularmente no ambiente hospitalar vários fatores contribuem para a rutura deste equilíbrio. Muitas patologias apresentadas pelo doente interferem com os seus mecanismos de defesa, predispondo-o às infecções. De qualquer forma, é essa flora humana, transmitida de outras pessoas ou originária do próprio doente que, ao sofrer alterações, desencadeia também infecções, como consequência da própria evolução da tecnologia de assistência hospitalar. Este facto arruína a classificação tradicional dos microbiologistas, de que existem microrganismos patogénicos (que produzem doenças) e não patogénicos (que não produzem doenças). No âmbito hospitalar, qualquer microrganismo é capaz de produzir doença (Ferreira e Sousa, 2000).

Podemos referir, em forma de resumo, que a patogenia da infeção engloba a iniciação do processo infeccioso e os mecanismos que levam ao desenvolvimento de sinais e sintomas da doença. Para que este processo ocorra destacam-se os fatores de virulência bacteriana e os mecanismos de resistência do hospedeiro (Ferreira e Sousa, 2000).

Infeção é definida como a invasão e multiplicação de microrganismos no organismo hospedeiro que podem causar doenças ou condições patológicas. *“A infeção é o estado patológico determinado pela ação de agentes patogénicos microscópicos, que elaboram no organismo do hospedeiro onde vivem, toxinas capazes de desencadear um processo infeccioso”* (Kato, sd, p. 266).

Segundo Bolick (2000), a infeção começa quando um micróbio invade os tecidos do corpo. Quando o microrganismo vence as defesas imunológicas do hospedeiro e entra no corpo, passa a multiplicar-se e causa efeitos prejudiciais. A gravidade da infeção depende de fatores como as características do micróbio, a quantidade de microrganismos presentes e a maneira como eles microrganismos, favorecendo sua superpopulação. A interação destes fatores colabora para perturbar a convivência pacífica do homem com sua flora, desencadeando o processo infeccioso. A transmissão cruzada de infeções pode ocorrer principalmente pelas mãos da equipe ou por artigos recentemente contaminados pelo doente, sobretudo pelo contacto. Neste século, infeção hospitalar foi definida, por Alisou e colaboradores, como uma infeção adquirida por um doente, no meio hospitalar, independentemente da doença que havia provocado a sua hospitalização. *“A infeção hospitalar é toda a patologia infecciosa contraída no hospital, devido a microrganismos reconhecíveis clínica e microbiologicamente, e que afeta o doente hospitalar, ou em tratamento ambulatorio, assim como a patologia contraída pelo pessoal de saúde devido à sua actividade e independentemente dos sintomas se revelarem ou não durante a estada no hospital”* (Andrade, 2005, p. 49).

Conceituamos infeção hospitalar como qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar. É diagnosticado, principalmente, em doentes durante o período de internamento, mas pode ser detetado após alta e atingir, também, qualquer outra pessoa presente no hospital. As infeções hospitalares são relacionadas à hospitalização do doente ou aos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos praticados.

As infeções denominadas por hospitalares ou nosocomiais (Pechère, 1986; Hinrichsen, 2004) eram definidas como *“Uma infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção”*. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), esta infeção era *“uma infeção adquirida no hospital que se deteta após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde ou visitas”*. A infeção nosocomial é, ainda, definida por Martins (2001) como uma infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção. Uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como as infeções ocupacionais nos profissionais de saúde.

Importa referir que a Direção Geral de Saúde (DGS) adota atualmente o termo *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)*, como sendo o mais coerente para definir uma infeção adquirida em meio hospitalar, contrapondo com o termo infeção nosocomial, termo vigente até ao momento.

Ainda segundo o mesmo organismo, o conceito de IACS é, por isso, mais abrangente, já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, pelo que é importante assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades para a identificação destas infeções com o objetivo de reduzir o risco de infeção cruzada. As IACS são consideradas *“uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.”* (DGS, 2007).

A Organização Mundial de Saúde, em 2006, reconhece que as IACS dificultam o tratamento dos doentes, sendo uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (DGS, 2007).

A maioria das infeções hospitalares manifesta-se como uma complicação em doentes, decorrente de um desequilíbrio entre a sua flora microbiana normal e os seus mecanismos de defesa. Assim, nas infeções hospitalares, os microrganismos têm um papel passivo, pertencendo ao profissional de

saúde o papel ativo, portanto, será sobre as suas ações o maior enfoque no controle dessas infecções.

É importante a tomada de consciência de que a infecção hospitalar constitui um evento dinâmico *“Enquanto iatrogenia hospitalar, não é simples correlacionar infecção hospitalar a determinada causa, uma vez que a sua ocorrência não depende somente do ambiente hospitalar e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, mas também, e, principalmente, do reconhecimento dos doentes de risco, ou seja, da sua suscetibilidade à aquisição de uma infecção”* (Lacerda *et al.*, 1997, p. 05).

Relativamente à ocorrência, as infecções podem classificar-se em *esporádicas*, de aparecimento ocasional e irregular, sem um padrão específico; *endêmicas*, quando têm uma frequência mais ou menos regular num período de tempo definido; e *epidêmicas*, quando ocorrem durante surtos, definidos como um aumento acima da média, de uma infecção específica ou de um microrganismo infetante (PNCI, 2008).

A infecção hospitalar determina uma vasta gama de problemas para o doente, dos quais se podem destacar, na vertente social, o absentismo laboral e, na vertente humana, o sofrimento e a dor, sendo estas uma preocupação tanto para o doente como para a sua família. Muitas das consequências deste fenómeno não são mensuráveis nem valorizáveis economicamente, sendo consideradas por Rodrigues (2007) como custos intangíveis e indiretos.

As publicações científicas disponíveis mostram que a origem do movimento de prevenção das infecções hospitalares remonta aos meados da década de 40 do século XX. Este movimento ocorreu em Inglaterra, através da organização de comissões multiprofissionais para investigar e adotar medidas preventivas contra essas infecções. Esta sugestão foi reiterada em 1959 durante a pandemia de infecções hospitalares por *Staphylococcus aureus* nos hospitais ingleses (Grazebrook, 1986).

Em Portugal, a infecção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930 pela Direção-Geral de Saúde e depois, em 1979, pela Direção-Geral dos Hospitais, que recomendou o controlo da infecção a todas as unidades de saúde através de uma circular Informativa de março de 1986, dando a conhecer a recomendação do Conselho da Europa que abordava a temática da prevenção das infecções hospitalares. Contudo, só a partir de 1979 é que se inicia

a divulgação desta temática de forma mais generalizada contribuindo para isso a publicação da Circular Informativa n.º 6/79 de 09/02/1979. Destaca-se ainda, nesta época (1962-1963), o papel essencial dos enfermeiros na vigilância epidemiológica e na formação em serviço. Intensificam-se os estudos americanos referentes à infecção hospitalar com o objetivo de aferir métodos efetivos de vigilância nos hospitais. A partir desta data surgiu uma cadência de eventos, nacionais e internacionais, especificamente relacionados com a Infecção Hospitalar e o seu controlo, adquirindo, assim, o seu reconhecimento como um problema de saúde pública.

Nos EUA, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomenda a vigilância epidemiológica, a adesão às boas práticas e enfermeiros em dedicação exclusiva em conjunto com um clínico ou microbiologista para o controlo da infecção (Lacerda, 1997).

Em 1970, faz-se a implementação do NNIS (*National Nosocomial Infections Study* — Estudo Nacional das Infecções Hospitalares) nos Estados Unidos, onde seriam analisados dados obtidos dos hospitais participantes nesse estudo. Neste mesmo ano, o CDC recomenda a necessidade de instituir a figura do enfermeiro e do epidemiologista hospitalar, e publica o manual de isolamento para hospitais (Mesquita, 2006).

A visibilidade da prevenção e controlo da infecção inicia-se na década dos anos 80 através da Circular Informativa n.º 8/86 de 25/3/1986. A Direção-Geral dos Hospitais dá ênfase a esta problemática, na altura intitulada de nosocomial. O Sistema de Informação para Gestão de Serviços de Saúde implementa o Projeto de Controlo de Infecção. Dá início aos estudos sobre as infecções nos hospitais, dos quais se obteve os primeiros dados de prevalência e incidência de *Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde* (IACS), apresentados na primeira Conferência Nacional Contra a Infecção Hospitalar, em novembro de 1987.

Em 1988 dá-se início ao Projeto de Controlo de Infecção, coordenado pela Dr.ª Elaine Pina, que tinha como objetivo desenvolver métodos para estudar as infecções nosocomiais nos hospitais, para que o controlo da infecção constituísse um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Na década de 80, o CDC recomenda um enfermeiro em tempo integral para 250 leitos no hospital para intervir no controlo da infecção (Martins, 2001).

A Direção-Geral dos Hospitais, para minimizar as IACS, menciona a necessidade de criar as Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades de saúde, através da Circular Informativa n.º 4/93 de 10/2/1993. Só três anos depois são definidas a estrutura e funções das CCI, estando ainda hoje em vigor. Em 1993 houve a necessidade de divulgação da integração de comissões de controlo da infeção nos hospitais, por parte da Direção-Geral dos Hospitais, medida que já tinha sido preconizada anteriormente. Neste ano foi, também, realizado um estudo de prevalência que indicava que 9,3% dos doentes internados manifestava uma IACS.

Em 1999, o Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) veio substituir o Projeto de Controlo de Infeção que perdurou de 1988 a 1998. Este Programa tinha como missão conhecer a verdadeira dimensão das infeções nosocomiais nas unidades de saúde e promover as medidas necessárias para a sua prevenção, através da identificação e modificação das práticas de risco.

Assim, em 2007, o Despacho Ministerial n.º 14178/2007 DR II série, N.º 127 de 4 de julho de 2007, aprova o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) e determina que sejam criadas Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as Unidades de Saúde.

Intitula-se a CCI como órgão de assessoria técnica de gestão. O seu objetivo, bem definido, é prevenir, detetar e propor medidas de controlo das infeções no Hospital, articulando-se com os vários departamentos, nomeadamente com os serviços farmacêuticos, armazéns ou laboratórios e serviços e unidades funcionais, onde a vigilância das boas práticas é fundamental.

O controlo das IACS deve ser uma ação coletiva, na qual a responsabilidade pela prevenção e controlo tem de ser de toda a equipa da prestação de cuidados. Dependendo, a efetividade dos programas de prevenção e controlo de uma abordagem segundo uma perspetiva de interação contínua e sistematizada da equipa (Turrini, 2004).

Desde a criação do Projeto de Controlo de Infeção em 1988, muito trabalho se tem desenvolvido, nomeadamente Manuais de boas práticas, protocolos de vigilância epidemiológica, formação dos profissionais, reforço e implementação de medidas de prevenção e concretização das Comissões de Controlo de Infeção em todas as unidades de saúde.

Espera-se de todos os profissionais de saúde o cumprimento das normas e orientações da CCI na sua prática, de forma, a prevenir e/ou reduzir as IACS. Para tal é necessário que o profissional participe na formação e informação nesta área; discuta e cumpra as recomendações de boas práticas; conheça e avalie os riscos para os doentes e para si próprios de transmissão cruzada da infeção; conheça e aplique precauções básicas ao prestarem cuidados aos doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso (higienização das mãos; uso racional das barreiras protetoras adaptadas aos procedimentos; isolamento dos doentes, de acordo com a cadeia de transmissão; e controlo ambiental, onde se inclui ambiente, material, resíduos, roupas, alimentação, desinfestação e transporte de doentes). O aperfeiçoamento contínuo de todos os profissionais de uma instituição constitui um dos pilares mais importantes do controlo da infeção.

O programa de controlo da infeção tem como grande objetivo envolver todos os prestadores de cuidados na melhoria de resultados através do planeamento de estratégias, mensuração de processos e correção das inconformidades. No entanto, a participação do enfermeiro é imprescindível no que concerne à implementação de práticas para o controlo da infeção relacionadas com os cuidados ao doente (OMS, 2002).

Segundo o Manual de Operacionalização do PNCI (2008), a colaboração, empenho e esforços concertados por todos os intervenientes, serão basilares para o sucesso do programa e, conseqüentemente, para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados às pessoas doentes e famílias que deles necessitam e, simultaneamente, dos profissionais que os executam.

O conceito de infeção hospitalar e a sua prevenção tem sofrido uma evolução significativa nos últimos anos. Contudo, apesar dos avanços tecnológicos a que assistimos, verificamos um aumento do número de infeções. A prevenção e controlo da infeção têm um papel óbvio e importante na garantia de que os doentes recebem cuidados de alta qualidade (Wilson, 2003).

As infeções adquiridas na sequência dos cuidados de saúde provocam morbidade e mortalidade consideráveis, levando ao aumento de custos. Estes incluem a assistência especializada, terapêutica antibiótica e outros fármacos, exames complementares de diagnóstico e tratamentos, para além,

dos custos inerentes ao prolongamento do internamento no hospital, com repercussões familiares e sociais.

A prevenção assume, então, o papel preponderante de controlo da infeção, onde os enfermeiros têm responsabilidade na procura de um ambiente hospitalar biologicamente seguro e confortável desde Florence Nightingale.

Um dos elementos fundamentais das CCI, quer porque dela faz parte a tempo integral, quer porque representa uma fração alargada dos profissionais dos hospitais, é o Enfermeiro. Este profissional de saúde desempenha um papel fundamental na investigação e na vigilância epidemiológica; na formação para a prevenção e controlo da infeção; e, ainda, na gestão das práticas, nomeadamente as que se relacionam com a segurança dos cuidados de enfermagem.

Referencias Bibliográficas

Andrade, D. & Angeralmi, E. (1999). Reflexões acerca das infeções hospitalares às portas do terceiro milénio. *Revista Medicina*, 32(4), 492-497.

Andrade, G. (2005). *Custos da infeção hospitalar e o impacto na área da saúde*. *Brasiliamédica* 42, 48-50. Retrieved 10 julho 2010 from <http://www.ambr.com.br/revista/Revistas/42/09.pdf>.

Bolik, D. (2000). *Segurança e controle da infeção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso,

Couto, R. & Pedrosa, T. (2003). Epidemiologia hospitalar. In Couto, R., Pedrosa, T. M. G. & Nogueira, J. M. — *Infeção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento* (3.ª ed., p. 903). Rio de Janeiro: MEDSI.

Direcção-Geral de Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral de Saúde (2007). *Comissões de controlo de infeção*. Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC. 15 de outubro de 2007. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral de Saúde (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Retrieved 2 junho 2010 from http://arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf.

- Direcção Geral de Saude (2009). *Inquérito de prevalência de infecção*. Lisboa: DGS.
- Ellenberg, E. (2005). Nosocomial infections: revisiting history to think about the present *Sante Publique*, 17(3), 471-474.
- Ferreira, W. & Sousa, J. (2000). *Microbiologia* (Vol. 1). Lisboa: Lidel.
- Fontana, R. T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 703-706.
- Hinrichsen, S. & Cavalcanti, I. (2004). Infecção hospitalar importância e controle. In Hinrichsen, S. *Biossegurança e controlo de infecções: Risco sanitário hospitalar*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Horton, R. (2002). Nurses' knowledge of infection control. *Nurs. Stand*, 7(41), 25-29.
- Kato, K. (s.d.). *Dicionário termos técnicos de saúde*. São Paulo: Conexão.
- Jakson, M. M. & Lynch, P. (1990). Search of a rational approach. *American Journal Nurses*, 90(10), 65-73.
- Lacerda, R. & Egry E. (1997). As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: Reflexões para análise das suas práticas actuais de controlo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(4), 13-23.
- Lacerda, R. A. (2002). *Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1), 13-23.
- Lima, M. V. R. (2007). *Condutas em controle de infecção hospitalar: Uma abordagem simplificada*. São Paulo: Iátria.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2005). *Relatório de inquérito de prevalência de infecção 2003*. Lisboa: INSA.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2003). Critérios do cdc para o diagnóstico das infecções. Retrieved 25 junho 2010 from http://www.insarj.pt/site/resources/images/PNCI/criterios_infec_cdc2003.pdf
- Macedo, J., Rodrigues, M. T. & Nascimento, C. (2003). Perspectivas no controle da infecção hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 79(3), 277-278.
- Martins, M. A. (2001). *Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controlo* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Prevenção de infecções adquiridas no hospital: um guia prático*. Retrieved 12 junho. 2010 from [http://www.insarj.pt/site/resources \(images/pnci/man_oms.pdf\)](http://www.insarj.pt/site/resources/images/pnci/man_oms.pdf).

Organização Mundial de Saúde (2008). *World alliance for patient safety*. Retrieved 05 junho 2010 from <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

Wilson, J. (2003). *Controlo de infecção hospitalar na prática clínica*. Loures: Lusociência.

Zanon, U. (2003). Etiopatogenia das complicações infecciosas hospitalares. In Couto, R. C., Pedrosa, T. M. G. & Nogueira, J. M., *Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento* (3.ª ed., pp. 9-36). Rio de Janeiro: Medsi.

TREINO DA CAPACIDADE DE AUTO-CUIDADO CENTRADO NA DEGLUTIÇÃO

JOSÉ CARLOS JANUÁRIO*

As alterações na deglutição e dos Auto-cuidados Comer e Beber estão associadas a uma variedade de estados de saúde que podem ter origem mecânica ou neurológica. Os enfermeiros mobilizam um conjunto de conhecimentos e estratégias para a promoção do auto-cuidado comer/beber, no entanto têm dificuldade em articular os seus conhecimentos sobre as alterações da deglutição.

Como objetivos pretende-se sistematizar conhecimentos e estratégias facilitadoras do desenvolvimento de capacidades que permitam uma melhor articulação do conhecimento.

Demonstrar que o foco da prática deglutição constitui um fenómeno de enfermagem.

A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica em bases de dados e tratados/monografias específicas do tema.

As alterações na deglutição e nos Auto-cuidados Comer e Beber podem surgir em contexto de internamento, ou na comunidade, e estão associadas a uma variedade de estados de saúde com origem mecânica ou neurológica, sendo que, a nossa atenção centrar-se-á nestas últimas. De origens e prognósticos variados, as alterações da deglutição, em muitos casos, são transitórias, no

* Assistente/Equiparado da ESEnfC.

entanto, as suas consequências podem ter impactos significativos para a pessoa, podendo levar à desidratação, desnutrição, pneumonia por aspiração, infeções respiratórias recorrentes, obstrução das vias aéreas, broncoespasmo, isolamento social e a depressão, entre outros; a intervenção atempada pode contribuir para a redução significativa destes impactos na pessoa.

Os enfermeiros mobilizam um conjunto de conhecimentos e estratégias para a promoção do auto-cuidado comer/beber, assumindo a liderança na sua promoção, mas o mesmo não se pode afirmar quando abordamos os aspetos relacionados com a deglutição, pois segundo Sandhaus *et al.* (2009), os enfermeiros não fazem uma avaliação completa dos doentes com risco de deglutição comprometida e têm dificuldade em articular os seus conhecimentos sobre disfagia. Esta é uma realidade que se reporta ao ano de 1998 e, embora não possuindo indicadores que corroborem ou contrariem esta afirmação, entendemos que é uma realidade muito semelhante à vivida hoje em Portugal.

Os enfermeiros assumem um papel central na gestão dos aspetos relacionados com a alimentação, a nível da reabilitação, prevenção e promoção da saúde. Com o objetivo de contribuir para uma intervenção eficiente e eficaz na prestação de cuidados, vamos procurar clarificar os fenómenos de enfermagem — Deglutição e Autocuidados Comer e Beber —, fazer uma abordagem sobre os seus impactos na pessoa; rever de forma sucinta a fisiologia da deglutição, causas, características e juízos sobre deglutição alterada; e, por último, propomos intervenções de enfermagem, particularmente nas perturbações da deglutição de origem orofaríngea.

AUTOCUIDADO COMER E BEBER/DEGLUTIÇÃO

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão β 2; 2003), discutiremos as razões que nos levam a assumi-los como Fenómenos de Enfermagem.

“Comer é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão dos alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios,

músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito” (CIPE, versão β 2; 2003; p. 56).

“Beber é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede” (CIPE, versão β 2; 2003; p. 56).

“Deglutição é um tipo de digestão com as características específicas: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados pela boca com movimentos da língua e dos músculos, através da garganta e esófago para o estômago” (CIPE, versão β 2; 2003; p. 22).

Decorrente das definições de Autocuidado Comer e Beber centrar-nos-emos nas intervenções de enfermagem que se referem à utilização dos lábios, músculos e língua; no que concerne à Deglutição, abordá-la-emos em todas as suas vertentes.

Os Autocuidados Comer e Beber evidenciam relevância para a prática de enfermagem e esta afirmação é aceite pela comunidade de enfermagem, o que não se verifica com as alterações da deglutição. Procuraremos demonstrar que o foco Deglutição constitui um fenómeno de enfermagem e, para isso, apresentaremos propostas de intervenção para as diferentes perturbações resultantes de patologia neurológica.

O processo de reabilitação das alterações da deglutição exige a intervenção de uma equipa pluriprofissional, no entanto, segundo Nancy (2000), os enfermeiros têm um papel central junto destas pessoas e família, sendo por vezes, os primeiros técnicos a identificar a situação.

Impactos da Deglutição comprometida

Segundo Robbins *et al.* (2007), o processo de deglutição é mais lento nos idosos, sendo a fase faríngea significativamente mais lenta que a de um adulto jovem, podendo haver uma descoordenação entre a fase oral e a faríngea, que inclui a proteção das vias aéreas. Episódios de disfagia podem

ocorrer frequentemente em pessoas com mais de 65 anos. De acordo com os autores referidos anteriormente, 15% dos idosos residentes na comunidade têm a deglutição comprometida e nos residentes em instituições, este valor ultrapassa os 40%.

Perry, (2001) refere que num dado estudo, em que foi aplicado um inquérito a pessoas com idades compreendidas entre os 50 e 70 anos, numa amostra aleatória, 35% reportaram episódios de disfagia.

A disfagia pode ser particularmente fatal nas pessoas idosas. Tanner (2010) situa a sua incidência e prevalência, nas pessoas residentes em lares de idosos, entre 40% a 60%. As suas consequências podem ser particularmente fatais e a taxa de mortalidade pode variar entre os 10% e os 70%, sendo que a sua ocorrência é 7,5 maior em pessoas com Acidente Vascular Cerebral.

A deglutição comprometida é um problema comum e como vimos anteriormente a probabilidade de acontecer em pessoas idosas é significativa, no entanto ela pode ocorrer em indivíduos jovens, estando normalmente associada a acidentes, que envolvem a cabeça e pescoço, a tumores da boca e garganta, ou ainda, a patologia neurológica.

Ekberg *et al.* (2002) investigaram o impacto psicológico e social da disfagia em 360 pessoas a quem tinham sido identificadas queixas. Constataram que a maioria das pessoas com disfagia acredita que sua condição não tem tratamento possível e 39% acreditam que as suas dificuldades de deglutição podem ser tratadas. 84% afirmam que a alimentação deve ser uma experiência agradável, 41% das pessoas referem que experimentaram ansiedade ou pânico durante as refeições; e mais de um terço (36%) relataram evitar comer na presença de outras pessoas por causa de sua disfagia.

Eslick e Talley (2008) efetuaram um estudo sobre os fatores de risco e o impacto da disfagia na qualidade de vida, verificando que existe uma relação entre a gravidade e frequência da disfagia com o impacto na qualidade de vida. A presença de disfagia intermitente foi associada com a ansiedade, enquanto a disfagia progressiva foi associada com a depressão. Segundo os autores, a disfagia é um importante problema de saúde na comunidade, com um substancial impacto na vida das pessoas afetadas em termos físicos e mentais.

FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

De acordo com a opção tomada, abordaremos aspetos relacionados com os Autocuidados Comer e Beber no referente à utilização dos lábios, músculos e língua.

A sensação e a necessidade de comer são transmitidas aos centros cerebrais da fome e da sede (hipotálamo) por recetores químicos sensitivos e neuronais que indicam, por exemplo, a baixa de glicose (Phaneuf, 2001).

O ato de deglutir ocorre aproximadamente 600 vezes num dia e, na vida intrauterina, o feto de termo deglute aproximadamente 500 mililitros de líquido amniótico por dia (Jotz *et al.*, 2009). Deglutir é uma sequência de múltiplos estádios que, quando normalmente desencadeados, bloqueiam momentaneamente a abertura para o trato respiratório, enquanto o alimento ou bebida estiver a atravessar a faringe para o esófago. Pode ocorrer deglutição por início cortical voluntário ou por um reflexo desencadeado independentemente de centros cerebrais superiores. O reflexo da deglutição é estimulado através de modalidades sensitivas de textura, temperatura (quente ou fria) e pressão (Miller *et al.*, 2002).

A deglutição é produzida através das forças e movimentos da boca, faringe, laringe e esófago, que são sincronizados com interrupção da respiração; este sincronismo é resultado da actividade do sistema nervoso central, aferente e eferente (Siebens, 1994).

Em repouso, as membranas mucosas das estruturas orais e da faringe são húmidas. A respiração geralmente ocorre através das narinas e da nasofaringe. Os lábios ficam fechados ou discretamente entreabertos. Com a cavidade oral e faringe completamente secas, o início da deglutição pode ser muito difícil ou impossível. Quando a respiração não puder ser efetuada através do nariz e nasofaringe, a deglutição torna-se um tanto desconfortável e o início é retardado.

Com a boca aberta, a deglutição não é impossível, mas extremamente difícil de se iniciar. Uma deglutição normal é efetuada com a cavidade oral húmida, as passagens nasais abertas e a boca fechada (Miller *et al.*, 2002).

FASES DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição, ou o ato de engolir, pode dividir-se em três fases distintas: *Oral; Faríngea e Esofágica.*

Fase Oral — Esta fase começa com a preparação oral do bolo alimentar, em que a língua empurra o bolo contra o palato duro, forçando a sua progressão para a parte posterior da boca em direção à orofaringe. A maneira pela qual o bolo é preparado para a deglutição varia, dependendo da consistência do material (Seeley *et al.*, 1997). As pregas palatofaríngeas contraem-se para formar uma fenda mediana, permitindo que apenas o alimento adequadamente mastigado passe pela base da língua. Os músculos elevadores e tensor do véu palatino ajudam a elevar o palato mole e a bloquear o portão nasofaríngeo. Ao fim de um segundo, o bolo alimentar atravessa as fauces anteriores, completando a fase oral controlada pelos V, VII e XII pares cranianos (Nancy, 2000).

O líquido levado à boca, em geral, é mantido entre a língua e o palato duro anterior, com os lábios fechados para impedir a sua saída da boca. Como os líquidos não têm coesão, são mantidos apenas por um instante antes que a base da língua e as regiões palatofaríngeas sejam estimuladas, desencadeando uma ou mais deglutições completas.

Os alimentos moles podem ser mantidos entre a língua e o palato duro anterior, ou lateralizados para mastigação antes de retornarem à posição na linha média antes da deglutição. Se o alimento se separar na boca atuará como líquido e estimulará a deglutição; no entanto, se for espesso e viscoso, o bolo pode aderir ao palato duro e requererá controle preciso da língua para comprimi-lo para a hipofaringe.

Os sólidos requerem mastigação. As sensações de temperatura, textura e pressão são captadas na boca por receptores para o quinto nervo craniano, localizados nas gengivas e palato duro. A estimulação destes receptores resulta num relaxamento reflexo dos músculos que mantêm a mandíbula fechada, o masseter e o temporal. À medida que a mandíbula (aberta) relaxa, ocorre um reflexo de estiramento destes músculos, resultando em contração muscular e encerramento da mandíbula, ocorrendo novamente reestimulação, relaxamento e abertura da mandíbula, reflexo de estiramento e encerramento. Este

ciclo reflexo continua enquanto o alimento é manipulado por lateralização da língua, para mantê-lo entre os dentes, enquanto a ação trituradora rotatória da mandíbula prepara um bolo coeso. A saliva é extraída das glândulas salivares e ajuda a degradar o alimento e a estimular os botões gustativos. Estes, localizados em toda a língua, palato e epiglote, são enervados pelo sétimo e nono nervos cranianos. Acredita-se que quando estes recetores são estimulados ocorre mais libertação de saliva e isso, eventualmente, leva à deglutição (Miller *et al.*, 2002).

Fase Faríngea — Esta fase é a mais complexa da deglutição, porque é necessário manter a permeabilidade das vias aéreas enquanto o bolo alimentar se move até ao esófago; embora reflexa, o seu início é voluntário e uma vez iniciada não pode parar (Nancy, 2000). É uma fase crítica, na qual a vida pode ser ameaçada por um mecanismo valvular anormal da laringe, comparando-se, este, com uma bomba cuja válvula permite um fluxo unidirecional (Siebens, 1994).

A fase faríngea inicia-se pela estimulação dos recetores táteis da área da orofaringe. Os estímulos aferentes são conduzidos através dos nervos trigémio (V) e glossofaríngeo (IX) até ao centro da deglutição na medula, onde geram potenciais de ação nos neurónios motores, que são conduzidos pelos trigémio (V), glossofaríngeo (IX), vago (X) e pelo espinal (XI) até ao véu do palato e à faringe. Esta fase inicia-se com a elevação do véu do palato, que encerra a comunicação entre a nasofaringe e a orofaringe. A faringe eleva-se para receber o bolo alimentar da boca e movimentá-lo no sentido do esófago. Os músculos constritores da faringe, superior, médio e inferior, contraem-se, de acordo com a sequência de enumeração, forçando a progressão dos alimentos na faringe. Simultaneamente, o esfíncter esofágico superior relaxa e a elevação da faringe abre o esófago que recebe os alimentos. Esta fase da deglutição é involuntária, tem controle autónomo, embora os músculos nela envolvidos sejam esqueléticos. A fase faríngea da deglutição demora cerca de 1 a 2 segundos (Seeley *et al.*, 1997).

Na fase faríngea as cordas vocais fecham-se para proteger as vias aéreas e a epiglote inclina-se posteriormente, num ângulo de aproximadamente 135 graus, por forma à cartilagem epiglótica cobrir a abertura da laringe quando esta se eleva. Estes movimentos da laringe previnem que os alimentos passem através da abertura para o seu interior (Nancy, 2000).

Fase Esofágica — A onda constritora faríngea que carrega o bolo alimentar para o esófago continua pelo mesmo, encaminhando o bolo alimentar até ao estômago (Seeley *et al.*, 1997). Uma única onda peristáltica normalmente esvazia o esófago (Siebens, 1994). A deglutição fica concluída durante a fase esofágica, que demora 8 a 20 segundos (Nancy, 2000).

CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DE ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Distúrbios neurológicos que prejudiquem a contração coordenada de qualquer um dos músculos da deglutição podem causar disfagia e, secundariamente, obstrução das vias aéreas, pneumonia por aspiração e desnutrição.

Segundo Nancy (2000), o comprometimento neuromuscular pode afetar múltiplos sistemas do organismo, com consequências na deglutição, resultantes de: Doença de Parkinson; Esclerose múltipla (quando o XII par craniano está envolvido); Esclerose lateral amiotrófica; Coreia de Huntington; Traumatismo craniano; Acidente vascular cerebral; Poliomielite; Miastenia Gravis; e Distrofia miotónica.

Segundo Kaufman (2001), na deglutição alterada, podemos encontrar alterações que variam em toda a extensão do trato orofaríngeo, destacando-se:

- Assimetria da expressão facial;
- Esfíncter labial incompetente;
- Défice dos movimentos da língua (paralisia, descoordenação, hipotonia);
- Alteração da sensibilidade intraoral;
- Défice dos movimentos palatofaríngeos;
- Diminuição dos movimentos da epiglote, hioides e laringe;
- Diminuição das contrações da faringe;
- Abertura anómala do esfíncter faríngeo-esofágico.

Como consequência verificamos:

- Perda de controlo do conteúdo oral (alimentos, saliva);
- Atraso no tempo e início da deglutição;
- Aspiração de alimentos;

- Presença de alimentos na cavidade oral após a deglutição;
- Regurgitação nasal;
- Alteração da qualidade vocal após a deglutição (*Idem*).

JUÍZO SOBRE DEGLUTIÇÃO ALTERADA

Para o comprometimento da deglutição propomos os seguintes juízos: **reduzido**, **moderado** e **elevado** (Seeley *et al.*, 1997).

- **Grau reduzido** — transtornos da mobilidade, transformação do bolo alimentar e atraso da deglutição.
- **Grau moderado** — alterações da mobilidade e coordenação, lentidão no transporte, reflexo de deglutição lento ou ausente, alterações vocais e registos de aspiração.
- **Grau elevado** — para além dos sinais já descritos, pode haver redução na elevação do hioide e laringe, alterações respiratórias e aspirações frequentes.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As intervenções de enfermagem devem começar por avaliar as condições mentais e capacidades do doente para cooperar, compreender o padrão de ingestão e identificar défices específicos (Miller *et al.*, 2002). Nos doentes com comprometimento da deglutição, encontramos frequentemente componentes cognitivas comprometidas, nomeadamente:

- Alteração da mastigação e deglutição devido a comprometimento da consciência e/ou desatenção;
- Tentar a ingestão de porções excessivamente grandes ou comer muito rápido por comprometimento do julgamento e/ou da visão-percepção;
- Reter alimentos na boca e ignorar alimentos num lado da bandeja por desprezo sensitivo unilateral;
- Alteração da apreciação da importância de comer, que pode ser interpretada como depressão ou falta de motivação em doentes com comprometimentos do planeamento motor.

Os doentes com déficits de linguagem podem requerer um ambiente para comer livre de conversas que distraiam a atenção. Doentes com défices de planeamento motor podem precisar de indícios verbais, a fim de começarem a comer e manterem o processo. Doentes com comprometimentos de perceção, julgamento ou negligência, requerem supervisão e monitorização próximas e silenciosas. A maioria dos doentes com problemas de deglutição responde melhor em ambiente silencioso, com um mínimo de instruções verbais curtas.

Segundo Nancy (2000), a avaliação física do doente para deglutir deve passar por:

- Observar o controlo da cabeça, simetria facial, capacidade para efetuar o encerramento dos lábios e mucosa oral e verificar o estado da dentição e a existência ou não de prótese dentária. A manutenção de uma boa higiene oral é uma necessidade. A mucosa oral deve estar húmida antes que a deglutição ocorra.
- Testar os pares cranianos que interferem na deglutição:
 - XII par craniano (hipoglosso) — verificar a existência de movimentos irregulares ou assimetrias da língua, dentro e fora da boca;
 - IX e X pares cranianos (glossofaríngeo e vago) — verificar a elevação da uvula e palato mole, pedindo ao doente para dizer “ah”;
 - V par craniano (trigémio) — pedir ao doente para encerrar os dentes e verificar a força muscular durante a contração, palpando a região temporo-mandibular;
 - VII par craniano (facial) — verificar a capacidade para sorrir, cerrar os dentes e observar a presença de tiques. A componente sensorial deste par craniano é utilizada para identificar o sabor doce, salgado, ácido e amargo;
 - XI par craniano (espinhal) — aplicar pressão manual sobre o esternocleidomastoideu enquanto o doente eleva os ombros.
- Testar a deglutição, pedindo ao doente para beber água. Verificar se consegue adaptar os lábios ao copo, o tempo que demora a deglutir e se o reflexo da tosse está presente. Verificar se a voz do doente parece encharcada e se tem necessidade de a aclarar muitas vezes.

Para avaliação da deglutição, segundo Vale-Prodromo *et al.* (2009), devem ser utilizadas 4 tipos de consistências alimentares (**Líquida**, **Líquido-pastosa**, **Pastosa** e **Sólida**), sendo que algumas são facilitadoras perante determinadas dificuldades:

Líquida:

- Alteração na manipulação do bolo alimentar;
- Dificuldade no trânsito oral ou faríngeo;
- Dificuldade na abertura da transição faringoesofágica.

Líquido-pastosa:

- Alteração na manipulação do bolo alimentar;
- Dificuldade no trânsito oral ou faríngeo;
- Refluxo nasal;
- Alteração do encerramento laríngeo.

Pastosa:

- Incontinência oral;
- Alteração do controlo motor;
- Refluxo nasal;
- Alteração do encerramento laríngeo;
- Dificuldade na abertura do esfíncter esofágico superior;
- Alteração no início da fase faríngea.

Sólida: esta consistência só deve ser utilizada, no início da avaliação, se o doente já se alimentar exclusivamente por via oral.

A restante observação deve centrar-se na capacidade do utente comer e beber de forma autónoma.

Deve ser dada atenção à escolha de alimentos que estimulem os recetores associados à deglutição. Temperatura, textura e sabor, são todas qualidades importantes para desencadear a deglutição. Os alimentos devem ser agradáveis em aparência e aroma. Alimentos que sejam viscosos, secos e duros de mastigar, ou se separem na boca, devem ser evitados (Miller *et al.*, 2002).

O doente, no decorrer da refeição, deve estar sentado, com as costas direitas e a cabeça ligeiramente fletida, e o enfermeiro deve permanecer sentado, demonstrando disponibilidade e vontade de ajudar (Nancy, 2000).

ESTIMULAÇÃO PERI-ORAL

Nos doentes com Acidente Vascular Cerebral é frequente encontrarmos a nível da região peri-oral paralisias e parésias da musculatura facial. A intervenção precoce é igual aos casos de intervenção precoce para estimulação dos membros, pois esta atua com o objetivo de propiciar o retorno possível da sensibilidade e mobilidade, além de não permitir que a mesma permaneça imobilizada por longo tempo (Siebens, 1994).

Algumas das características presentes são: desvio da comissura labial, perda da tonicidade e mobilidade uni ou bilateral de lábios e bochechas, resultando em falta de pressão da válvula labial, com consequências diretas no processo de deglutição. O trabalho de estimulação engloba exercícios de estimulação térmica e tátil, massagens e exercícios passivos (quando o doente ainda não é capaz de responder a ordens verbais); já noutra fase, quando o doente é capaz de colaborar, realizamos exercícios para fortalecimento do tónus e melhora da mobilidade. Quando o déficit da musculatura peri-oral prejudica o processo de alimentação, realizamos exercícios durante a toma do alimento. Este trabalho inicia-se com o doente no leito, mesmo quando o nível de consciência não retornou completamente.

ESTIMULAÇÃO INTRA-ORAL

A avaliação intraoral dos doentes com patologia neurológica demonstra, geralmente, dificuldades na mobilidade da língua e nos movimentos de projeção e retração da língua, lateralização e elevação, sendo que nem todas estão, necessariamente, presentes (Siebens, 1994).

Observamos, em muitos casos, dificuldades para agrupar o alimento sobre a língua antes do momento da deglutição, assim como, dificuldades em formar o bolo alimentar, decorrentes das alterações da mobilidade da língua. A perda

de saliva é frequente nos casos onde existe incompetência labial, transtornos de mobilidade da língua e redução da sensibilidade oral.

Além disso, podem ocorrer alterações a nível palatofaríngeo, com incompetência do véu que ocasiona dificuldades no ato da deglutição, além de paralisias uni ou bilateral das paredes da faringe. Estas dificuldades unidas á redução do movimento posterior da base da língua podem provocar aspirações, assim como, a disfunção cricofaríngea. Muitas vezes encontramos lentidão ou ausência no desencadear do reflexo de deglutição, alterações nos movimentos vertical e anterior dos híóides e laringe e reduzido encerramento das falsas ou verdadeiras cordas vocais (Siebens, 1994).

O programa de reabilitação engloba exercícios para estimular a sensibilidade intraoral, exercícios de mobilidade, tónus e coordenação da língua e véu palatino, movimentos de sucção, estimulação do reflexo de deglutição e inclui movimentos ativos e passivos para aumentar a força, amplitude, velocidade e precisão (Siebens, 1994), em conjunto com manobras posturais e estratégias facilitadoras do processo de deglutição.

MUDANÇAS POSTURAIS E MANOBRAS DE ESTIMULAÇÃO

As manobras posturais são as primeiras estratégias a ser utilizadas, pois requerem habilidades mínimas, exigem um menor esforço do doente e não modificam a fisiologia da deglutição. Têm como objetivo facilitar a passagem do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe e esófago.

Postura da cabeça

Cabeça para baixo — previne a entrada de alimentos na traqueia, empurra a base da língua em direção á parede da faringe, colocando a epiglote numa postura de proteção.

Cabeça inclinada para o lado não afetado — diminui a distância entre a base da língua e o esófago e previne a permanência de alimentos no lado lesado (Miller *et al.*, 2002).

Estimulação da deglutição

Estimulamos a deglutição faríngea através de estimulação térmica e tátil no arco focial anterior, aumentando a pressão da colher na cavidade oral ao introduzir o alimento, realizando sucção antes da deglutição, aumentando a massa alimentar ou introduzindo alimento ácido para aumentar a absorção sensorial.

As manobras de deglutição têm como objetivo eliminar ou reduzir as possíveis penetrações ou aspirações laríngeas.

Deglutição forçada — utilizada em casos de movimento reduzido da base da língua, na tentativa de aumentar a força do movimento e a pressão faríngea (Miller *et al.*, 2002).

Deglutição supraglótica — utilizada quando o encerramento das pregas vocais está reduzido e quando a deglutição faríngea é lenta. O doente é orientado a reter a respiração, deglutir e tossir, sendo que esta manobra provoca a adução das cordas vocais, melhora o encerramento das vias aéreas e reduz a possibilidade de aspiração (Netto *et al.*, 2009).

Deglutição super-supraglótica — utilizada quando há encerramento reduzido/ineficiente da entrada para as vias respiratórias. Nesta técnica o doente é instruído a reter a respiração antes e durante a deglutição, mantendo a tensão nos músculos abdominais, e a deglutir e tossir (Netto *et al.*, 2009). Esse processo leva as aritenoides para a frente, fechando a entrada para a traqueia e mantendo-se, assim, antes e durante a deglutição (Miller *et al.*, 2002) esta manobra tem como objetivo melhorar o encerramento das vias aéreas antes e durante a deglutição. Também se pode alterar alimentos sólidos e líquidos em casos de contração faríngea reduzida.

Manobra de Mendelson — pode ser executada com ou sem alimentos na cavidade oral. O utente põe a mão sobre a laringe, deglute e sente-a a atingir a sua posição mais elevada. Se estiver a utilizar alimentos, coloca-os na boca, deglute e volta a sentir a laringe na sua posição mais elevada durante a deglutição; seguidamente, deixa a laringe regressar à posição normal. Repetir a manobra 3 a 6 vezes por dia (Nancy, 2000).

MUDANÇAS NA CONSISTÊNCIA ALIMENTAR

Na terapia direta da deglutição procuramos consistências e viscosidades facilitadoras para que o processo se realize com segurança. Asseguramo-nos das possíveis aspirações que ocorrem com determinadas consistências alimentares e em determinadas posições. De acordo com esses dados, trabalhamos diretamente a deglutição ou não. Em casos afirmativos, muitas vezes, a consistência semissólida permite-nos um trabalho mais efetivo, controlando a quantidade de massa oferecida, o tempo entre as deglutições e o posicionamento do alimento na boca (Kaufman, 2001).

A consistência dos alimentos a serem oferecidos varia de acordo com a desordem da deglutição. Segundo Netto *et al.* (2009) os líquidos são a melhor consistência na redução da coordenação e força da língua, na disfunção cricofaríngea, na redução da contração da parede posterior da faringe e na redução do movimento da base da língua; os líquidos/pastosos são bons, inicialmente, na redução da amplitude e mobilidade da língua (posteriormente líquido) e no atraso da deglutição faríngea (posteriormente sólido); os líquidos/pastosos na redução da elevação laríngea; e os alimentos pastosos e sólidos nas situações de redução do encerramento laríngeo. A eliminação de alguma das consistências alimentares só deve ocorrer se nenhuma das estratégias compensatórias for eficiente.

REFLEXÃO

As alterações da deglutição de grau leve e moderado são normalmente conduzidas de forma satisfatória.

A nossa atenção deve centrar-se nos casos em que há necessidade de manter as condutas terapêuticas, por parte do cuidador e do doente, durante longos períodos de tempo.

Para além de requerer a atenção do cuidador de forma quase ininterrupta, o doente tem que estar estimulado constantemente. Se imaginarmos a quantidade de vezes que se mastiga e deglute durante uma refeição, podemos compreender o que implica ter que o fazer de forma consciente e adaptada à

postura da cabeça e as estratégias que devem ser mobilizadas para deglutir com segurança.

Se a todos estes problemas associarmos os fatores psicológicos e emocionais do doente e família e a lentidão e dificuldade da recuperação, percebemos os cuidados que devemos assumir quando orientamos o doente e família:

- Explicar, durante o internamento, como se efetua o processo de deglutição e as dificuldades encontradas em cada caso;
- Elaborar um pequeno manual orientador;
- Simplificar ao máximo as explicações e orientações;
- Ser objetivo nas tarefas propostas, reduzindo-as ao necessário;
- Procurar evitar reações de rejeição por parte do doente;
- Se necessário, solicitar á família que o cuidador se dedique em exclusivo a esta tarefa;
- Manter o doente em convívio com a família e amigos;
- Escutar o doente e família.

Devemos ter em conta que a recuperação de doentes com patologia neurológica, muitas vezes, significa “adaptação” e não o “retorno” aos padrões normais.

Nas primeiras páginas, assumimos, como pacífico, que os auto cuidados comer/beber são fenómenos de enfermagem; no decorrer do trabalho procurámos demonstrar que o foco da prática deglutição também constitui um fenómeno, ou seja, é um aspeto da saúde com relevância para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Ekberg, O. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 17(2), 139-146.

- Eslick, G. D. & Talley, N. J. (2008). Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life—a population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27(10), 971-979.
- Jotz, G. P. & Dornelles, S. (2009). Fisiologia da deglutição. In *Tratado da deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Kaufman, L. T. (2001). *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Miller, R. M. et al. (2002). Reabilitação da fala, linguagem, deglutição e audição. In Joel A. Delisa (Ed.), *Medicina de reabilitação: Princípios e prática* (3.ª ed.). São Paulo: Manole.
- Nancy, H. G. (2002). Ingestão e deglutição. In Shirley Hoeman (Ed. lit.), *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação* (2.ª ed., pp. 377-391). Loures: Lusociência.
- Netto, I. P., Agelis, E. C. & Barros, A. P. (2009). Princípios da reabilitação das disfagias orofaríngeas. In *Tratado da deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Perry, L. (2001). Clinical dysphagia: The management and detection of a disabling problem. *British Journal of Nursing*, 10(13), 837-844.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Robbins, J., Kays, S. & McCallum, S. (2007). Team management of dysphagia in the institutional setting. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 26(3-4), 59-104.
- Sandhaus, S. et al. (2009). Promoting evidence-based dysphagia assessment and management by nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(6), 20-27.
- Seeley, R. R., Stephens, T. & Tate, P. (1997). *Anatomia e fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Siebens, A. A. (1994). Reabilitação de problemas da deglutição. In Frederick, K. & Justus, L., *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (4.ª ed., pp. 757-769). São Paulo: Manole.
- Tanner, D. C. (2010). Lessons from nursing home dysphagia malpractice litigation. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), 41-46.
- Vale-Prodromo, L. P., Angelis, E. C. & Barros, A. P. (2009). Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In *Tratado da deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Wendin, K. et al. (2010). Objective and quantitative definitions of modified food textures based on sensory and rheological methodology. *Food & Nutrition Research*, 54, 1-11.





HEALTH SCIENCES RESEARCH UNIT
NURSING
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



e s c | s u e r i r e
e n f e r m e m
e c i m r

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA