

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CURSO DE MESTRADO EM SOCIOLOGIA

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**Factores caracterizadores dos modelos
de práticas de enfermagem:
Um estudo de caso**

**Dissertação de mestrado elaborada por:
João Manuel Galhanas Mendes**

ÉVORA – 2000

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CURSO DE MESTRADO EM SOCIOLOGIA

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**Factores caracterizadores dos modelos
de práticas de enfermagem:
Um estudo de caso**

MESTRANDO:

João Manuel Galhanas Mendes

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Francisco Martins Ramos



106698

"Afim de contas, a lei mestra da humanidade, a lei moral dita natural, em certas escolas de pensamento, a lei que podemos ler no mais profundo de nós próprios no diálogo com o outro, que acompanha este caminho para o que há de mais íntimo em nós, consiste precisamente em reconhecer a presença, a diferença e a equivalência do outro, em respeitar os interditos do homicídio, do incesto e da mentira, em assumir a nossa solidão, a nossa precaridade e a nossa incerteza, em cultivar os valores de solidariedade, de dignidade, e de liberdade."

J-F. Malherbe

***À minha família.
À Gina,
Ao João Filipe e
Ao Ricardo Jorge
Pelo apoio que sempre manifestam...***

RESUMO

O relatório apresentado refere-se a um estudo exploratório relacionado com as práticas profissionais dos enfermeiros no hospital e no centro de saúde cuja pergunta de partida foi a seguinte: “A que modelos estão ligadas as práticas profissionais dos enfermeiros do Hospital e do Centro de Saúde?”.

Para este estudo foram definidos os seguintes objectivos:

- Compreender a dinâmica das práticas profissionais de enfermagem.*
- Analisar as ligações de práticas profissionais ligadas a modelos de enfermagem e ao modelo biomédico.*
- Analisar factores intervenientes nas dinâmicas profissionais relacionadas com modelos de enfermagem ou com o modelo biomédico.*
- Propor estratégias para estudos que contribuam para estudos aprofundados relacionados com as práticas profissionais dos enfermeiros.*

A necessidade de analisar as práticas de cuidados de enfermagem é reconhecida pelo Conselho Internacional de Enfermeiras que tem como meta chegar a uma classificação das situações/condições dos clientes que justificam os cuidados, das intervenções e dos resultados dos cuidados de enfermagem.

A população alvo deste estudo foi constituída por 387 enfermeiros que exercem a sua actividade profissional no Hospital do Espírito Santo de Évora e por 35 enfermeiros do Centro de Saúde de Évora e Vendas Novas. O questionário foi distribuído a todos os enfermeiros, contudo responderam 227.

A validade de conteúdo do instrumento de colheita de dados foi aferida por um painel de especialistas.

O tratamento estatístico dos resultados centrou-se nas técnicas da distribuição de frequências, nas percentagens, medidas de tendência central, de dispersão e na análise de factorial de componentes principais. Procurou-se uma estratégia estatística que nos encaminhasse para os objectivos da investigação.

Procedemos à construção de categorias de respostas mutuamente exclusivas e à construção de escalas organizadas 1 a 5. Para a abordagem multivariada dos dados com a análise factorial dos componentes principais (AFCP) partiu-se para a criação de uma matriz de correlações entre as variáveis, seleccionadas segundo o critério de Listwise deletion. Foi verificado a adequação da análise factorial através do teste de esfericidade de Bartlett, tomando como critério o seu valor de significância ($p \leq 0,05$).

Quanto ao número de factores retidos, seguiu-se o critério de Kaiser, pelo que foram seleccionados aqueles que detêm como valores próprios (eigen value), valores superiores a um. Quanto à rotação dos factores para a máxima saturação das variâncias, seguiu-se o critério de Varimax (rotação ortogonal da matriz dos factores F), procurando obter-se um conjunto de factores que tivesse a maior capacidade de explicação da correlação variável-factor.

A fim de podermos fazer uma análise comparativa de resultados entre o centro de saúde e o hospital, houve necessidade de recodificação de algumas variáveis e de constituição de novas variáveis a partir dos factores identificados.

São apresentados os dados referentes à caracterização da amostra através de tabelas de distribuição de frequências e de medidas descritivas. Os dados foram analisados de forma quantitativa utilizando-se a análise factorial com recurso à aplicação SPSS-win.

No estudo empírico realizado foi considerado a variável dependente “a prática de enfermagem referenciada a modelos de enfermagem ou ao modelo biomédico”.

Assim, no que se refere aos dados relacionados com esta variável podemos constatar que grande parte dos enfermeiros inquiridos referiram que na sua prática profissional utilizavam um modelo de enfermagem como referência, mas em oposição apenas 3,4 % afirmam que se guiam pelo modelo biomédico. Um número ainda muito significativo de enfermeiros (27,1%) refere que não tem qualquer modelo como referencia nas suas práticas profissionais. Contudo um número ainda maior de enfermeiros (80,5%) considera ser necessário um modelo de referência na prática profissional, o

que nos indica que alguns dos enfermeiros que referiram não usar qualquer modelo nas suas práticas consideram-no necessário para essas mesmas práticas.

São sobretudo os enfermeiros mais novos que dizem usar modelos de enfermagem e os que menos usam o modelo biomédico ou “nenhum modelo” na sua prática profissional. A mesma tendência se verifica quando verificamos a relação da idade com a opinião que os inquiridos têm sobre a necessidade de utilização de um modelo na prática profissional. São sobretudo os enfermeiros mais novos que defendem esta necessidade. Os enfermeiros mais novos em regra apresentam uma maior disponibilidade para a renovação das práticas profissionais e uma maior abertura à mudança.

Nas quatro escalas construídas e analisadas verificámos que todas apresentam uma forte relação com os factores retidos (as comunalidades iniciais são iguais a 1 e as comunalidades após extração estão quase todas acima de 0,5. Assim podemos referir que os factores comuns que foram extraídos explicam quase toda a sua variância.

Através da análise factorial foram identificados os seguintes factores.

Influenciam as práticas segundo modelos de enfermagem:

- O desenvolvimento completo do processo de cuidados (apreciação, planeamento, execução e avaliação) – generalidades.
- A realização de formação para a prática de cuidados.
- O desenvolvimento da relação enfermeiro/utente/equipa.
- A disponibilidade e aceitação do utente.
- A relação específica do planeamento com a execução.

Influenciam as práticas segundo o modelo biomédico:

- As normas da organização e o diagnóstico médico.
- A relação doença e intervenção do enfermeiro na resolução de problemas.

Factores extrínsecos (centrados no contexto da acção) que poderão estar na origem de práticas não orientadas por modelos de enfermagem:

- Volume de trabalho e complexidade dos cuidados de enfermagem.
- A natureza académica das práticas segundo modelos de enfermagem o que complica a execução dos cuidados.
- A falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados.
- Ser considerado um método de trabalho desadequado para a organização.

Factores intrínsecos (centrados no enfermeiro) que poderão estar na origem de práticas não orientadas por modelos de enfermagem:

- A perda de poder e a ausência de formação formalizada sobre o assunto.
- A ausência de conhecimentos teórico/práticos sobre modelos de enfermagem.
- A falta de tempo e indiferença face aos resultados e às obrigações de natureza legal.
- Ser considerado uma fonte de conflito do enfermeiro com os outros membros do serviço/equipas.
- A desmotivação.

Verificámos que quase na sua totalidade os dados relacionados com os enfermeiros dos centros de Saúde apresentam valores de média, moda, mediana superiores aos dados tratados de uma forma global e também aos dados referentes à situação dos inquiridos no hospital, sendo os valores do desvio padrão quase na sua totalidade inferiores. Os resultados assim encontrados poderão revelar-nos que os enfermeiros dos Centros de Saúde apresentam nas suas práticas profissionais, os elementos atrás referidos relativamente mais fortes.

Assim, os dados ilustram que os enfermeiros do hospital perspectivam a enfermagem essencialmente com uma função reparadora, cujo alvo principal é a doença e a finalidade é curar a doença, em regra a enfermagem apresenta assim uma continuidade do trabalho médico, cujo alvo também é a doença e a finalidade última também é a cura. Os enfermeiros do centro de saúde estão mais desligados destas funções e mais ligados a aspectos relacionados com a promoção da saúde cujos alvos das intervenções de enfermagem são sobretudo os estilos de vida das famílias dos grupos e das comunidades.

Os Enfermeiros dos centros de saúde apresentam maior peso nos elementos de práticas profissionais mais relacionados com modelos de enfermagem do que os enfermeiros do Hospital.

ABSTRACT

The present report refers to an explanatory study related to the professional practices of nurses who work either in a hospital or a health centre. The starting question was as follows: "Which models do the professional practices of hospital and health centre nurses relate to?"

The following aims were thus defined for this study:

- To understand the dynamics of professional nursing practices.*
- To analyse how professional practices, nursing models and the biomedical model are linked.*
- To analyse the intervening factors in the professional dynamics related to the nursing or the biomedical model.*
- To propose strategies for studies which may contribute to other comprehensive studies of nurses' professional practices.*

The International Nurses' Council recognises the need to analyse the nursing care practices. It aims to achieve a classification of the clients' situations/conditions, which will justify the care, the interventions and the results of nursing care.

The target population of this study was composed of 387 nurses, who work in Hospital do Espírito Santo in Évora, plus 35 nurses who work in health centres in Évora and Vendas Novas. Although the questionnaire was distributed to all nurses, only 227 of them answered it.

A panel of specialists collated the validation of the content of the data-gathering instrument.

The statistic treatment of the results was based on the frequency distribution techniques, percentages, central tendency measures of diffusing, and a factorial analysis of the main components. The statistic strategy was chosen according to how well it would direct us towards our research objectives. We proceeded with the creation of certain categories with mutually excluding answers, and adopted a scale of 1 to 5. For a multivariate approach of the data with a factorial analysis of the main components (FAMC), we created a correlation matrix between the variables. These variables were selected according to the Listwise deletion criterion. Bartlett's sphericity test verified the adequacy of the factorial analysis, accepting as criterion its signification value ($p < 0.05$).

The Kaiser's criterion was applied to the number of retained factors. We therefore selected those whose own values (eigen value) were above one. As for the rotation of factors for a maximum variance saturation, we followed the Varimax criterion (orthogonal rotation of the F factors matrix). This way we attempted to obtain a set of factors, which would have a higher capacity to explain the correlation variable-factor.

In order to be able to make a comparative analysis between the results of the health centre and the hospital, we not only had to re-code some variables, but also had to create other variables from the identified factors.

Frequency distribution tables and description measures show the data regarding the characterisation of the sample. Next, this data was analysed in a quantitative way, by using the factorial analysis in SPSS-win.

In the empirical study performed, we considered the dependent variable to be "nursing practice alluded to nursing models or the biomedical model."

Hence, with regard to the data related to this variable, we can observe that the majority of the nurses enquired, mentioned the use of a nursing model reference in their professional practices. In contrast, a mere $\frac{3}{4}$ declared they followed the biomedical model. A significant number of nurses (27.1%) declared they did not use any reference model in their professional practices. However, more nurses (80.5%) consider it necessary to have a reference model in their professional practices. This indicated that some of the nurses that admitted not using any model in their practices also considered it necessary a aspect of those same practices.

It is mainly the younger nurses who say they use nursing models and who least use the biomedical model or even no model at all in their professional practice. The same tendency is observed when you look at the relationship between the age and the opinion that the people questioned have of the need for a model in their professional practices. Once again it is the younger nurses who defend this necessity. In general, younger nurses are both more available to the renovation of the professional practices and more open to change. All four scales created and analysed showed a strong relationship with the retained factors (the initial communalities are equal to 1, and after being extracted

these communalities are nearly always above 0.5). We can thus say that the common factors, which were removed, explain most of its variance.

The following aspect were identified by the factorial analysis.

They influence the different practices according to nursing models:

- The complete development of the caring process (judgement, planning, execution, and assessment) – generalities.
- The realisation of care practice training.
- The development of the nurse/user/team relationship.
- The user's availability and agreement.
- The specific relationship between planning and execution.

They influence practices according to the biomedical model:

- The organisation norms and the clinical diagnosis.
- The relationship between illness and the intervention of the nurse in the resolution of problems.

External factors (centred in the context of the action), which may be in the origin of the practices not directed by nursing models:

- Work volume and the complexity of nursing care.
- Academic nature of those practices according to nursing models, which complicates the execution of care.
- Lack of demand from those responsible for the care process.
- To be considered an inadequate organisation working method.

Internal factors (nurse centred), which may be in the origin of practices not directed by nursing models:

- Loss of power and the absence of formal training on the subject.
- Lack of theoretical/practical knowledge of nursing models.
- Lack of time and indifference towards the results and obligations of a legal nature.
- To be considered a source of conflict between the nurse and the other members of the service/teams.
- Lack of motivation

Most of the data related to the health centre nurses present an average to above average values in both the data treated in a global way and the data which refers to the situation of the subjects interviewed in the hospital; nearly all the values that deviate from the pattern are inferior to the others. Such results reveal that the above mentioned elements are stronger in the professional practice of health centre nurses.

The data illustrates that the nurses who work in a hospital view nursing as essentially a repairing function; its main target being illness and its end, curing the illness. Consequently, nursing presents itself as a form of continuity of the doctor's work, whose target is also illness and its ultimate end, the cure. Health centre nurses are less connected to these functions and more attached to the aspects concerning the promotion of health; their nursing interventions are mainly in the area of the lifestyles of the families, groups and communities.

Nurses who work in health centres, more so than those who work in hospitals, favour the professional practices closer to the nursing models.

AGRADECIMENTOS

O nosso percurso de formação e a nossa carreira profissional são sempre feitos com o apoio e as contribuições de professores, colegas, amigos e família. O presente trabalho sofreu todas estas influências, pelo que pretendo reservar este espaço para agradecer formalmente a todos os que tiveram influências directas e indirectas na realização deste trabalho de investigação.

Ao Professor Doutor Francisco Martins Ramos, que na qualidade de orientador deste trabalho sempre me demonstrou disponibilidade e apoio. As suas sugestões e ensinamentos foram cruciais para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Carlos Alberto da Silva pelo apoio, disponibilidade, pelos saberes que partilhou comigo, ajudando-me a dar forma e conteúdo a este trabalho.

Às enfermeiras e enfermeiros do Hospital do Espírito Santo de Évora e dos Centros de Saúde de Évora e Vendas Novas pela colaboração que me dispensaram, para desvendar um pouco das teias das práticas de enfermagem.

Ao Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora e Direcção do Centro de Saúde de Évora e Vendas Novas, pelas facilidades concedidas no trabalho de campo.

À Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus de Évora, pelas facilidades concedidas durante a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pelo estímulo que sempre me têm demonstrado, pela ajuda, disponibilidade e confiança que lhes mereci, com particular realce para a Prof.^a Ana Fonseca e Prof. Manuel Agostinho, que habitualmente me “aturam”. Reconheço que me foram dadas algumas formas específicas e peculiares de apoio, registadas ao sabor da maior estima e compreensão que jamais se esquecem.

Aos meus colegas de mestrado de uma forma especial a Dr.^a Carla Lã-Branca e Dr.^a Dulce Carrasqueira pelo apoio e amizade que me transmitiram.

À minha família pelo apoio incondicional que sempre me dedica.

A todos aqueles que directa ou indirectamente me concederam uma ajuda desinteressada e para quantos me vierem a comunicar as suas críticas, sempre desejáveis para uma melhoria do meu percurso pessoal e profissional.

INDÍCE

	Fls.
RESUMO	5
ABSTRACT	7
AGRADECIMENTOS	9
INDÍCE DE QUADROS	12
INDÍCE DE FIGURAS E DE GRÁFICOS.....	14
0 – INTRODUÇÃO	15
1 – A ENFERMAGEM COMO GRUPO SÓCIO-PROFISSIONAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	18
2 – A ENFERMAGEM: REVISITAR O PASSADO E ANALISAR O PRESENTE	28
2.1 – OS MODELOS CONCEPTUAIS	35
2.1.1 – O modelo biomédico – modelo tradicional para o exercício da enfermagem	36
2.1.2 – Os modelos de enfermagem	38
2.1.2.1 – Centrados na corrente humanista	39
2.1.2.2 – Centrados nas relações interpessoais	41
2.1.2.3 – Centrados na teoria dos sistemas	43
2.1.2.4 – Centrados na teoria dos campos de energia	44
2.1.2.5 – Classificação segundo Pearson e Vaughan	45
2.1.2.6 – As escolas segundo Kérouac	49
2.2 – AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM	56
2.3 – A INTERFERÊNCIA DA FORMAÇÃO E DAS ORGANIZAÇÕES NOS DESEMPENHOS PROFISSIONAIS	64
2.4 – A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	66
2.4.1 – Características gerais da Classificação internacional da prática de enfermagem	68
3 – OS DOIS CONTEXTOS DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS	71
3.1 – O HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO	71
3.2 – O CENTRO DE SAÚDE DE ÉVORA	73
3.3 – O CENTRO DE SAÚDE DE VENDAS NOVAS	74
4 – METODOLOGIA	77
4.1 - TIPO DE ESTUDO	80
4.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	81
4.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	84
4.4 – A FIDELIDADE INTERNA DAS ESCALAS	87
4.5 - PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DE DADOS	89
5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	92
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	95

5.2 – A NATUREZA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	106
5.3 – IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS PROFISSIONAIS ...	115
5.4 – O KAISER-MEYER-OLKIN (KMO) E O TESTE DE ESFERICIDADE DE BARTLETT	117
5.5 – AS COMUNALIDADES	119
5.6 – OS FACTORES RETIDOS E A VARIÂNCIA TOTAL EXPLICADA	119
5.7 – AS PRÁTICAS RELACIONADAS COM MODELOS DE ENFERMAGEM	120
5.8 – AS PRÁTICAS RELACIONADAS COM O MODELO BIOMÉDICO	121
5.9 – OS FACTORES EXTRÍNSECOS	122
5.10 – OS FACTORES INTRÍNSECOS	123
5.11 – A MATRIZ DAS COMPONENTES APÓS ROTAÇÃO	126
5.12 – A COMPARAÇÃO DOS CASOS PARTICULARES DO HOSPITAL E CENTRO DE SAÚDE	133
6 – CONCLUSÕES	143
7 – SUGESTÕES	159
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
 ANEXOS	
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	169
ANEXO 2 – DECRETO-LEI 437/91 DE 8 DE NOVEMBRO	177
ANEXO 3 – DECRETO-LEI N.º 161/96 DE 4 DE SETEMBRO.....	197
ANEXO 4 – DECRETO-LEI N.º 412/98 DE 30 DE DEZEMBRO	202
ANEXO 5 – DECLARAÇÃO DE MUNIQUE	211

INDÍCE DE QUADROS

	Fls.
Quadro n.º 1 – Modelo de enfermagem versus modelo biomédico	58
Quadro n.º 2 – Tipos de situações encontradas em alguns serviços de saúde que caracterizam a forma como os enfermeiros estão na profissão	60
Quadro n.º 3 – As concepções de enfermeira segundo alberdi castell	62
Quadro n.º 4 – Estudo do α - Cronbach das escalas	88
Quadro n.º 5 – Distribuição da população pelos diferentes serviços ou Unidades do Hospital do Espírito Santo de Évora	93
Quadro n.º 6 – Distribuição da população pelos Centros de Saúde	94
Quadro n.º 7 – Locais de recolha de dados, volume da população e da amostra	95
Quadro n.º 8 – Distribuição dos elementos amostrais segundo o sexo, idade e pertença a associações profissionais ou sindicais	96
Quadro n.º 9 – Distribuição de enfermeiros por cursos	97
Quadro n.º 10 – Anos de conclusão dos respectivos cursos	97
Quadro n.º 11 – Cursos a frequentar ou concluídos	98
Quadro n.º 12 – Situação e mobilidade laboral	99
Quadro n.º 13 – Situação na profissão e na organização	100
Quadro n.º 14 – Classificação das actuais condições de trabalho	101
Quadro n.º 15 – Necessidade de melhoria das condições de trabalho na organização e aspectos onde intervir	101
Quadro n.º 16 – Método de distribuição de trabalho	105
Quadro n.º 17 – Qualidade dos cuidados	106
Quadro n.º 18 – Caracterização da variável dependente	107
Quadro n.º 19 – Formação relacionada com modelos de enfermagem	107
Quadro n.º 20 – Relação da Idade com a utilização de modelos na prática profissional	108
Quadro n.º 21 – Relação da Idade com a necessidade de utilizar um modelo de referência	109
Quadro n.º 22 – Relação da categoria profissional com a utilização de modelos	109
Quadro n.º 23 – Relação da categoria profissional com a necessidade de utilizar um modelo de referência	110
Quadro n.º 24 – Relação do ano de conclusão do curso de enfermagem com a utilização de modelos	112
Quadro n.º 25 – Relação do ano de conclusão do curso de enfermagem com a necessidade de utilização de um modelo	113

Quadro n.º 26 –	Relação do ano de conclusão do curso de especialização em enfermagem com a utilização de modelos	114
Quadro n.º 27 –	Relação do ano de conclusão do curso de especialização em enfermagem com a necessidade de utilizar um modelo	115
Quadro n.º 28 –	Avaliação do KMO	117
Quadro n.º 29 –	Valores de KMO - gerais	118
Quadro n.º 30 –	Teste de esfericidade de Bartlett	118
Quadro n.º 31 –	Práticas relacionadas com modelos de enfermagem	120
Quadro n.º 32 –	Práticas relacionadas com o modelo biomédico	120
Quadro n.º 33 –	Factores extrínsecos	123
Quadro n.º 34 –	Factores intrínsecos	124
Quadro n.º 35 –	Variância total explicada pelos factores	125
Quadro n.º 36 –	Factores e Bloco de variáveis - Práticas relacionadas com modelos de enfermagem	127
Quadro n.º 37 –	Factores e Bloco de variáveis - Práticas relacionadas com o modelo biomédico	128
Quadro n.º 38 –	Factores e Bloco de variáveis - factores extrínsecos	129
Quadro n.º 39 –	Factores e Bloco de variáveis - Factores intrínsecos	131
Quadro n.º 40 –	Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares (hospital e centro de saúde)	134
Quadro n.º 41 –	Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares do hospital e do centro de saúde por factores: práticas segundo modelos de enfermagem	136
Quadro n.º 42 –	Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares do hospital e do centro de saúde por factores: práticas segundo o modelo biomédico.....	137
Quadro n.º 43 –	Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares do hospital e do centro de saúde por factores: Factores extrínsecos	139
Quadro n.º 44 –	Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares do hospital e do centro de saúde por factores: Factores intrínsecos	141

INDÍCE DE FIGURAS E DE GRÁFICOS

	Fls
FIGURAS	
Figura n.º 1 – As grandes correntes de pensamento segundo Kérouac	34
Figura n.º 2 – Cronologia das concepções de enfermagem, segundo o agrupamento em escolas	54
GRÁFICOS	
Gráfico n.º 1 – Práticas relacionadas com modelos de enfermagem	121
Gráfico n.º 2 – Práticas relacionadas com o modelo biomédico	122
Gráfico n.º 3 – Factores extrínsecos	123
Gráfico n.º 4 – Factores intrínsecos	125

0 - INTRODUÇÃO

O meu papel como interveniente na formação inicial, o reconhecimento da influência determinante desta formação para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade e ainda a percepção de que actualmente a filosofia que orienta a prática de cuidados de enfermagem está a afastar-se do que é preconizado pela formação, foram motivos que me levaram a realizar um estudo que me permita conhecer a ligação das práticas profissionais dos enfermeiros a modelos de enfermagem ou ao modelo biomédico.

Os modelos teóricos de enfermagem são actualmente ensinados nas Escolas Superiores de Enfermagem em virtude do que é preconizado no Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, art.º 7º que determina o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista, mais tarde reforçado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e ainda pelo Decreto-Lei 161/96 que aprova o Regulamento do Exercício Profissional de enfermagem. Estes diplomas legais explicitam o princípio de que a identificação da necessidade de cuidados de enfermagem é sempre através de um modelo teórico de enfermagem.

Do conhecimento que temos da realidade não me parece que as práticas profissionais sejam orientadas por modelos de enfermagem, pelo que me surgiram algumas questões no início deste estudo.

Se assim se preconiza nos referidos diplomas porque é que efectivamente não se aplicam na realidade?

Se nas Escolas Superiores de Enfermagem se ensinam, porque é que não se aplicam nos hospitais e centros de saúde?

Se os teóricos de enfermagem defendem os modelos de enfermagem como formas orientadoras indispensáveis da prática profissional, porque é que efectivamente não se seguem nessa mesma prática?

Se os quadros conceptuais dos hospitais, em regra, apontam para que as práticas estejam relacionadas com os referidos modelos teóricos, porque é que de facto as práticas profissionais não se guiam por modelos já estudados?

Será que existem razões de ordem organizacional que o impedem?

Será que existem razões que têm a ver com a formação, que o impedem?

Será que existem razões de acomodação a uma prática profissional dependente de outros grupos profissionais que a tornam menos segura, menos consistente?

A tradição de normalização e da rotinização na prática profissional e a pouca reflexão sobre essa mesma prática não são factores impeditivos de práticas profissionais segundo modelos de enfermagem?

As condições de trabalho são impeditivas? As remunerações não satisfazem? O desenvolvimento da profissão ainda não atingiu um nível para que as práticas possam ser efectivamente guiadas por modelos de enfermagem em Portugal? Existe já uma clarificação da natureza da prática de enfermagem? Os enfermeiros falam todos a mesma linguagem?

Os factores impeditivos dessas práticas profissionais serão relacionados, com a formação, com a cultura, com as regras, a forma de trabalhar não só dos enfermeiros, mas dos serviços de saúde, com a organização hospitalar, com a Região de saúde, com as Escolas de enfermagem?

A enfermagem é uma actividade hereditária de um passado cheio de tradições, regras morais, deveres, representações e rituais que “emerge hoje envolta num processo de simbiose da tradição e modernidade, onde os seus actores viveram e vivem experiências únicas de práticas profissionais” (Mendes 1997:7).

Sobre as práticas profissionais Maria Teresa Rebelo no seu artigo sobre os *discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais*, aponta como uma das prioridades actuais a necessidade de se analisarem as práticas e questiona-se também porque é que dentro da profissão só têm tido voz determinados grupos e outros não? Porque é que os prestadores de cuidados, que são a grande maioria, são aqueles que habitualmente têm menos voz na profissão? Porque é que são as escolas de enfermagem e as associações profissionais que se configuram como espaços privilegiados de construção e reprodução da enfermagem ideal? E assim sendo, se os que têm o poder de fazer os discursos sobre a profissão são os que estão longe dos cuidados de enfermagem, não ficarão por esclarecer uma série de questões fundamentais para a própria profissão?(Rebelo 1996).

Assim, e no decurso das questões levantadas nesta introdução a pergunta de partida é a seguinte: ***“A que modelos estão ligadas as práticas profissionais dos enfermeiros do Hospital e do Centro de Saúde?”***.

Pelo exposto, configura-se que a análise das práticas é um dos meus objectivos, contudo essa análise é sempre complexa e muito ampla pelo que tive necessidade de delimitar o tema, a uma pergunta de partida como guia da própria investigação e aos aspectos a que os objectivos a seguir referidos revelam.

São **objectivos** deste estudo:

- Compreender a dinâmica das práticas profissionais de enfermagem.
- Analisar as ligações das práticas profissionais a modelos de enfermagem e ao modelo biomédico.
- Analisar factores intervenientes nas dinâmicas profissionais relacionadas com modelos de enfermagem ou com o modelo biomédico.
- Propor estratégias para estudos que contribuam para pesquisas aprofundadas relacionadas com as práticas profissionais dos enfermeiros.

1 - A ENFERMAGEM COMO GRUPO SÓCIO-PROFISSIONAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O campo de intervenção prioritário deste grupo profissional são os serviços hospitalares ou de saúde comunitária, serviços ou unidades de produção de cuidados de saúde, que congregam muitos outros grupos profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas onde a análise desta mesma produção de cuidados de saúde numa lógica de relação entre os grupos sócio-profissionais tem sido objecto de variados estudos no domínio das ciências sociais.

A complexificação técnica dos cuidados de saúde, decorrente da institucionalização da moderna medicina científica, como a consequente complexificação administrativa e a burocratização organizacional do sistema hospitalar, vão requerer da enfermagem e dos restantes grupos profissionais, responsabilidades e competências mais exigentes e consequentemente maiores níveis de formação para o desenvolvimento das profissões que desempenham, assim como maiores capacidades para responderem adequadamente aos níveis de cuidados que as populações actualmente exigem.

Segundo Petitat, o movimento de profissionalização da enfermagem emerge no virar do século e tem origem num novo corpo de saberes, baseado na ciência moderna em ruptura com a tradição oral empírica. As escolas de enfermagem são o garante da informação científica formal que faltava às gerações precedentes. O diploma é sinónimo de competência moderna e promessa de cuidados de qualidade, por oposição aos cuidados empíricos suspeitos de ignorância. O movimento de profissionalização tem raiz na negação progressiva dos saberes tradicionais. As descobertas da ciência, no campo da medicina, contribuem para a aceitação da ideia que uma boa formação científica é a melhor garantia de cuidados eficazes (Petitat 1989).

São precisamente as questões relacionadas com a formação e

sua certificação, e o monopólio do campo de actividade que vão estar no centro de acção das associações que pretendem ver reconhecido à enfermagem o estatuto de profissão.

O reconhecimento da enfermagem como profissão preocupou, desde muito cedo, as enfermeiras. O movimento parte de Inglaterra, mas em breve se estende aos Estados Unidos e a outros países e continentes.

Em 1888, a “British Nurses Association” inicia uma campanha com o fim de obter o reconhecimento oficial da enfermagem como profissão. Esta associação, liderada por Ethel Fenwick, enfermeira activamente ligada a organizações internacionais feministas, pretendia sobretudo, que a enfermagem se tornasse uma profissão organizada e controlada pelas próprias enfermeiras e independente da autoridade exercida pelas administrações dos hospitais sobre toda a estrutura de enfermagem, desde o treino até às condições de trabalho. Para atingir os seus objectivos reclamava uma formação com a duração de três anos, com um currículo uniforme e exame final perante um júri independente, condição indispensável para inscrição num registo, na sequência do qual seria concedida a licença de prática (à semelhança do que já existia para a medicina), e um órgão autónomo, centralizado, com poder de decisão sobre os assuntos da enfermagem, e representação maioritária de enfermeiras. Este movimento conquistara apoio em certos sectores de médicos mas tinha a oposição dos hospitais e de algumas organizações médicas e, também, de alguns grupos de enfermeiras. Florence Nightingale, até à sua morte, em 1910, sempre se manifestou contra.

Anne Witz, ao analisar o processo de profissionalização da enfermagem em Inglaterra, considera que a relação entre o género e a profissionalização não tem sido suficientemente estudado pela sociologia das profissões quando refere a necessidade de dar um género aos agentes de projectos profissionais, que estão posicionados, não só nas relações de classe mas também dentro de relações de género de domínio e subordinação. No entanto, também é necessário localizar estes projectos historicamente, no interior dos

parâmetros estruturais do capitalismo patriarcal, para se poderem desenvolver mais investigações acerca da profissionalização como uma estratégia ocupacional, e para estabelecer a importância do género, tanto para a compreensão da forma, como do resultado destas estratégias (Witz 1992).

Noémia Lopes afirma no entanto que foi com a reforma de F. Nightingale, 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, que se viria assim a constituir uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade de enfermagem enquanto grupo sócio-profissional (Lopes 1994).

Collière no entanto refere que é à volta do “papel da enfermeira” que se constrói todo o processo de profissionalização, “quer seja pela formação, o reconhecimento jurídico do exercício profissional, os órgãos representativos, as publicações, a profissão determina-se em volta da pessoa da enfermeira que serve de garantia à prática de cuidados com a qual se confunde” (Collière 1982: 107).

Apesar do sucesso total ou parcial do processo de profissionalização conduzido por enfermeiras em diferentes países, a questão sobre se a enfermagem é ou não uma profissão, permaneceu durante muito tempo em aberto por duas razões fundamentais: a autonomia e o corpo de saberes, próprio, específico, autónomo relativamente a outros domínios do conhecimento.

Os trabalhos produzidos no âmbito da sociologia das profissões lançaram esta questão e criaram um polo de discussão que se mantém nos dias de hoje.

O conceito de profissão não se adequa à enfermagem, diz Freidson, e como muitas outras ocupações relacionadas com a medicina, é uma “semi-profissão”. A enfermeira está numa posição de subordinação, tanto ao médico como à administração do hospital em que trabalha; por outro lado, e porque é mulher, não conseguiu libertar-se do seu papel maternal, determinado pelo sexo, e o seu

comprometimento com a profissão é suplantado pela aspiração ao casamento. A enfermagem “é desempenhada numa divisão de trabalho de grande complexidade, especialmente no diagnóstico e tratamento, na qual a profissão médica ocupa uma posição dominante e onde não há lugar para a discricionariedade da enfermeira” (Freidson, 1986: 165).

Segundo Freidson o principal atributo de uma profissão é a autonomia, que se concretiza na capacidade de controlo sobre o conteúdo e os termos do seu trabalho, sendo a maior parte dos atributos das profissões, tanto consequência como condição para a obtenção dessa autonomia. A formação, controlada pela profissão, dada numa escola profissional, com um currículo que inclua um conteúdo teórico específico, que legitime a existência de um dispositivo legal para o monopólio do exercício, e um código de ética, formal ou informal, que garanta o crédito social, são condições importantes para a autonomia da profissão. Numa tão complexa divisão de trabalho como é o caso das instituições de saúde, acrescenta Freidson, só a medicina tem verdadeira autonomia, pois tem autoridade para dirigir e avaliar o trabalho dos outros sem que por seu lado, seja avaliado por eles, autonomia que é sustentada pelo domínio do seu saber, na divisão do trabalho (Freidson 1970).

A enfermagem, diz também Freidson tem uma aparente autonomia porque tem controlo sobre a formação e porque tem os seus serviços nos hospitais, mas não deixa por isso de ser uma actividade que se exerce na dependência de uma autoridade exterior, “só pode atingir o grau de autonomia própria de uma profissão se controlar um domínio da actividade separado do campo da medicina e em que a sua prática não exija o contacto diário com o médico nem o recurso à sua autoridade” (Freidson 1984: 79).

Esta relação de subordinação ao poder médico e à organização, no hospital ou no centro de saúde é também evidenciada por Carapinheiro quando analisa a organização da divisão do trabalho nos serviços.

Para Carapinheiro a análise da produção de cuidados

desdobra-se na análise da organização da divisão do trabalho no serviço.

Nesta abordagem a noção de acto médico é central, pois é a partir dela que se estabelecem os princípios da divisão de tarefas entre as diferentes categorias sócio-profissionais.

O princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre comando e execução, ou seja, a oposição entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas, concretizando-se na existência de duas hierarquias funcionais pela atribuição de critérios de qualificação técnica, à qual corresponde um sistema de estratificação social do pessoal do serviço. Significa que entre médicos e enfermeiros, com funções distintas no acto médico, desenvolve-se mais uma relação de dominação/subordinação do que uma relação de cooperação, aliás já explicitada pela organização do espaço físico e respectivos elementos simbólicos, traduzindo a separação profissional no contexto de uma relação de superioridade da hierarquia funcional médica sobre a hierarquia funcional de enfermagem (Carapinheiro 1993).

Num serviço de medicina ou de cirurgia, organizado segundo uma linha tradicional de cuidados, o trabalho do pessoal médico e de enfermagem caracteriza-se pela produção de cuidados polivalentes, pela oposição comando/execução na organização da divisão do trabalho e por o sistema de trabalho ser de tipo profissional, ou seja, médicos e enfermeiros controlam a produção de cuidados, sendo assegurado pelos médicos o acto médico propriamente dito e pelos enfermeiros a administração do tratamento.

Neste sentido o trabalho de elaboração do diagnóstico depende ainda fundamentalmente de raciocínios médicos, particulares e individualizados, em que os exames de radiologia e biologia são apenas complementares e secundários relativamente ao diagnóstico clínico, pelo menos na perspectiva das chefias médicas que coordenam directamente o trabalho médico nas enfermarias (Carapinheiro 1993).

Evidentemente que os enfermeiros quiseram afastar-se desta lógica de análise de subordinação aos poder médico. Sendo sobretudo Collière a demarcar-se destas posições, embora reconheça que na história da profissão esta subordinação foi evidente por largos períodos de tempo.

Nenhum corpo de ofício, nenhuma profissão tem razão de existir se não pode justificar a prestação de um serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade para o prestar. Para que possa haver um efectivo reconhecimento dos cuidados de enfermagem como tais, as enfermeiras e enfermeiros dos nossos dias têm que demonstrar que os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço esse que não é coberto por outros grupos profissionais. O que dá legitimidade a uma profissão, como a qualquer classe institucional, é “o facto acessível ao exame crítico de que é insubstituível”. Não será difícil fazer a prova de que “a profissão de enfermagem tem uma identidade que lhe é própria, tanto pelo campo de competência que cobre, como pelo processo de cuidados que propõe, bem como por uma clarificação da natureza do poder dos cuidados de enfermagem, dos seus limites e das suas dimensões sociais, económicas e políticas” (Collière 1989:284).

Se os utilizadores dos cuidados, podem recorrer aos métodos de diagnóstico e de tratamento, que proporciona uma medicina hiperespecializada no despiste de alterações orgânicas e psíquicas, pelo contrário, têm cada vez menos garantias de encontrar aquilo que lhes possa permitir iniciar-se, eles próprios em toda a espécie de cuidados de manutenção da vida, ontem aprendidos por tradição cultural, hoje esquecidos, ou beneficiar daquilo que é indispensável à manutenção da sua vida quotidiana se estão doentes, bem como descobrir como compensar, com os seus meios e os daqueles que os rodeiam, a diminuição de autonomia a que têm de fazer frente. *O campo de competência dos cuidados de enfermagem deixou-se abordar, invadir e, depois, absorver pelo campo da prática médica,*

pelo menos como domínio explicitamente reconhecido da prática de cuidados (Collière 1989).

No entanto, há mais de cem anos que Florence Nightingale demonstrou, nas enfermarias militares de Scutari e depois no St. Thomas Hospital, em Londres, que distribuir medicamentos e fazer pensos de feridas não seria suficiente para assegurar a sobrevivência dos doentes, mas era necessário *desencadear tudo o que mobiliza a sua energia, o seu potencial de vida*. De facto, Florence Nightingale situa os cuidados de enfermagem em toda a linha tradicional das práticas dos cuidados assegurados pelas mulheres mas explicitando, verbalizando, revelando no que consistem, e dando-se conta de que, com a evolução das tecnologias de reparação, as modificações económicas e sociais da era industrial os cuidados quotidianos e habituais prestados pelas mulheres deixavam de ser evidentes: “Nem todas as mulheres são (espontaneamente) boas enfermeiras”, Como os cuidados não são já transmitidos por herança cultural, torna-se necessário aprendê-los. É então que Florence Nightingale especifica o campo de competência dos cuidados de enfermagem, tanto no domicílio como no hospital, como dependendo de algo completamente diferente daquilo que os sintomas da doença poderiam deixar prever, mas aparentando-se às condições que ocasionam esses sintomas ou que os favorecem quando se adoecer, condições sobre as quais é possível agir.

A acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente. A cento e vinte anos de distância, o campo de competência dos cuidados de enfermagem permanece o mesmo, como outras enfermeiras, utilizando os conhecimentos da sua época, foram demonstrando, regularmente, ou como o provaram equipas de enfermagem ou, em alguns países, o conjunto do grupo profissional, contribuindo, directamente, para o acesso, desses países, ao mais alto nível da saúde pública. A Finlândia é disso um exemplo (Collière 1989).

A maior parte das vezes o campo de competência da enfermagem ainda tem de ser encontrado, justificado, pelo menos provado a um nível que ultrapassa a expressão individual ou de equipas isoladas, para se tornar a expressão de grupos profissionais e, progressivamente, da profissão; o que significa tornar perceptível o campo de competência da enfermagem, aprender a situá-lo face às outras práticas profissionais e em relação ao campo institucional, considerando, ao mesmo tempo, as dificuldades encontradas para as ter em conta, e as não minimizar.

O campo de competência da enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado pelos que os cercam. Exerce-se por ocasião de determinadas circunstâncias da vida, e/ou quando há insuficiência de recursos do meio, por isso é sujeito a oscilações e à necessidade de ajustamentos.

Torna-se muitas vezes difícil situar o campo de competência da enfermagem dado que este se sobrepõe ao dos utilizadores, de que é um prolongamento, um suplemento. Assim, “o campo de competência da enfermagem não pode deixar de ser confuso e arbitrário se não houver clarificação do tipo de substituição a fazer, tendo, simultaneamente, em consideração tudo o que situa a pessoa em relação à complexidade, à gravidade do seu estado, e às capacidade e recursos dos que o cercam para as suprimir” (Collière 1989:286).

O campo de competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio. Assim, duas pessoas podem ter o mesmo problema com uma gravidade comparável, mas enquanto uma tem necessidade de cuidados de enfermagem, a outra não precisa, devido à sua idade, aos recursos e possibilidades do meio, à habitação. E, por exemplo, possível que,

para a mesma limitação — uma fractura de perna com gesso, seja necessário assegurar a uma pessoa de idade, cuidados de enfermagem, compensando todas as actividades indispensáveis que deixou de poder fazer, como certos cuidados de higiene, ajuda para se levantar, vestir, etc., enquanto que o mesmo não será necessário, ou apenas parcialmente, se essa mesma pessoa tiver uma família que possa ajudar, ou pode não haver necessidade nenhuma se se tratar de um jovem. Assim, o que determina a necessidade de assegurar cuidados de enfermagem não se pode ligar, unicamente, a maior ou menor gravidade de uma doença, de uma limitação, consideradas isoladamente, mas à inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa, no período da trajectória de vida em que se situa, às dos que a cercam e do seu ambiente e à limitação ou dificuldade de que sofre ou às consequências funcionais das lesões devidas à doença (Collière 1989).

O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes. A competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir.

Quando não há doença, deficiência ou acidente, mas há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior (nascimento de um primeiro filho, período de crise, adaptação a uma nova cultura, etc.), o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe (Collière 1989).

Reconhecem os mais diversos autores que qualquer campo de competência, em qualquer profissão, exerce-se muitas vezes em

inter-relação com outros grupos profissionais, é isso que se passa efectivamente no campo da saúde e de forma particular com a enfermagem. O seu campo de competências situa-se em inter-relação com o campo de competência dos utilizadores e dos médicos, partilhando zonas comuns, com cada um deles.

2 - A ENFERMAGEM: REVISITAR O PASSADO E ANALISAR O PRESENTE.

A enfermagem desempenha hoje uma função social de primordial importância na área da saúde, função que ao longo dos anos se veio consolidando e diferenciando como resultado de uma actividade que tem trazido grandes benefícios ao homem nos momentos mais difíceis da existência da humanidade. As grandes divergências de pensamento sobre aquilo que é hoje a essência da prática profissional, são o resultado das circunstâncias que têm acompanhado a sua evolução ao longo da história da humanidade.

Verificou-se que com a formação em Escolas de Enfermagem desde 1878, “a enfermeira tornou-se o pivot do movimento de profissionalização da profissão de enfermagem” (Collière 1989:79).

Para Collière considera-se necessário interrogar a história e em particular, a história das mulheres que prestam cuidados, para se compreender a prevalência do papel da enfermeira no acto de prestação de cuidados de enfermagem.

É a partir da história das práticas de cuidados, vividas e transmitidas pelas mulheres que se construiu o papel social de cuidar. Ao longo dos tempos encontramos três grandes modos de identificação do papel da mulher que presta cuidados e que constituem três grandes marcos para o estudo da evolução das práticas profissionais:

“- Identificação da prática de cuidados com a *mulher*, desde os tempos mais recuados da história da humanidade, até à idade média, na sociedade ocidental. O papel seria a expressão das práticas de cuidados elaboradas a partir da fecundidade e moldadas pela herança cultural da mulher que ajuda;

- Identificação da prática de cuidados com a *mulher consagrada*, desde a idade média até ao fim do séc. XIX. O papel era prescrito pelas regras conventuais, que ditam as condutas e os

comportamentos da mulher consagrada;

- A identificação da prática de cuidados com a *mulher auxiliar do médico*, do princípio do séc. XX até aos anos sessenta. O papel de enfermeira ao laicizar-se, influenciado pelo desenvolvimento da técnica, reveste-se de dois aspectos: o papel moral e o papel técnico. Quer a formação, quer o reconhecimento jurídico da actividade centra na pessoa da enfermeira a definição da própria profissão” (Collière 1989:19).

Segundo Collière os efeitos das descobertas do fim do séc. XIX, no domínio da física e da química, ao aplicarem-se à medicina permitem a evolução desta em processos mais complexos de diagnosticar e de tratar as doenças. Foi a partir daqui que a concepção dos cuidados se modificou radicalmente, dado a necessidade dos médicos passarem a delegar algumas tarefas que habitualmente executavam. A delegação dessas tarefas caiu na enfermeira que adquire a partir dessa altura o papel de auxiliar do médico (Collière 1989).

Começou assim a despertar um novo modelo, o de auxiliar de médico, preparando o material necessário à prática médica, assegurando os cuidados prescritos e as tarefas delegadas e assim foi a pouco e pouco entrando em contacto com o conhecimento médico, contudo não se abandonou o modelo antigo, vindo da mulher consagrada, assistindo-se no entanto à coexistência dos dois modelos. Assim “a prática de enfermagem passa a emergir através de duas fontes que estão em interacção recíproca chama uma dupla filiação: a filiação conventual e a filiação médica” (Collière 1989:79).

Durante todo este percurso na prática da enfermagem, chegámos ao momento em que emergem duas ideologias distintas que serviram de base às questões relacionadas com a identidade profissional:

- “a ideologia que se inspira as motivações profissionais, fortemente ligadas a uma concepção idealizada e baseada em

valores tais como vocação, dever, dedicação, carinho, caridade. Num estudo de 1967 em que Collière se baseou para diferenciar as ideologias refere-se que nesta época um terço das enfermeiras diz ter escolhido esta profissão por ideal, atraídas pela beleza moral desta actividade ou por uma vocação;

- a ideologia que deriva da tecnicidade, que se encontra ligada às circunstâncias do desempenho profissional e ao crescente interesse por contextos onde os cuidados assumem grande complexidade como por exemplo cuidados intensivos, urgências hospitalares e outros. A enfermeira assume-se neste campo como uma profissional que domina cada vez mais o corpo de conhecimentos próprios da medicina” (Mendes, 1996:23).

Foi neste contexto da história da enfermagem que surgiu a aderência das enfermeiras ao modelo biomédico, dado que as enfermeiras rapidamente começaram a desejar um modelo de identificação muito próximo do modelo médico.

Refere no entanto Ribeiro que “de Nightingale a Henderson, a busca da especificidade do conteúdo da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais, uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnicos próprios e a outra com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais: uma atitude de ajuda e substituição do utente” (Ribeiro 1995:14).

É na junção destas duas componentes que se projecta uma prática profissional com autonomia para que o contributo social e económico dos cuidados de enfermagem seja relevante para a sociedade.

Vários autores de produções escritas sobre enfermagem como Orem, Henderson, Roper entre outros, apontam para diferentes concepções sobre a enfermagem como formas diferentes de conceber um serviço específico que os enfermeiros prestam à sociedade.

Refere Kérouac que quando uma concepção deste tipo é completa e explícita, é chamada de modelo conceptual.

Kérouac descreve de outra forma a evolu o da enfermagem tendo em conta as influências que esta profissão ia sofrendo ao longo dos tempos.

Desde muito cedo que os enfermeiros procuram o seu próprio domínio de investiga o e de prática profissional, procurando conceitos que descrevem o domínio do seu campo de actividade. Kérouac atribui a Fawcett, Flaskerude e Halloran, a procura de conceitos comuns nos teóricos de enfermagem. Estes autores encontraram de forma explícita ou por vezes de forma implícita os conceitos de cuidados, pessoa, saúde e ambiente. Contudo   na forma como estes conceitos se relacionam que se clarifica o campo da disciplina de enfermagem (Kérouac 1994).

No contexto das ciências de enfermagem, os autores propõem uma terminologia específica, a que chamam paradigmas, tendo em conta a sua influência nas concep es da evolu o do saber em enfermagem. Assim referem-se ao paradigma da categoriza o, da integra o e da transforma o, que correspondem a uma evolu o de correntes de pensamento, desde 1850 até ao Séc. XX.

No **paradigma da categoriza o** os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos, considerados como elementos isoláveis ou manifesta es simplificadas. Aplicado no contexto da saúde este paradigma orienta o pensamento para a procura de um factor causal da doença, por exemplo, o isolamento de bactérias diferenciadas permitiu classificar e associar estas bactérias a sinais e sintomas de doenças no ser humano. Este paradigma inspirou duas orienta es da profissão de enfermagem. A primeira para a saúde pública (1850-1900), pela grande necessidade de melhorar a saúde em geral combatendo as doenças infecciosas. A fun o dos enfermeiros estava ligada sobretudo ao ensino às popula es sobre as formas de preven o das doenças, uma vez que as pessoas ignoravam as precau es mais elementares. Foi neste contexto que Nightingale institucionalizou a forma o em enfermagem. A forma o tinha como objectivo proporcionar às enfermeiras as competências para poderem ajudar a pessoa (doente

ou não) a melhorar o ambiente para que as forças da natureza pudessem ter um papel importante no combate à doença e na manutenção da saúde (Kérouac 1994).

A orientação para a doença surge no fim do Séc. XIX e vai até 1950. Surgiu num contexto marcado pela necessidade do controle das infecções. A erradicação das doenças transmissíveis foi uma das prioridades dos anos 1900 a 1950, surgiram os diagnósticos médicos relacionados com a associação de sintomas observados a partir de deficiências biológicas. As doenças psíquicas foram consideradas como uma realidade independente do ambiente, da sociedade e da cultura. A saúde é considerada como a ausência de doença. Os cuidados de enfermagem são orientados para os problemas, as deficiências ou incapacidades das pessoas. Neste contexto surgiram zonas problemáticas no que se refere à delimitação de competências em relação à profissão médica. Os cuidados de enfermagem passaram a estar estreitamente ligados à prática médica e são orientados para a cura das doenças. Os conhecimentos da área médica foram introduzidos no ensino de enfermagem (Kérouac 1994).

O **paradigma da integração** (1950 – 1975) prolongou o paradigma da categorização, reconhecendo os elementos e as manifestações de um fenómeno integrando o contexto em que o fenómeno se situava, por exemplo, existem muitos factores que não só influenciam a reacção da pessoa que contrai uma infecção, como também influenciam a sua resposta ao tratamento.

Este paradigma inspirou a orientação da enfermagem para a pessoa. Esta orientação é marcada por dois factos principais: a emergência de programas sociais e o desenvolvimento dos meios de comunicação. Os graves problemas de saúde que afectavam ciclicamente as populações antes da descoberta dos antibióticos e o sofrimento causado pelas duas guerras mundiais fizeram emergir uma consciência colectiva de reconhecimento da importância da pessoa no seio da sociedade.

Os cuidados de enfermagem surgem ligados à manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões: física, mental e social. A

enfermeira avalia as necessidades de ajuda da pessoa em todas estas dimensões e projecta a sua intervenção para a promoção do bem estar e da saúde das pessoas, tendo em conta os avanços tecnológicos e os recursos disponíveis que contribuem para um sistemático aumento da dignidade do ser humano (Kérouac 1994).

Foi neste contexto que surgiram os modelos conceptuais para orientarem as praticas de cuidados, a formação e a investigação em enfermagem. A orientação para a pessoa caracteriza-se pelo reconhecimento de uma disciplina de enfermagem distinta da disciplina médica.

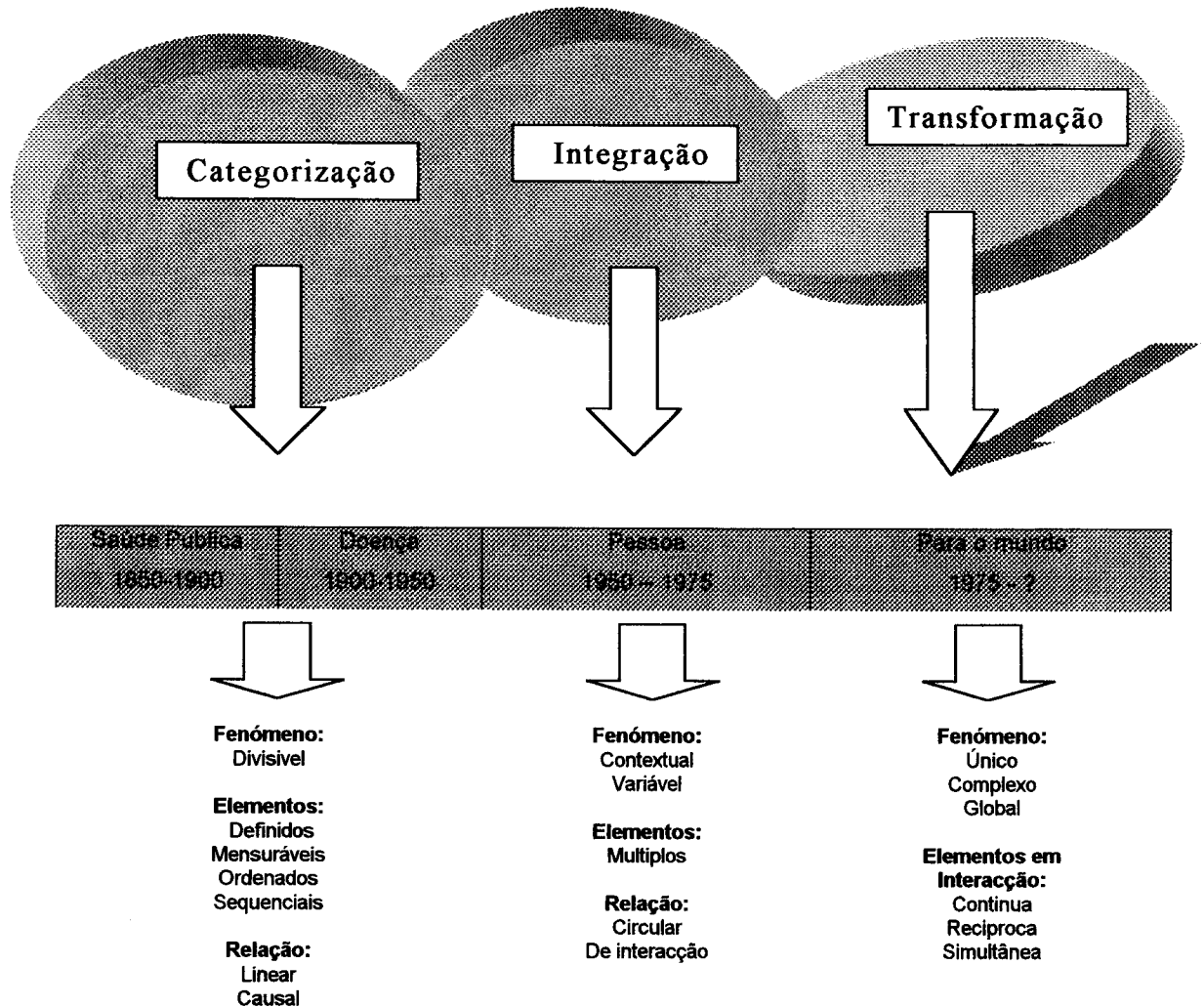
O **paradigma da transformação** (desde 1975) representa uma mudança radical na evolução do conhecimento. Em condições de mudança contínua e de não equilíbrio, a interacção de fenómenos complexos é considerada como o ponto de partida duma nova dinâmica ainda mais complexa. Este paradigma é a base da abertura das ciências de enfermagem ao mundo.

Em 1978 a conferencia internacional sobre cuidados de saúde primários sublinhou a necessidade de proteger e de promover a saúde de todos os povos do mundo. A OMS em 1978 pela declaração de Alma-Ata reconheceu a importância da promoção e protecção de saúde de todos os povos e do progresso no campo económico e social.

Em 17 de Junho de 2000, na 2ª conferência ministerial da OMS onde foi assinada a declaração de Munique, foi reconhecido o papel-chave, e cada vez mais importante, das enfermeiras e enfermeiras obstétricas, no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde de acordo com os direitos e as novas necessidades das populações.

Na figura seguinte podemos verificar em esquema as três grandes correntes de pensamento segundo Kérouac, os períodos de tempo a que correspondem e os elementos principais que as caracterizam.

Fig. 1 – As grandes correntes de pensamento segundo Kérouac



Fonte: adaptado de KÉROUAC, Susanne – La pensée infirmière, p.19

A enfermagem evoluiu num contexto de acontecimentos históricos e de movimentos sociais que surgiram nos últimos séculos, ao ritmo destas grandes correntes de pensamento que marcaram a evolução do conhecimento segundo Kérouac.

Foi na sequência do paradigma da Integração que, como atrás foi referido, surgiram os modelos teóricos de enfermagem, como modelos para a orientação de práticas profissionais.

Na opinião da autora que temos vindo a referir “são os modelos conceptuais que nos dão indicações muito precisas sobre os conceitos que caracterizam a enfermagem (cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente), assim como as relações que se estabelecem entre eles, porque

isolados não são suficientes para caracterizar e esclarecer a contribuição da enfermeira nos cuidados de saúde” (Kérouac 1994:25).

2.1 - OS MODELOS CONCEPTUAIS

Segundo Steele os modelos podem definir-se como esquemas estruturais compostos por conceitos organizados e relacionados. Podem definir-se como “representações simbólicas que mostram os aspectos mais simplificados de um conceito ou de conceitos considerados relevantes para a medição dos resultados específicos de uma disciplina” (Steele 1992:16)

Um modelo de enfermagem “é uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade, representa a verdadeira *mercadoria* que é fornecida ao cliente” (Pearson e Vaughan 1992:14).

Nem todas as concepções são modelos conceptuais porque pelo facto de qualquer enfermeiro ter uma concepção mais ou menos clara do serviço que presta não se pode afirmar que tenha constituído um modelo conceptual. Foi a necessidade de clarificar a especificidade dos desempenhos profissionais que levou alguns enfermeiros, sobretudo americanos, a elaborar modelos conceptuais para a profissão. Estes modelos servem de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados de enfermagem.

Nesta linha de conceitos, Adam considera “modelo conceptual sempre que se verifique uma concepção de enfermagem *completa*, isto é se engloba todos os elementos essenciais a um modelo conceptual e *explícita*, estando tudo enunciado de modo formal, contudo qualquer modelo conceptual só é útil à disciplina para a qual foi concebido” (Adam 1994:28).

Os componentes essenciais de um modelo conceptual são: “Os postulados que sustentam o todo, os valores que justificam o todo, os elementos que são: o objectivo (ideal e delimitado), o utente, o papel profissional, a origem da dificuldade sentida pelo utente, a intervenção do profissional e as consequências da actividade profissional” (Adam 1994:29).

Existem vários modelos conceptuais descritos no entanto é nos postulados que se verifica alguma divergência nas diversas concepções existindo, uma concordância nos valores assim como na maior parte dos seus elementos.

2.1.1 - O modelo biomédico – modelo tradicional para o exercício da enfermagem

São vários os autores que se têm pronunciado sobre o modelo biomédico (Collière, 1989; Pearson e Vaughan 1992; Ribeiro 1995), como o modelo que tem guiado ao longo dos tempos, o exercício da enfermagem e como sendo tradicionalmente a base do exercício da medicina no mundo ocidental nos últimos cem anos. Neste modelo o homem é considerado apenas um ser biológico composto por células que formam os tecidos e estes formam os órgãos que por sua vez vão formar os sistemas. Os sistemas devem comunicar e interagir de forma a existir harmonia e equilíbrio, um estado chamado homeostasia. A homeostasia biológica é considerada como sendo a saúde.

Apesar da profissão de enfermagem ter desde sempre os seus próprios valores a subordinação ao modelo biomédico, em que a cura é a qualidade máxima, tem norteado não só a formação dos enfermeiros como a organização e a prestação de cuidados.

Alguns trabalhos de investigação em enfermagem relatam que nesta perspectiva as enfermeiras continuam a considerar os doentes como seres físicos, com um papel passivo no processo de cuidados, dando pouca atenção às características mais latas da natureza humana e consideram ainda que os objectivos de enfermagem são frequentemente vistos como dirigidos para a cura (Pearson e Vaughan 1992).

Ao modelo biomédico são reconhecidas globalmente as seguintes características:

- o objectivo da actividade profissional centra-se no curar;
- o ser humano é um ser biológico constituído por partes e considerado como um sujeito passivo no processo de cuidar;
- a homeostasia biológica é igual a saúde pelo que as alterações na homeostasia biológica são sinónimo de doença;
- o critério do sucesso dos cuidados é a cura;
- a pessoa é como uma máquina, existindo a necessidade de diversos especialistas para reparar as partes da máquina” (Pearson e Vaughan 1992:18).

O modelo biomédico clássico dá relevo ao diagnóstico e tratamento da doença sendo o papel da enfermagem a execução exacta da prescrição médica e assim como este modelo se centra sobre as pessoas como seres físicos, também

as enfermeiras que o seguem centram a sua actividade nas necessidades físicas do doente.

Todos os autores que se referem a este modelo consideram como meta privilegiada a cura da doença e por isso as enfermeiras que nele se baseiam também procuram esse resultado. As enfermeiras que trabalham em unidades onde os doentes não podem recuperar ou restabelecer-se completamente como sejam as unidades de internamento de doentes do foro psiquiátrico ou unidades de deficientes físicos, ou com pessoas que se encontram perante as situações actuais de doença para a qual não se conhece a cura, confrontam-se permanentemente com a incapacidade de conseguirem obter resultados positivos a partir dos cuidados que julgam adequados para a cura.

A organização da prática dos cuidados nesta perspectiva “reflecte o papel de auxiliar do médico, pois a actividade profissional assenta em cumprimento de prescrições, rotinas estandardizadas e relacionadas com o diagnóstico feito pelo médico, sendo a importância desta actividade profissional centrada no cumprimento das prescrições médicas” (Mendes 1996:26).

Para Ribeiro “a divisão do utente dos serviços de saúde em aparelhos e órgãos, tem resultado num cada vez maior número de especializações” (Ribeiro, 1995:27) o que entre nós se tem reflectido nos sucessivos currículos dos Cursos de Enfermagem e continua a verificar-se nos actuais Cursos Superiores de Enfermagem, assim como nos Cursos de Especialização em Enfermagem, nos Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, já que alguns continuaram a adoptar o nome de especialidades médicas (enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica etc.) e provavelmente agora nos Curso de Licenciatura em Enfermagem.

O modelo biomédico tem sido ultimamente alvo de críticas dos enfermeiros que têm reflectido sobre enfermagem que propõem o abandono deste modelo na prática profissional, aconselhando uma prática de acordo com modelos próprios de enfermagem que valorizem a intervenção profissional orientada para o *cuidar*, como o fez recentemente a professora Lisete Fradique Ribeiro no seu livro *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral* de 1995.

2.1.2 - Os modelos de enfermagem

A análise das práticas profissionais numa tentativa de clarificação do papel social da enfermeira e o sentimento de mal estar instalado na profissão sobretudo a partir de meados do séc. XX e mais concretamente a partir dos anos 60, têm levado alguns enfermeiros a produzirem reflexões sobre a enfermagem e sobre a necessidade de se seguirem modelos orientadores para a prática, formação e investigação.

Estes modelos denominados modelos de enfermagem, “apoiam-se em teorias essencialmente oriundas das ciências sociais e humanas tendo em comum uma perspectiva de cuidados centrada na pessoa como sujeito activo desses mesmos cuidados e defendem uma relação de parceria entre quem presta e quem recebe cuidados” (Ribeiro 1995:28).

Todos os modelos em qualquer disciplina têm a sua origem em teorias e conceitos. Três grandes teorias são reconhecidas como sendo relevantes para a enfermagem: a teoria dos sistemas, teoria do desenvolvimento e teoria da interacção. Alguns modelos centram-se principalmente sobre uma destas teorias, alguns associam duas delas ou todas as três, mas todos os modelos incluem em si a essência de todas elas, de uma forma ou de outra (Pearson e Vaughan 1992).

No entanto são vários os autores que apontam para que os conceitos chave dos modelos sejam: o conceito de *pessoa*, de *saúde*, de *ambiente* e de *enfermagem*.

Alguns dos modelos podem classificar-se segundo o seu principal centro de referência teórico, a maioria deles em representação da complexidade da enfermagem, incluem elementos teóricos que predominam noutros. Em quase todos aparecem "a interacção, o desenvolvimento, o auto-cuidado, o stress e a adaptação" (Salvageje Kershaw 1995:5).

As duas correntes de pensamento que estão na base dos modelos de enfermagem são o holismo e o humanismo.

O holismo refere-se ao estudo do organismo como um todo, ou de sistemas completos. Subjacentes à visão holística da pessoa existem duas premissas ou crenças básicas: “O indivíduo reage sempre como um todo unificado; o indivíduo, como um todo, é diferente de, e mais do que a soma das partes” (Pearson e Vaughan 1992:37).

Estes autores associam de forma particular o humanismo ao existencialismo, quando afirmam que a corrente filosófica humanista assenta no valor do ser humano, na existência e na qualidade dessa existência. “O existencialismo dá primazia ao ser humano individual e comporta três características: a unicidade do indivíduo, o significado e a finalidade das vidas humanas com prioridade sobre as verdades relativas a todo o universo e ao seu funcionamento e a liberdade do indivíduo poder escolher. Para o existencialismo esta é a característica humana de maior valor dado que ao indivíduo é reconhecida a liberdade para poder dirigir a sua própria vida e para poder escolher os seus pontos de vista e os seus comportamentos” (Pearson e Vaughan 1992:38).

Existem várias classificações que derivam essencialmente das teorias em que os modelos se apoiam para a explicitação dos seus conceitos chave (homem, saúde, ambiente e enfermagem) e das relações entre estes.

Seguindo Marriner em *Modelos Y teorias de enfermagem*, podemos referir a seguinte classificação, para as várias correntes de teorias ou modelos de enfermagem, assim como as autoras que as integram:

2.1.2.1 - Centrados na corrente humanista

Florence Nightingale (1860): A sua teoria centra-se na relação da pessoa com o meio ambiente, sendo este aspecto uma das preocupações dos finais do Séc. XIX, quando o saneamento básico era um dos principais problemas. A manipulação do ambiente externo, como a ventilação, o calor, a luz, a dieta, a limpeza e o ruído, contribuía para um processo reparador e de prevenção das doenças (Marriner 1989).

Virgínia Henderson (década de 1960): Foi com esta autora que surgiu o primeiro conceito de enfermagem “ A função própria da enfermeira é assistir o indivíduo, são ou doente, na realização daquelas actividades que contribuem para a manutenção da saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte tranquila), que este realizaria sem ajuda, se para isso tivesse força, vontade ou conhecimentos” (Marriner 1989: 69).

Faye Glenn Abdellah (décadas de 1960 e 1970): O seu modelo está baseado no método de resolução de problemas, que teve um grande impacto nos

currículos dos cursos de enfermagem. Segundo Abdellah, a enfermagem é a arte e a ciência que modela a atitude, as competências intelectuais e as habilidades técnicas da enfermeira para o desejo e capacidade de ajudar as pessoas, sãs ou doentes, a satisfazer as suas necessidades de saúde (Marriner 1989).

Lydia E. Hall (década de 1960): realçou a função autónoma da enfermagem, identificando três componentes desta função. 1) o uso terapêutico da identidade da enfermagem (o aspecto central); 2) O tratamento dentro da equipa de saúde (o aspecto curativo) e 3) a componente educacional (o aspecto dos cuidados). O doente ao passar de uma situação aguda de doença deverá entrar numa fase de reabilitação onde têm primordial importância os sentimentos de êxito, de auto-realização e de auto-conceito (Marriner 1989).

Dorothea E. Orem (décadas de 1950 - 1980) defende para a situação de doença o conceito de auto-cuidado. Para esta autora a enfermagem é um serviço humano cuja componente principal é a defesa da necessidade da pessoa de controlar continuamente as acções de auto-cuidado a fim de manter a vida e a saúde ou recuperar de uma situação de doença (Marriner 1989).

Segundo Pearson e Vaughn “o modelo de Orem é um modelo bastante popular na enfermagem americana, e muitas escolas de enfermagem e serviços hospitalares associados, nos EUA, baseiam os seus currículos totalmente neste modelo. É reconhecido por um número cada vez maior de enfermeiras inglesas como uma descrição de enfermagem válida em qualquer parte” (Pearson e Vaughn 1992:73).

Este modelo serviu de inspiração a um dos modelos de enfermagem mais estudado e usado em Portugal conhecido como o modelo de Roper, Logan e Tierney, tal como estas autoras descrevem no seu próprio modelo.

Evelyn Adam (década de 1980) é uma enfermeira canadiana que considera o clima de empatia que se estabelece entre o utente e a enfermeira o aspecto principal da função desta. Defende esta autora que são três os componentes que constituem a prática de enfermagem: o doente, a enfermeira e a relação entre cliente e enfermeira. Admite que a relação de ajuda é um dos aspectos prioritários no processo de cuidados (Marriner 1989).

Madeleine Leininger (décadas de 1970 e 1980) adoptou o cuidar como tema central da atenção, conhecimento e prática de enfermagem. Cuidar inclui actos de assistência, apoio ou facilitação para um indivíduo ou um grupo com

necessidades evidentes ou antecipadas. O cuidado serve para aumentar as condições humanas e os modos de vida. Atribui-se a esta autora o aparecimento da enfermagem transcultural e a consequente investigação, formação e prática neste campo da enfermagem (Marriner 1989).

Jean Watson (1979 e década de 80) é uma continuadora da teoria de Leininger no entanto aprofunda o ponto de vista existencial fenomenológico da psicologia. Para esta autora a enfermeira tem a função de promover a saúde, prevenir as doenças, cuidar do doente e restaurar-lhe a saúde. Os clientes requerem um cuidado holístico que promova o humanismo, a saúde e a qualidade de vida. O cuidado é um fenómeno social universal que só se pratica de forma efectiva interpessoalmente. Os dez factores no cuidar, denominados “factores cuidativos”, representam por sua vez os sentimentos e as acções que se atribuem à enfermeira, ao doente e à profissão e incluem o que cada enfermeira sente, experimenta, comunica, expressa e promove (Marriner 1989).

Rosemarie Rizzo Parse (década de 1980): Para esta autora a enfermagem está baseada no humanismo em oposição ao positivismo. Foi com base neste pressuposto que constituiu a teoria Homem-vida-saúde. “Considera que a enfermagem está enraizada nas ciências humanas, e centra-se no homem como unidade viva e na participação qualitativa deste com as experiências de saúde” (Marriner 1989:150).

2.1.2.2 - Centrados nas relações interpessoais

Hildegard Peplau (década de 1950), aponta uma teoria parcial para a prática de enfermagem. O seu trabalho está altamente influenciado pelo modelo de relação interpessoal de Sullivan. Esta é a primeira autora a procurar outros campos científicos para os relacionar com a teoria de enfermagem (Marriner 1989).

Joyce Travelbee, publicou a maior parte da sua obra em meados dos anos 60, promoveu um modelo de relação “humano-a-humano” que se origina num encontro inicial com o utente, e que progride através da fase de identificação, desenvolvimento de sentimentos de empatia; e mais tarde de solidariedade até que no final a enfermeira e o doente chegam a uma fase final de afinidade (Marriner 1989).

Ida Jean Orlando (Pelletier): A sua teoria centra-se na relação de reciprocidade entre a enfermeira e o doente. O que um faz ou diz afecta o outro e vice-versa. Orlando destaca a importância de explorar as percepções, os pensamentos e os sentimentos, como processo de exploração que serve para satisfazer a necessidade de ajuda imediata ao doente. Se as acções da enfermeira não são ponderadas, convertem-se em automáticas e por isso podem não satisfazer as necessidades efectivas do doente (Marriner 1989).

Ernestine Wiedenbach (década se 1950), enfermeira de obstetrícia, foi influenciada por Orlando a pensar como é que os sentimentos afectam os actos da enfermeira. Na sua teoria descreve que as enfermeiras devem identificar a necessidade de ajuda ao doente, mediante a observação do comportamento relacionado, ou não, com o bem-estar, devem identificar o significado do comportamento do doente, determinar a causa do mal-estar ou incapacidade e determinar se a pessoa necessita ou não de ajuda para resolver o seu problema (Marriner 1989).

Imogene King, publicou os resultados das suas pesquisas desde meados dos anos 60. Os seus conceitos principais são: interacção, percepção, comunicação, transacção, papel, stress, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço. Sugere que as percepções, as considerações e os actos, tanto da enfermeira como do doente, conduzem a reacções, interacções e transacções. A teoria das “metas” centra-se no sistema interpessoal e em interacções que se produzem entre indivíduos, no caso a associação específica entre cliente /enfermeira (Marriner 1989).

Joan Riehl Sisca, começou a publicar em meados da década de 70. Segundo a sua teoria da interacção simbólica, as pessoas interpretam os actos dos outros baseando-se no significado associado à acção antes da reacção. Os símbolos, a interpretação e os significados mediatizam a interacção humana, que é o resultado de um processo de interpretação entre o estímulo e a resposta (Marriner 1989).

Helen C. Erikson, Evelyn M. Tomlin e Mary Ann P. Swain, são autoras que em conjunto desenvolveram uma teoria baseada em teorias psicológicas, cognitivas e biológicas como base das observações sobre as semelhanças e diferenças entre os indivíduos. Utilizaram um modelo de avaliação do potencial de adaptação do indivíduo. Consideram a enfermagem como uma ajuda holística

para as pessoas, em actividades de auto-cuidado relacionadas com a saúde (Marriner 1989).

Kathryn E. Barnard é uma activa investigadora desde meados dos anos 60. Começou por estudos com crianças e adultos deficientes. O seu trabalho centra-se principalmente no desenvolvimento de instrumentos para avaliar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança. Considera os pais e filhos como um sistema interactivo que é influenciado por características individuais de cada membro que também se modificam para fazer frente às necessidades do sistema (Marriner 1989).

2.1.2.3 - Centrados na teoria dos sistemas

Dorothy E. Johnson publicou a maior parte da sua obra na década de 60. Desenvolveu um modelo chamado de sistema de conduta, onde identificou seis subsistemas: subsistema de apego e afiliação; subsistema de dependência; subsistemas biológicos, subsistema sexual; subsistema agressivo; subsistema de realização. Cada subsistema pode analisar-se em termos de estrutura e requisitos funcionais através de quatro elementos estruturais: impulso ou meta; predisposição para actuar; opção alternativa da acção e conduta. Os requisitos são: a protecção, a alimentação e a estimulação. Existe a necessidade da intervenção da enfermeira quando o sistema entra em desequilíbrio (Marriner 1989).

Calista Roy em finais da década de 60 desenvolveu um modelo de adaptação, suportado pela teoria dos sistemas, pela teoria da conduta humana de Helson e na teoria humanista. Para Roy o objectivo da enfermagem é ajudar o homem a adaptar-se às trocas que se operam e que estão relacionadas com as suas actividades fisiológicas e de auto-conceito (Marriner 1989).

Betty Neuman desenvolveu o seu primeiro modelo no campo do ensino da enfermagem de saúde mental no final dos anos 60. Em 1970 desenvolveu o modelo dos sistemas para ajudar os estudantes de pós-graduação na identificação de problemas de enfermagem. O seu modelo desenvolve-se à volta da forma como os problemas do doente afectam as linhas de defesa que protegem a estrutura básica de cada indivíduo (Marriner 1989).

2.1.2.4 - Centrados na teoria dos campos de energia

Myra Estrin Levine (década de 60), considera que as actividades específicas das enfermeiras podem ser deduzidas de princípios científicos. A autora submete grande parte do seu trabalho a princípios científicos assentes numa lei natural, a conservação da energia. O modelo de Levine assenta nas interacções e intervenções de enfermagem cujo objectivo é manter juntos os recursos próprios e individuais de cada um para fazer frente a situações difíceis. Estas interacções baseiam-se nos antecedentes científicos dos princípios de conservação. Os cuidados de enfermagem baseiam-se em conhecimentos científicos e habilidades da enfermeira. Existem quatro princípios de conservação: conservação da energia, conservação da integridade estrutural, conservação da integridade social e conservação da integridade social (Marriner 1989).

Martha E. Rogers (década de 60), é considerada como uma das mais criativas pensadoras no campo da enfermagem. Define o processo vital por características como plenitude, abertura, unidireccionalidade, sistema e organização, sensibilidade e pensamento. Apoia-se na teoria dos campos de energia dos sistemas abertos e na tetradimensionalidade (característica de toda a realidade). Descreve o seu modelo teórico em 1970, apoiando-se num conjunto de suposições básicas que descrevem o processo vital do homem. Para esta autora a enfermagem é a ciência do “ser humano unitário” e por isso é única dado que se trata da ciência cujo objectivo de estudo é a pessoa na sua totalidade (Marriner 1989: 302 - 308).

Joyce J. Fitzpatrick inspirou-se nos estudos de Rogers para daí extrair o seu modelo de perspectiva de vida. Para esta autora, as interacções ontogenéticas e filogenéticas entre a pessoa e a saúde são consideradas a essência da enfermagem. Considera a pessoa como um sistema aberto, um todo unificado, caracterizado por um ritmo humano básico. O seu modelo de perspectiva vital é um modelo de desenvolvimento humano caracterizado por ritmos. O objectivo principal da enfermagem é a pessoa em relação com a sua saúde. Nesta relação a pessoa desenvolve-se devido ao seu potencial como ser humano. O significado da vida, a compreensão básica da existência humana é a preocupação central da enfermeira (Marriner 1989).

Margareth A. Newman (década de 60) utiliza vários campos de energia como fontes para o desenvolvimento da sua teoria, para as suas suposições é fundamental o uso da teoria filosófica, da síntese e da oposição de Hegel. Os principais conceitos do modelo de Newman são o movimento, o tempo, o espaço e a consciência em interrelação (Marriner 1989).

2.1.2.5 – Classificação segundo Pearson e Vaughan

Pearson e Vaughan no seu livro *Modelos para o exercício da enfermagem*, referem uma classificação dos vários modelos segundo os seus autores:

- **O Modelo de enfermagem de actividades de vida**, foi desenvolvido por **Roper, Logan e Tierney** em 1980 e surgiu a partir dos resultados de um projecto de investigação sobre a experiência clínica de alunos de enfermagem. Este modelo constitui a primeira tentativa das enfermeiras inglesas desenvolverem um modelo conceptual para a enfermagem. O modelo de enfermagem tem o suporte num modelo de vida cuja componente central são as actividades de vida, ou seja actividades que os indivíduos praticam para viver. Este modelo centra-se no cliente como sendo um indivíduo ocupado em viver toda a sua vida, transitando da dependência para a independência, de acordo com a idade, as circunstâncias e o ambiente. As ideias importantes subjacentes ao modelo são: a progressão ao longo da vida, o continuum de dependência/independência e as actividades de vida. Quando o indivíduo não é capaz de ser independente nalguma das actividades de vida, e a família ou o grupo social não consegue assegurar-lhe a realização dessas actividades então necessita do enfermeiro (Pearson e Vaughan 1992).

- **O Modelo de enfermagem de auto-cuidado** foi desenvolvido por **Dorotheia Orem** em 1980. É um modelo bastante conhecido da enfermagem americana e em muitas escolas de enfermagem e serviços hospitalares nos EUA. Todo o modelo se baseia no conceito de auto-cuidado, que é definido “como um processo pelo qual um leigo age por sua conta na promoção da saúde e prevenção, assim como no despiste da doença e no seu tratamento” (Pearson e

Vaughan 1992: 73). Centrar o modelo no conceito de auto-cuidado é fomentar a filosofia de que as pessoas devem ter a iniciativa de serem responsáveis pelos próprios cuidados de saúde, quando isso é possível.

- **O Modelo de enfermagem de adaptação** foi desenvolvido por **Calista Roy** por volta de 1960 e utilizado num programa pós-básico de enfermagem na Califórnia em 1970. Mais tarde foi utilizado em muitas unidades de saúde em Inglaterra. O modelo baseia-se essencialmente na teoria dos sistemas, embora também tome em consideração algumas ideias da teoria interaccionista. A estrutura a partir da qual foi elaborado é a maneira como um indivíduo, como um sistema global, responde ou se adapta às mudanças ou estímulos, sejam eles estímulos internos do indivíduo ou do ambiente envolvente (Perason e Vaughan 1992).

- **O Modelo de enfermagem de sistema de cuidados de saúde** (Betty Neuman, 1980); As origens deste modelo residem na preocupação com a necessidade de desenvolver uma estrutura conceptual de ampla base para elaboração curricular, que forneça unidade, coordenação e integração do conteúdo dos cursos de enfermagem (Neuman, Young, 1972). A autora do modelo, a teórica de enfermagem, americana, Betty Neuman, afastou-se do modelo tradicional de «doença» para um que engloba «os cuidados ao doente na perspectiva da pessoa total». A força deste modelo está na ênfase dada à prevenção, educação para a saúde e bem estar, assim como para o tratamento da falta de saúde e para a abordagem interdisciplinar.

Neuman sugere que este modelo não seja restrito à enfermagem, mas possa ser partilhado por qualquer pessoa, que trabalhe no sistema dos cuidados de saúde. De facto é essa uma das linhas de força que, em vez de fragmentar os cuidados, propõe uma abordagem interdisciplinar, procurando reunir os objectivos e as partes importantes das muitas profissões implicadas nos cuidados de saúde. Relewa a complementaridade do trabalho de médicos e enfermeiras na sociedade, sugerindo que as enfermeiras devem alargar e não restringir a sua participação.

Neuman recorreu a várias teorias ao desenvolver o modelo de sistemas de cuidados de saúde. As teorias dos sistemas e de adaptação ao stress. Há também traços das teorias da Gestalt e de campo. Estas dão relevo a como, habitualmente, vivemos num equilíbrio cautelosamente mantido. Quando surge algum problema aparece a tensão e há rotura do equilíbrio. A rotura é a força

dinâmica que nos leva a relacionar-nos com o ambiente e a adaptar-nos ou a mudar. Também se podem encontrar componentes da teoria do desenvolvimento. Embora originariamente concebido para ser utilizado em desenvolvimento curricular, o modelo foi experimentado e testado em situações clínicas e como estrutura para a administração. Embora a avaliação do seu emprego nestas circunstâncias tenha evidenciado algumas dificuldades de pequena importância, parece ser útil nos dois sectores (Perason e Vaughan 1992).

- **O Modelo de enfermagem de interacção** (King, 1971); Como outros modelos para a enfermagem que são baseados na teoria da interacção simbólica, este proposto por King, uma eminente enfermeira americana, centra-se na interacção e tem sido aplicado por muitas equipas de enfermagem americanas. Emprega conceitos que King achou que ocorrem repetidamente na literatura, investigação, ensino e exercício de enfermagem. O modelo foi desenvolvido por intermédio de um projecto de investigação. Nesse estudo de pesquisa todas as interacções entre enfermeiras e doentes foram observadas em duas diferentes situações, desde a admissão até à alta. Um grupo era constituído por doentes internados para intervenção cirúrgica, e o outro, por doentes admitidos no hospital em crise aguda, por exemplo, enfarte do miocárdio. O estudo propunha-se responder às seguintes perguntas:

- O que é a intervenção de enfermagem?
- O que é o processo de enfermagem?
- Qual é o objectivo de enfermagem?
- Quem são as enfermeiras e como são educadas para o exercício?
- Como e onde se exerce a enfermagem?
- Quem, na sociedade, precisa de enfermagem?

O resultado do estudo veio confirmar as assunções de King sobre a natureza da enfermagem e levou à elaboração do modelo. O conceito básico de enfermagem de King vê esta como um processo que engloba a acção, a reacção, a interacção e a transacção. Por meio deste processo a enfermagem ajuda os indivíduos de qualquer idade ou meio social a satisfazer as necessidades básicas ao realizar as actividades de vida diária e a controlar a saúde e a doença em determinado ponto no ciclo da vida.

Quatro conceitos universais formam a base do modelo: os sistemas sociais, a saúde, a percepção e as relações interpessoais. King crê que estes

quatro conceitos se aplicam a qualquer indivíduo e que apresentam uma base conceptual para o exercício de enfermagem. Os conceitos universais ligam-se uns com os outros através do processo de interacção. As pessoas vivem e crescem num sistema social por meio das relações com os outros que são parte desse sistema social. Essas relações interpessoais ocorrem consoante as percepções do indivíduo; e as percepções individuais influenciam a vida e a saúde. O modelo de King baseia-se nos quatro conceitos universais: os sistemas sociais, a percepção, as relações interpessoais e a saúde e na enfermagem como um processo essencialmente interactivo (Perason e Vaughan 1992).

- **O Modelo de enfermagem de desenvolvimento** (Peplau, 1969); Hildegard Peplau foi uma das primeiras teóricas americanas a reconhecer a necessidade de mudança no exercício de enfermagem e a dar-lhe resposta, sendo o seu campo de particular interesse a psiquiatria. O seu trabalho iniciou-se no princípio dos anos 50, quando, na estrutura de desenvolvimento ela publicou o seu pensamento no livro *relações interpessoais na enfermagem* (1952). Assim, na linha das suas próprias crenças, os pontos de vista então apresentados, continuaram em si mesmos a desenvolver-se e a crescer, à medida que novos conhecimentos foram surgindo. O crescimento deu-se tanto por meio da observação em profundidade dos pormenores do modelo, como por uma explicação cada vez mais completa da unidade do modelo global. Embora os seus pontos de vista tivessem sido escritos principalmente para enfermeiras psiquiátricas, muito do que ela tem a dizer é também útil para as que trabalham noutros campos.

O trabalho de Peplau tem sido descrito como tendo tido influência na criação do que é conhecido como mudança de segunda ordem, isto é, influenciando o próprio sistema de enfermagem. Segundo os argumentos apresentados anteriormente para o exercício baseado em modelos, as suas ideias forneceram um esquema estruturado para o exercício da profissão.

A necessidade de uma base teórica para o exercício é ainda mais posta em evidência pelos pontos de vista de Peplau sobre a responsabilidade profissional. Ela afirma que isso não é um conceito novo, mas um que sempre existiu, sob uma forma ou outra, sendo a sua finalidade «incitar os profissionais a um comportamento adequado à prática dos cuidados de saúde». Inicialmente este conceito estava mascarado na dedicação ao dever, numa expectativa de que os profissionais se entregassem com total devoção ao serviço que ofereciam. Com o

tempo este conceito deixou de estar na moda e já não se aceita o auto-sacrifício e a auto-dedicação, só por si. Põem-se perguntas tais como «O que é que as enfermeiras fazem realmente? Qual é o serviço específico que elas oferecem? Quais são os problemas de saúde que podem tratar?» No princípio estas perguntas surgiram dos órgãos controladores de um grupo profissional. Embora isso ainda hoje seja a realidade, e se possa pedir a cada enfermeira que responda profissionalmente pelas suas acções perante a organização controladora, Peplau vê certa limitação em ser apenas neste sistema. Descreve-o como gerando «conhecimentos culpáveis» — conhecimentos de um exercício ou de uma prática errada que não é do conhecimento público. As forças sociais são tais que tem havido um aumento da responsabilidade profissional, pedindo-se ao prestador de cuidados que seja responsável, não apenas perante o órgão profissional mas também, e com maior importância, perante o público.

Peplau também põe em evidência a necessidade de uma responsabilidade profissional para consigo mesmo, para uma integridade pessoal em se ser honesta em relação às próprias acções e em se ser capaz de as justificar. Existe pois uma exigência para todas as enfermeiras de actualizarem constantemente conhecimentos de base com os quais exercem, de se manterem a par e passo com as informações novas e de estarem preparadas para rever as teorias.

Peplau afirma que os cuidados de que um doente *precisa* podem ser bem diferentes dos cuidados que o doente *quer*. Ela sugere que se as enfermeiras apenas dão resposta ao que o doente quer, elas se arriscam a dar apenas cuidados custodiais, serviços de consumidor ou ajuda a outros prestadores de cuidados de saúde. Por isso a clareza nos serviços que a enfermagem oferece, uma actualização constante de conhecimentos e a revisão da teoria são essenciais (Perason e Vaughan 1992).

2.1.2.6 - As escolas segundo Kérouac

Kérouac em *La pensée infirmière*, refere as principais concepções actuais da disciplina de enfermagem segundo seis escolas, onde agrupa as autoras de modelos de enfermagem que atrás foram referidas:

- **Escola das necessidades** (Virgínia Henderson, Dorotheia Orem e Faye Abdellah);

Os modelos conceptuais desta escola tentaram responder à pergunta: O que fazem os enfermeiros? Segundo estes os cuidados estão orientados para a independência da pessoa na satisfação das suas necessidades fundamentais, ou na capacidade de se auto-cuidarem. O enfermeiro substitui as pessoas que por determinado período de tempo não podem desenvolver certas actividades ligadas à sua saúde e ajuda a pessoa a descobrir mais tarde a sua independência na satisfação das suas necessidades ou no exercício o seu auto-cuidado (Kérouac 1994).

- **Escola da interacção** (Hildegard Peplau, Ida Orlando, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Ernestine Wiedenbach, Imogene King e Joyce Travelbee); Esta escola apareceu nos finais dos anos 50 e no início dos anos 60. As teóricas que sustentam esta escola inspiraram-se nas teorias da interacção, da fenomenologia, e do existencialismo. Tentaram estas autoras responder à questão: Como é que as enfermeiras fazem o que fazem? A lógica central desta escola está centrada na interacção entre o enfermeira e a pessoa que necessita de cuidados. Isto é o cuidado de enfermagem é um processo de interacção entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lhe oferecer esta ajuda, assim uma enfermeira antes de entrar em situação de relação de ajuda, deve clarificar os seus próprios valores e utilizar a sua própria pessoa de forma terapêutica (Kérouac 1994).

- **Escola dos efeitos desejados** (Calista Roy, Lydia Hali, Dorothy Johnson Betty Neuman e Myra Levine);

Esta escola pretende responder à questão: Porque é que as enfermeiras fazem o que fazem? Sem ignorar o «que» e o «como» este grupo de teóricas tentou conceptualizar os resultados ou os efeitos desejados dos cuidados de enfermagem. Elas consideram que o fim dos cuidados de enfermagem é estabelecer um equilíbrio, uma estabilidade, uma homeostase ou a preservação da energia. Inspiraram-se nas teorias da adaptação, do desenvolvimento e na teoria geral dos sistemas. A escola dos efeitos desejados propõe objectivos largos e ambiciosos para os cuidados de enfermagem destinados à pessoa vista como um sistema (Kérouac 1994).

- **Escola da promoção da saúde** (Moyra Allen); Esta escola tenta

responder novamente à questão: O que fazem as enfermeiras? Tudo é centrado sobre «O que» dos cuidados de enfermagem, seja na promoção de comportamentos de saúde, seja na forma de chegar ao alvo dos cuidados de enfermagem, respondendo também à questão: A que se dirigem os cuidados de enfermagem? Segundo a escola da promoção da saúde, o alvo dos cuidados de enfermagem é alargado à família que aprende com a sua própria experiência de saúde (Kérouac 1994).

- **Escola do ser humano unitário** (Martha Rogers; Rosemarie Parse e Margaret Newman); Esta escola situa-se na filosofia do paradigma da transformação, cuja orientação se situa no contexto da abertura para o mundo. Os teóricos desta escola tentaram responder à pergunta: A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?

Desde 1970 que Rogers propôs às enfermeiras uma visão da pessoa e dos cuidados de enfermagem que emergia dos trabalhos de filosofia, das teorias da física e da teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy. Recusa o conceito de holismo à custa da sua má utilização e prefere o conceito de ser humano unitário (Kérouac 1994: 37).

- **Escola do "caring"** (Jean Watson, Madeleine Leininger). É outra das escolas que se situa no contexto da abertura para o mundo, na linha do paradigma da transformação e tenta responder à pergunta: Como é que as enfermeiras fazem o que fazem?

Nos últimos anos o conceito de "caring" esteve no centro de muito do que se escreveu sobre enfermagem. Leininger considerou este conceito como a essência da disciplina de enfermagem. Alguns autores consideraram que a prática da enfermagem baseada na primacia do cuidar, substituiu as correntes centradas na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O fundamento da teoria de enfermagem de Jean Watson foi publicado em 1979 em *Nursing: The philosophy and science of caring*. Em 1985, com um relançamento em 1988, a sua teoria foi publicada em *Nursing: Human science and human care*. Watson acredita que o principal enfoque da enfermagem está nos factores de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base de conhecimentos científicos.

De acordo com Watson, a cura da doença é do domínio da medicina. Ela afirma que o aspecto de *cuidado* que a enfermagem sempre teve está ameaçado

pela procura de tarefas e da tecnologia dos factores curativos. Nas obras de Watson, encontram-se referências a humanistas existenciais como Erikson, Heidegger, Maslow e Rogers. Além disso, ela usa as teorias de Selye e Lazarus para delinear os aspectos relacionados com o stress e o cuidado e as teorias de Leininger e Henderson para o conhecimento de enfermagem. Acima de tudo, um sistema humanístico de valores sustenta a construção da ciência do cuidado (George 2000).

A outra autora que deu conteúdo a esta teoria foi Leininger que nos anos 40, reconheceu a importância dos cuidados para a enfermagem. Algumas declarações de reconhecimento pelo atendimento de enfermagem feitas por doentes alertaram-na para o valor dos cuidados e levaram-na a centrar o cuidado como a característica dominante da enfermagem. Em meados dos anos 50, experimentou o que descreve como um choque cultural enquanto trabalhava num lar infantil.

Enquanto trabalhava como enfermeira clínica especialista em crianças perturbadas e seus pais, observou diferenças de comportamento recorrentes entre as crianças e concluiu que essas diferenças tinham uma base cultural. Identificou a falta de conhecimento sobre a cultura das crianças, como o elo que faltava, na enfermagem, para o entendimento das variações de cuidados para os clientes.

Essa experiência transformou-a na primeira enfermeira profissional no mundo a obter um doutoramento em antropologia e propiciou o desenvolvimento do novo campo da enfermagem transcultural.

Leininger inicialmente usou os termos “enfermagem transcultural”, “etnoenfermagem” e “enfermagem cultural cruzada” nos anos 60. Em 1966, na Universidade do Colorado, ministrou o primeiro curso de enfermagem transcultural com experiência de campo, que foi fundamental para o desenvolvimento de cursos similares em inúmeras outras instituições.

Em 1979, Leininger definiu a enfermagem transcultural como: um subcampo ou ramo da enfermagem que se centra no estudo comparativo e na análise de culturas no que se refere à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com o objectivo de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com os seus valores culturais e o seu contexto de saúde-doença.

Ao mesmo tempo definiu etnoenfermagem como: o estudo das crenças, valores e práticas do atendimento de enfermagem como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências, crenças e sistema de valores.

O termo “enfermagem transcultural” (mais do que “cultural cruzada”) é usado hoje para se referir ao conhecimento e às práticas em evolução relativas a este novo campo de estudo e de prática.

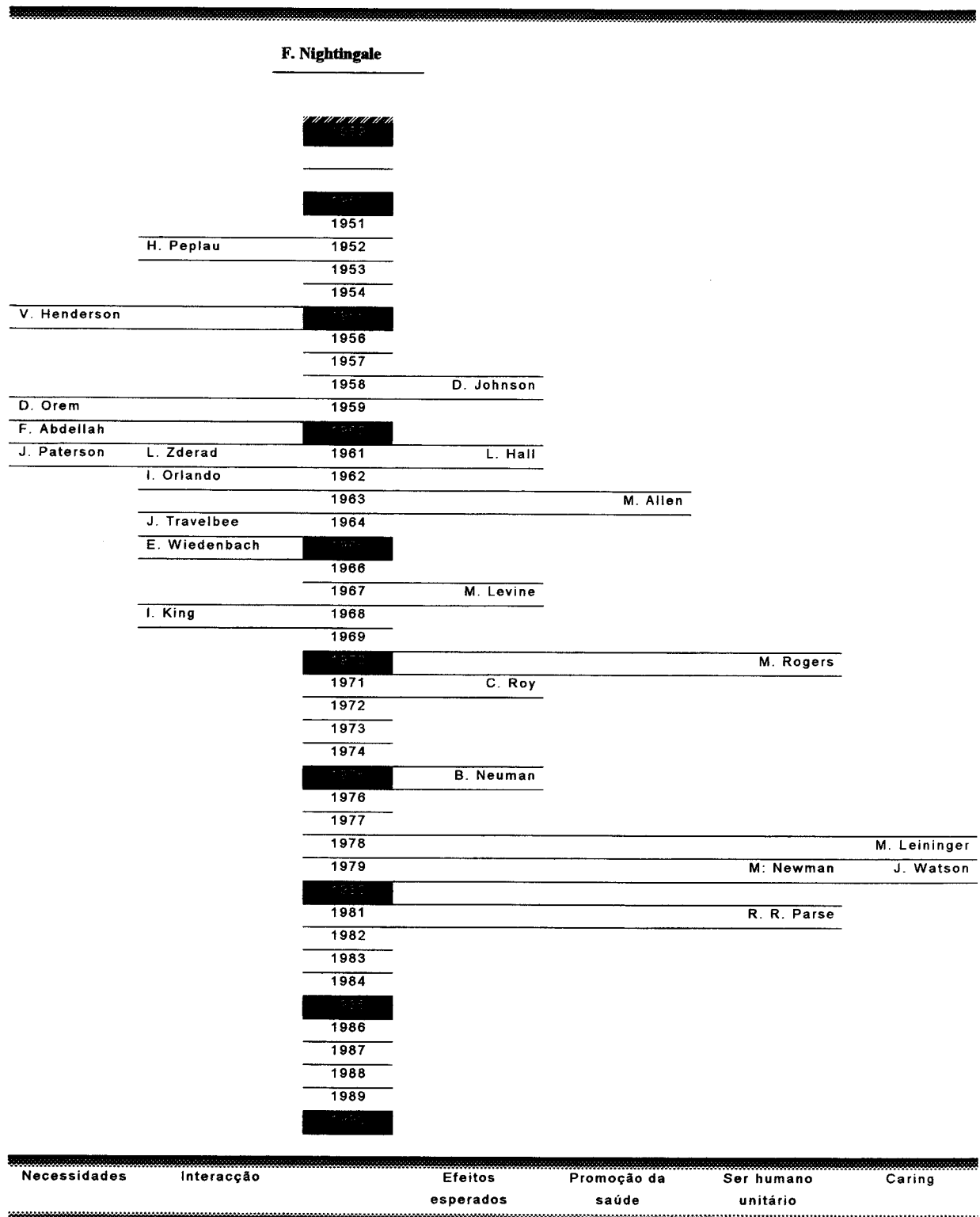
Leininger destaca a importância do conhecimento obtido através da experiência directa ou directamente daqueles que a experimentaram, denominando-o como êmico, ou centralizado na pessoa. Este é contrastado com o conhecimento ético, que descreve a perspectiva profissional. Ela defende o conhecimento do cuidado emicamente derivado como essencial para o estabelecimento da base epistemológica e ontológica da enfermagem que visa à prática.

Leininger construiu a sua teoria da enfermagem transcultural sobre a premissa de que as pessoas de cada cultura, não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. Baseado nessa premissa, o atendimento de enfermagem desenvolve-se do contexto cultural no qual será proporcionado.

Leininger assegura que o cuidado humano é central para a enfermagem como disciplina e como profissão e reconhecem e propõem a preservação do cuidado como a essência da enfermagem. Com esse crescente reconhecimento do cuidado como essencial ao conhecimento e à prática da enfermagem, Leininger rotulou a sua teoria de cuidado cultural. Ela retirou da antropologia a componente cultural e da enfermagem a componente cuidado. A sua crença de que as culturas têm tanto práticas de saúde específicas a uma cultura quanto padrões prevalentes que são comuns culturalmente, levou ao acréscimo dos termos “diversidade” e “universalidade” ao título de sua teoria. Assim, o título mais actual da sua teoria é o cuidado cultural ou diversidade e universalidade do cuidado cultural (George 2000).

Apresentamos a seguir a cronologia das concepções de enfermagem, segundo o agrupamento nas escolas que atrás foram descritas.

Fig.2 – Cronologia das concepções de enfermagem, segundo o agrupamento em escolas



Fonte: Kérrouac, Suzanne – La Pensée Infirmière. P. 26

Para Ribeiro a proliferação de teorias e modelos de enfermagem são "um sintoma de uma fase pré-paradigmática em que

se evidencia a vontade de criar escolas de pensamento no âmbito da disciplina de enfermagem, factor importante para a afirmação da enfermagem como profissão com um corpo próprio de conhecimentos” (Ribeiro 1995:29).

Todos os modelos apontam no entanto, para intervenções individualizadas da enfermeira, centradas na pessoa que recebe cuidados e nas suas necessidades, em que o receptor de cuidados é visto numa perspectiva holística e como sujeito activo e em que as relações entre o sujeito dos cuidados e a enfermeira assumem uma primordial importância no contexto dos cuidados de enfermagem.

A existência de vários modelos teóricos de enfermagem “revela um esforço de teorização sobre a prática, constituindo-se como um sistema de conceitos básicos, relacionados entre si de forma a explicar a interacção enfermeira/cliente. São formados por conceitos e pressupostos, oriundos tanto do conhecimento empírico (teorias já desenvolvidas) como do conhecimento ético (valores e princípios, orientações que não necessitam ser provadas) e portanto não se prestam à observação directa nem a serem testados, como, por vezes, somos levados a pensar. Pretendem ser um guia mental para as enfermeiras na prestação de cuidados de enfermagem” (Frade 1998:44).

Existe no entanto, algum desacordo em relação à utilização de modelos como base para a prática e desenvolvimento dos conhecimentos, “uma vez que não fornece descrições realistas do trabalho de enfermagem” (Crossan 1999: 24), e Castledine sugere mesmo que uma teoria definitiva e unificada da Enfermagem pode nunca vir a existir e que devemos aceitar que existem múltiplos pontos de vista acerca das formas pelas quais a Enfermagem é entendida e descrita, este autor acredita também que a enfermagem é um conceito complexo, tão intrincado na sua constituição que pode não ser possível englobar o seu total significado e definição (Castledine 1994).

Frade referindo-se aos comportamentos profissionais das enfermeiras refere que a prática dos cuidados não é explicada

somente pelos modelos teóricos de enfermagem. As teorias da prática profissional, qualquer que seja a área em que se desenvolvem, são teorias de acção, isto é, teorias que determinam todo o comportamento humano deliberado, especificando quais as situações da prática nas quais certas acções terão determinadas consequências.

As teorias de acção são de dois tipos: teorias adoptadas ("espoused theories"), onde se podem englobar os modelos teóricos de enfermagem, que as pessoas respeitam e que, a pedido, comunicam a outros; e as teorias em uso ("theories in use"), conjunto de crenças informais relevantes para a prática e observáveis na prática. A observação comum aponta para uma distância entre a explicação dada pelas teóricas de enfermagem e pelas enfermeiras que prestam cuidados directos, sobre o que são cuidados de enfermagem. Importa tomar consciência das teorias em uso, verificar congruências e incongruências, a sua eficácia e testabilidade. É através do confronto e do questionamento, que se desenvolve a teorização e se aprende (Frade 1998).

2.2 - AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM

A prática de cuidados de enfermagem diz respeito, por um lado, à sua natureza e por outro às condições de execução do trabalho. Entre essas condições apontam-se: a organização dos cuidados, os modos de trabalhar em grupo, os estilos de liderança, as relações com a hierarquia de enfermagem e os restantes grupos de profissionais de saúde, a/cultura/s do contexto de trabalho, para além do tipo e situação de saúde dos clientes (Frade 1998).

A prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam. "Para os prestadores de cuidados, trata-se de encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida e de fazer caminho com ela, indo, por vezes, até ao «fim do caminho». Este encontro é o «passeio» que

se segue têm mais possibilidades de produzir um resultado terapêutico quando provêm de uma relação rica, aquela que permite acompanhar e ser acompanhado por alguém em quem se tem uma certa esperança” (Hesbeen 2000: 102).

Este encontro necessita de um processo, aquele a que se pode chamar um «processo de cuidados» ou, mais exactamente, um «processo de cuidar». Não se deve confundir esta ideia de processo com quaisquer documentos ou grelhas a preencher, por mais bem concebidos que sejam. Não se trata, como num dever, de «fazer um processo» por vezes abstracto e limitador, mas antes de situar a sua acção num processo, *aquele que designa um movimento, que se dirige ao outro para ir ao seu encontro no caminho que é o seu*. Para conseguir iniciar e ajustar este movimento que leva ao outro, os profissionais são convidados a dialogar, a reflectir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida em que vão intervir. Deverão dar um largo espaço à sua intuição. O processo é aquele que permite elaborar com a pessoa que é cuidada e, consoante a sua situação, com os seus familiares um projecto de cuidados, ou seja, identificar com ela um horizonte para o qual ela pretende progredir. Esse horizonte ora se inscreve num prazo muito curto ora é percebido como muito distante. Por vezes, é o de morrer serenamente. Esse horizonte não é definido de uma vez por todas porque evolui, precisa-se ou reorienta-se durante o processo. Esse horizonte não é o do regresso à situação anterior porque, necessariamente, depois do acontecimento vivido, qualquer que seja a sua importância, já não se é completamente igual, tem-se a riqueza de uma experiência de vida que contribui para a construção do ser, mesmo se se tratar de uma experiência dolorosa, difícil, sem a qual se gostaria de passar. O acontecimento assim vivido pela pessoa no seu encontro com os prestadores de cuidados pode permitir que o paciente e os seus familiares abordem melhor a sua saúde e ajam como vectores de saúde no seu respectivo meio ambiente(Hesbeen 2000).

Relativamente à dicotomia entre o cuidar e o tratar, conceitos

que polarizam as orientações para a prática dos cuidados de enfermagem, convém referir com particular relevo o que RIBEIRO (1995), no livro *Cuidar e tratar Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, refere em termos de caracterização destas formas de orientação das enfermeiras.

QUADRO N.º 1
MODELO DE ENFERMAGEM VERSUS MODELO BIOMÉDICO

CUIDAR (modelo de enfermagem)	TRATAR (modelo bio-médico)
Considera o utente como um todo (visão holística).	Considera essencialmente o órgão afectado.
Actua de forma personalizada.	Actua de forma estandardizada de acordo com o diagnóstico médico.
Atende ao conforto em todas as situações de necessidade consideradas pelo utente.	Actua com base nos seus juízos, rotinas e normas da organização.
Gasta tempo a ouvir e falar com o utente.	É eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia em detrimento da comunicação.
Empenha-se (envolve-se) na resolução dos problemas do utente.	Distancia-se e procura resolver os problemas de forma racional.
Fornecer apoio emocional/actividades de suporte.	Dá ênfase à terapêutica que poderá ajudar o utente.
Valoriza sobretudo o bem-estar e o conforto.	Valoriza sobretudo o diagnóstico e o tratamento.
Atende aos aspectos subjectivos da situação, valorizando os sentimentos do utente sobre a doença e o efeito do tratamento na pessoa.	Lida com os aspectos objectivos da situação, desvalorizando a subjectividade e os sentimentos do utente sobre a experiência da doença e os efeitos dos tratamentos.
Realiza as actividades com o utente sempre que este tem possibilidade.	Realiza as actividades para o utente, não estimulando a sua participação.
Centra-se na saúde.	Centra-se na doença

Fonte: RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. p. 39.

As duas orientações atrás referidas, são duas formas puras de caracterização das práticas profissionais e de alguma forma colocadas não só em oposição, mas sobretudo no que se refere ao modelo biomédico, situa-o muito próximo das práticas médicas e ao modelo de enfermagem próximo de práticas profissionais com a autonomia que qualquer profissão aspira.

Num trabalho relativamente recente e sem que as suas conclusões possam ser generalizadas duas enfermeiras estudaram o posicionamento dos enfermeiros

face à profissão, em três categorias:

- “O enfermeiro hipertecnista ou tecnicista - aquele que valoriza os cuidados de enfermagem na técnica e numa grande competência;
- O enfermeiro que enfatiza o cuidar, pondo a tónica dos cuidados na interacção;
- O enfermeiro que se preocupa em desempenhar somente tarefas” (Gândara e Lopes 1992:20).

Emergem desta classificação formas distintas de conceber o papel da enfermeira na prática profissional: um papel técnico-relacional (misto), um papel exclusivamente técnico ou instrumental e um outro indefinido centrado nas tarefas a realizar provavelmente num determinado espaço e num determinado tempo, dividido por turnos (manhã, tarde, noite).

Segundo Nunes, as práticas profissionais em enfermagem são influenciadas directamente pela transição política que ocorreu com a substituição do modelo de assistência caritativa pelo de beneficiência pública, tornando-se o hospital como uma instituição pública, levando a modificações nos desempenhos esperados dos corpos profissionais. A implicação directa na enfermagem foi a necessidade de se formar um género de profissionais que coadjuvasse o médico e em quem este delegasse tarefas específicas (Nunes 1998).

Caracterizando o momento actual, esta mesma autora, refere que os enfermeiros começaram a distinguir-se das acções médicas, ou seja, a sua prática de cuidados deixou de estar vinculada apenas à execução exclusivamente dos cuidados prescritos por estes. “A natureza dos cuidados de enfermagem passou a privilegiar como foco de atenção/actuação a pessoa, quer na sua situação de doente, quer na situação de saudável, em inter-relação com o ambiente. Constatamos que, gradualmente, a enfermagem foi adquirindo autonomia profissional, graças aos conhecimentos teóricos, à metodologia de trabalho e aos resultados obtidos nas áreas de actuação que a caracterizam: prestação de cuidados, docência e investigação” (Nunes 1998: 22).

Uma situação particularmente interessante foi descrita por Marta Lima Basto, quando numa referência ao estado actual da arte no nosso país, no que se refere concretamente ao modo como os enfermeiros estão na profissão, aponta três tipos de posições, tal como se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro n.º 2
Tipos de situações encontradas em alguns serviços de saúde
que caracterizam a forma como os enfermeiros estão na profissão

TIPOS DE SERVIÇO DE SAÚDE E FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS	ALGUMAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DA SITUAÇÃO	RELAÇÃO DOS PROBLEMAS DOS ENFERMEIROS COM O CONTEXTO DA PRÁTICA	FORMA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DOS ENFERMEIROS	HIPÓTESES DE SOLUÇÃO A CONSIDERAR PELA AUTORA
Serviços onde as equipas são caracterizadas por enfermeiros para quem está claro, que o seu trabalho consiste numa série de tarefas, da iniciativa e responsabilidade do médico	O trabalho termina quando as tarefas estão completas. Os enfermeiros não discutem o que são cuidados de enfermagem	Os problemas dos enfermeiros relaciona-se com as condições de trabalho, com o cansaço e desprazer no que fazem e não com o que é e para o que estão a fazer	Como desempenhar todas as tarefas, o mais correctamente possível, em tempo útil	Melhorar as condições de trabalho e reflectir, a nível da equipa, sobre o que se acha que são cuidados de enfermagem.
Serviços onde as equipas seguem o modelo biomédico ou seja, centram os cuidados no tratamento da doença no curar, numa parte do corpo e não na pessoa na sua totalidade, quaisquer que sejam as razões do seu mal estar.	Os enfermeiros sentem-se descontentes com os cuidados que prestam, pensam no que poderá ser feito para melhorar os cuidados, comparam o que fazem com o que sabem que se faz noutros serviços ou é ensinado nas escolas e querem demonstrar que é possível melhorar os cuidados de enfermagem.	Neste tipo de condições os enfermeiros estão descontentes com o que fazem e querem mostrar que têm um papel importante na equipa de saúde.	Como demonstrar que o trabalho que o enfermeiro realiza é indispensável e diferente do dos outros técnicos.	Organizar o trabalho de forma a que cada enfermeiro esteja mais tempo junto do doente, para que, conhecendo-o bem, poder melhorar os cuidados que presta e transmitir e discutir com os médicos os cuidados de saúde de que a pessoa carece.
Serviços onde na equippe predominam enfermeiros que sabem que prestar cuidados de enfermagem é uma actividade criativa e científica própria dos enfermeiros, distinta de outros técnicos	Os enfermeiros sabem: - que a sua actuação leva os utentes a sentirem-se melhor, a uma mais elevada qualidade de vida, a um maior bem-estar; - distinguir as suas actuações independentes das interdependentes, perante os problemas do cliente; - explicar o como e o porquê da sua actuação; - registar a sua actuação, valorizando a forma como comunicam com o cliente; - utilizar um raciocínio lógico;	Estudam vários conceitos de enfermagem, o processo de enfermagem e modelos teóricos e apesar disso não relacionam o que fazem com os valores, premissas e teorias que estão na base da sua prática. Estão descontentes e têm dificuldade em explicar o como e o porquê da enfermagem.	Como identificar e valorizar o que fazemos, em relação ao que os teóricos de enfermagem já clarificaram ou, dito de outra forma, será que estamos a seguir um modelo teórico já existente ou o nosso próprio?	- Analisar os modelos teóricos já divulgados, para o que é indispensável aplicá-los, pelo menos a um número limitado de casos; - decidir adoptar um deles; - utilizar o processo de enfermagem de acordo com o modelo adoptado.

FONTE: BASTO, Marta Lima - *Cuidados de enfermagem em Portugal. O como e o porquê.* p. 77-78, publicado por MENDES, na Revista Portuguesa de Enfermagem, nº 2, 1996, p. 33.

O primeiro grupo de enfermeiros desempenha uma actividade profissional quase inteiramente dependente da actividade profissional do médico e as tarefas que não decorrem das prescrições médicas são consideradas tarefas menores (cuidados com a higiene, vestir, despir, alimentação etc.), a comunicação decorre das restantes tarefas, os registos são tarefas incómodas e desagradáveis.

O segundo grupo centra toda a sua prática numa perspectiva do modelo biomédico e os enfermeiros consideram uma utopia orientar a actividade profissional segundo um modelo de enfermagem.

No grupo restante, os enfermeiros estão em condições de guiar a actividade profissional de acordo com um modelo de enfermagem uma vez que entendem a natureza dos cuidados de enfermagem e provavelmente será mais por um contexto organizacional que não operacionalizam a enfermagem por essa via.

Parecem emergir desta análise dos cuidados de enfermagem duas formas também diferentes de conceber a orientação da prática profissional:

Uma orientação tendencialmente virada para o tratar (na primeira e segunda situação) e uma orientação tendencialmente virada para o cuidar (na terceira situação).

Numa entrevista publicada na revista *Sinais Vitais* (nº 16 de Janeiro/98), Francisco Moita Flores afirma que “não é possível acreditar em revoluções de mentalidades feitas em anos, ou em dias ou semanas, fala-se sempre em séculos. A enfermagem tem uma das profissões recentes da história da humanidade, tem 100 anos e os passos que foram dados foram de tal modo importantes que fazem acreditar que nos próximos 100 anos, mais se irão dar. Agora, não se pode acreditar em revoluções estruturais de um dia para o outro, hoje ser médica, advogada, engenheira é uma banalidade, há 50 anos não era, e as mulheres têm o mesmo tempo de existência que os homens, milhões de anos! O que são 50 anos em milhões de anos? O que são 100 anos na história de uma profissão que augura ter milhões de anos de futuro? Ninguém nos sabe dizer até que ponto é que isto vai mudar, mas vai mudar” (Flores 1998: 10).

Alberdi Casteli ao fazer a análise da prática da enfermagem em Espanha, distinguiu três formas diferentes de perceber a profissão em resultado da existência de perspectivas de exercício profissional muito distintas: As enfermeiras cuidadoras; as enfermeiras tecnológicas e as enfermeiras ATS (auxiliares técnicas de saúde). Os dados estão agrupados num quadro já publicado em 1997 na *Revista Servir* e que transcrevo a seguir, para que melhor se diferenciem as ideias da autora.

Quadro n.º3

As concepções de enfermeira segundo Alberdi Casteli

TAXONOMIA ELEMENTOS	ENFERMEIRAS TÉCNOLÓGICAS	ENFERMEIRAS CUIDADORAS	ENFERMEIRAS ATS
NÚCLEO DO TRABALHO	O diagnóstico e o tratamento da doença	As necessidades do doente	O trabalho médico
OBJECTIVO DO TRABALHO	Conseguir o diagnóstico e o tratamento mais eficaz.	A satisfação das necessidades do doente.	O maior rendimento do trabalho do médico.
ÁREA DE ACTUAÇÃO MAIS ADEQUADA	- Cuidados intensivos. - Urgências. - Bloco operatório. - Serviço de queimados.	- Enfermarias gerais - Serviços de saúde pública - Enfermarias de doentes crónicos.	- Qualquer área onde o médico necessite de ajuda.
ÁREAS DE FORMAÇÃO PÓS – BÁSICA	Especializações de acordo com as especializações médicas.	Especializações baseadas nas necessidades do indivíduo ao longo do ciclo vital	Modelo de formação que mais se assemelha ao modelo de formação médica.
FINALIDADE DO DISCURSO PROFISSIONAL	- Definir áreas de responsabilidade actuais - Assumir as novas áreas de actuação que surgem à volta do diagnóstico e do tratamento, adaptando as funções da enfermeira a essas especialidades	- Formular claramente uma identidade diferenciadora, redefinindo as áreas de responsabilidade actuais. - Demonstrar a necessidade do seu contributo específico para o sistema de saúde.	Nota: As enfermeiras ATS ao conceberem-se como ajudantes não necessitam de definir o seu contributo específico nos cuidados de saúde
DIFICULDADES NA CONSTRUÇÃO DO DISCURSO	Devem conquistar um lugar dentro de uma estrutura já estabelecida em que as responsabilidades estão rígidamente delimitadas e as novas tendem a ser distribuídas a outras profissões	Reverter a finalidade do sistema de saúde, contrariando o poder máximo atribuído ao médico na determinação das necessidades do indivíduo.	Nota: Não têm dificuldades, porque não têm necessidade de construir um discurso profissional.

Adaptado de: ALBERDI CASTELL, Rosa Maria - *Sobre las concepciones de la enfermería*. p. 25-30, publicado na Revista servir 45(1), Jan/fev. 1997, p. 4.

As diferentes concepções propostas por Alberdi Casteli apontam igualmente para duas formas de orientação das práticas profissionais: a prática profissional essencialmente centrada no modelo biomédico com orientação para tratar (*pelos enfermeiras tecnológicas e pelas enfermeiras ATS*) e uma prática profissional que pode ser considerada mais consentânea com modelos de enfermagem e orientada para o cuidar, assumida pelas *enfermeiras cuidadoras*.

Após estas considerações teóricas sobre as práticas profissionais pode-se concluir que:

- Não há uma forma uniforme de conceber a prática profissional em

enfermagem, sendo que nesta linha de pensamento alguns críticos apontam a existência de várias práticas de enfermagem.

- Das produções escritas pelos diferentes autores, parece predominar uma orientação para a prática profissional que tende a estar centrada no modelo biomédico onde parecem dominar a execução de tarefas decorrentes das prescrições de outro pessoal da saúde (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas etc.)

- Existe no entanto um grupo restrito que pretende questionar uma forma diferente de conceber a enfermagem e que orienta a sua prática segundo uma concepção que pode ser definida como tendencialmente virada para modelos de enfermagem.

- Não parece existir em nenhum dos grupos a necessidade de questionar a experiência e de reflectir sobre as práticas profissionais vigentes.

- A análise do percurso da profissão faz emergir a ideia de que existem mudanças significativas na forma como os enfermeiros concebem a profissão pelo que as alterações que esperamos no futuro poderão ser no sentido da construção de uma profissão mais estabilizada no mundo da saúde e socialmente mais reconhecida.

2.3 - A INTERFERÊNCIA DA FORMAÇÃO E DAS ORGANIZAÇÕES NOS DESEMPENHOS PROFISSIONAIS

Segundo o Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem (CEE, 1987), “os currícula deverão ter em conta o modelo de enfermagem que mais se adequa à natureza das populações”, contudo estas orientações a par da legislação citada na introdução, nem sempre são cumpridas pelas escolas de enfermagem ou pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

A formação em enfermagem desde a criação da primeira escola de enfermagem até ao momento, tem sofrido uma evolução considerável. São considerados marcos significativos o ano de 1952, quando o Curso de Enfermagem Geral passa a ter a duração de três anos, 1965 e 1976 anos de reformulações significativas nos planos de estudo, 1988 ano da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional a nível Ensino Superior Politécnico (Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro), passando o curso de enfermagem a conferir o grau de bacharel e em 1999 as Escolas Superiores de Enfermagem passaram a ministrar o curso de licenciatura em enfermagem.

A Declaração de Munique aprovada por unanimidade na 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde que se realizou de 15 a 17 de Junho de 2000, aponta para que se valorize a formação em enfermagem e para que a formação pré-graduada e pós-graduada seja em conjunto com outros profissionais de saúde que trabalham em equipa.

Frade bastante crítica aos processos de formativos formais e não formais adianta no entanto que a formação e a cultura dos serviços de saúde reforçam, numa forma geral, os rituais. O papel atribuído à enfermeira pelas organizações de saúde e pela população em geral é o de funcionária, um papel dependente, de cumprimento de regras estabelecidas por outros, quer esses outros sejam da própria profissão, como enfermeira-chefe e supervisoras, quer sejam de outros grupos da equipa de saúde, como médicos e terapeutas (Frade 1998).

A crescente pressão das organizações profissionais no sentido de tornar o papel de enfermeira uma actividade autónoma, de iniciativa da própria, com base na literatura de enfermagem, não tem sido suficiente para mudar a situação. Há

que analisar cuidadosamente se a formação em enfermagem está realmente a valorizar esse papel ou, pelo contrário, a "vender" uma ideologia e a praticar o oposto (Frade 1998).

O estudo que Frade realizou levou-a a concluir que a formação pela ideologia pode ser perversa, pois vai aumentar a distancia entre as teorias adoptadas e as teorias em uso, em vez de as aproximar.

A própria expressão "autonomia" não é facilitadora de mudança. O trabalho da enfermeira não é, nem se pretende que venha a ser, autónomo/independente. O que se pretende defender é um trabalho com o cliente, em primeiro lugar, e com outras enfermeiras e os restantes membros da equipe de saúde, em segundo. Será sempre um trabalho interdependente. Não se estará aqui, mais uma vez, a pretender defender uma ideologia de forma contraditória? Isto é, para atingir uma finalidade legitima, utilizar meios (palavras, neste caso), não legítimos, porque falsos, impossíveis de ser assumidos por quem vive as dificuldades diárias de uma relação de dependência dos médicos e da hierarquia de enfermagem? Não se estarão a utilizar estratégias de mudança pouco adequadas, que desacreditam as suas defensoras? Não haverá aqui uma possível analogia com os movimentos de "libertação" da mulher, que, passado o choque das campanhas iniciais, mudaram de estratégias, passando a valorizar o que há de positivo para as próprias e para os outros? (Frade 1998).

O que importa, acima de tudo, é a possibilidade das equipas de enfermagem analisarem os cuidados que prestam, de forma a poderem tomar decisões quanto ao tipo de cuidados de enfermagem que pretendem. É possível que algumas optem por manter um trabalho rotineiro, sem actividades da sua iniciativa. É de respeitar e compreender as razões que levam a tal decisão. Nessa análise é também importante que as equipas de enfermagem considerem as possibilidades que têm de modificar o seu próprio trabalho.

Um dos factores desfavoráveis à mudança é a percepção de pouco controlo sobre os cuidados de enfermagem. Se essa análise fosse feita, as equipas teriam provavelmente uma ideia clara da variedade de conceitos de enfermagem, ideologias, práticas e estratégias existentes.

A necessidade de analisar as práticas de cuidados de enfermagem é de tal forma premente que foi reconhecida pelo Conselho Internacional de Enfermeiras. Este Conselho tem como meta chegar a uma classificação das

situações/condições dos clientes que justificam os cuidados, das intervenções e dos resultados dos cuidados de enfermagem. Esta será a maneira de clarificar o que as enfermeiras fazem de útil. As associações nacionais estão empenhadas neste esforço. Para chegar a uma classificação da prática, tanto se pode seguir uma metodologia dedutiva como uma indutiva. A classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA (1994) e a classificação de intervenções de enfermagem desenvolvida na Universidade de Iowa (1993) são exemplos da utilização da metodologia dedutiva, estando estas classificações a ser testadas na prática. Paralelamente, existe um projecto europeu no sentido de identificar fenómenos de enfermagem que permitirão chegar a diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem. Neste caso foi utilizada uma metodologia indutiva, pois foi a partir de expressões utilizadas pelas enfermeiras em vários países da Europa que se chegou à primeira versão da classificação, que está a ser testada e adaptada à cultura de cada país. A classificação dos resultados dos cuidados de enfermagem só poderá ser conseguida depois de desenvolvidas as outras duas, de diagnósticos e de intervenções.

Uma das vantagens da utilização das classificações já conhecidas é um menor esforço para atingir uma linguagem comum, mas o risco é serem utilizadas mecanicamente, como já assistimos com a colheita de dados e o denominado "processo de enfermagem". Uma das vantagens da identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem a partir da prática real é a valorização de um trabalho, até agora com pouca ou nenhuma visibilidade, o que, só por si, irá tornar mais forte a percepção do controlo dos cuidados de enfermagem. Uma das desvantagens é a morosidade de todo este processo (Frade 1998).

2.4 - A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A ideia de uma classificação de enfermagem que pudesse expressar o conteúdo da prática de enfermagem em diferentes regiões, que permitisse compará-lo entre as regiões, entre as populações e entre diferentes épocas colocou-se como um desafio ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE).

Este Conselho no encontro do Conselho de Representantes Nacionais em 1989 em Seul, através de uma resolução dirigida ao Colégio de Directores do Comité de Serviços Profissionais, desencadeou o estudo da necessidade e

viabilidade de um projecto com essa finalidade, com o argumento desenvolver uma classificação internacional uma vez que existia o entendimento de que sem uma linguagem compartilhada que pudesse expressar o que as enfermeiras fazem, relacionando as necessidades de cuidados e os objectivos da intervenção das enfermeiras, seria muito difícil encontrar-se um entendimento comum sobre a natureza dos cuidados de enfermagem. Além disso, o CIE teria identificado que a enfermagem estava a utilizar instrumentos inadequados para expressar a sua prática o que a tornava politicamente mais vulnerável.

Desde a resolução do CIE em 1989 que se têm constituído grupos de trabalho para se debruçarem sobre a classificação da prática da enfermagem. Em 1991 as associações-membro do CIE (em Portugal a Associação Portuguesa de Enfermeiros, APE) foram consultadas sobre quais seriam as classificações que em cada país as enfermeiras utilizavam para indicar a sua prática e se estavam a desenvolver algum sistema de classificação de enfermagem.

Em 1995 e 1996, alguns grupos de trabalhos encontraram uma estrutura taxonômica que permitiu ordenar num sistema lógico, segundo os princípios aplicados às classificações em qualquer disciplina, os termos obtidos e os novos que surgissem de novas classificações em desenvolvimento. Os termos encontrados, associados a outros termos que o CIE foi identificando nas reuniões consultivas com representantes de diversos países, constituíram as peças iniciais do trabalho de classificação. Os termos obtidos foram analisados e organizados num sistema de classificação projectado especificamente para esse fim. Trata-se de um sistema dinâmico, que deve reflectir e responder às mudanças e evolução da prática de enfermagem e a que se deu o nome de Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, que foi apresentada em Genebra no encontro de consultores no ano de 1996 e editada inicialmente com o nome de Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE/ICNP) - versão alfa (IGIF 1999).

Em Portugal começou a ser estudada em 1999 através de um grupo nomeado pela Ministra da Saúde, Dr^a Maria de Belém, e adstrito ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde com o nome de GUIE (grupo de utilização da informática em enfermagem). Este grupo foi dissolvido em Junho de 2000 e o estudo passou para a ser desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros com a colaboração da Associação Portuguesa de Enfermeiros.

2.4.1 – Características gerais da Classificação internacional da prática de enfermagem

De uma forma geral o desenvolvimento de uma classificação pode ser descrito em três etapas: a primeira envolve identificar os termos que se quer classificar (o vocabulário); a segunda exige que os conceitos sejam agrupados por características comuns e a terceira que se organize em uma hierarquia lógica os termos escolhidos e agrupados (a classificação).

O levantamento do CIE quanto às classificações existentes forneceu os elementos iniciais para a primeira etapa. Isto é, os termos das classificações existentes foram trabalhados em termos das suas características para serem agrupados segundo as mesmas. A CIPE caracteriza-se por regras de classificação segundo as quais todos os conceitos se definem e se situam sistematicamente num marco de relações hierárquicas. Esse tipo de relações é aquele em que um conceito de ordem superior é dividido em conceitos subordinados para formar outros níveis, designados de níveis de abstração.

Dessa forma, deve-se ter em mente, ao analisar a CIPE, que o termo de topo - o que dá origem aos outros termos nos quais vai se subdividindo - deve expressar um conceito que tenha todas as características dos termos a ele subordinados. Além disso torna-se necessário que os termos subordinados de um mesmo nível compartilhem características do termo superior e, ao mesmo tempo diferenciem-se entre si por características específicas. Diz-se que essas relações são do tipo género e espécie. Assim podemos dizer que "Factores que influenciam a saúde" é um termo genérico (de género) que se subdivide em "Fenómenos de enfermagem" (espécie 1) e "Fenómenos outros que não os de enfermagem" (espécie 2). Estes três termos devem expressar conceitos que compartilhem características; o primeiro termo é mais abstracto que os outros dois; os dois últimos têm características herdadas do termo superior e que, entre eles, se diferenciam por características específicas. O primeiro termo de uma classificação é designado de termo de topo. As classificações desse tipo podem ser representadas por diagramas em que os termos superiores vão se subdividindo em termos subordinados.

A identificação de um conceito a ser classificado e a escolha do termo que se utilizará para expressar o conceito, o agrupamento dos conceitos segundo características comuns e a ordenação dos grupos em uma hierarquia lógica são os passos que constituem o desenvolvimento da classificação.

A finalidade e os objectivos de uma classificação para a prática de enfermagem são:

“- estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem com a finalidade de melhorar a comunicação entre as enfermeiras e entre elas e os outros;

- descrever os cuidados de enfermagem dispensados à população em diversos contextos institucionais e não institucionais;

- tornar possível a comparação de dados de enfermagem entre as distintas populações clínicas, contextos, regiões geográficas e períodos;

- demonstrar ou projectar as tendências da prestação dos tratamentos e cuidados de enfermagem e da atribuição dos recursos aos doentes segundo as suas necessidades;

- estimular a investigação de enfermagem mediante vinculação com os dados disponíveis nos sistemas de informações de enfermagem e nos sistemas de informações de saúde;

- propiciar dados sobre a prática de enfermagem para influenciar na elaboração das práticas de saúde” (IGIF 1999: 40).

A normalização da linguagem da enfermagem não implica em normalizar a prática de enfermagem uma vez que cada decisão de enfermagem e cada paciente são únicos. Contudo, é necessário certa normalização da linguagem para se poderem partilhar os conceitos de uma profissão (IGIF 1999).

Para se conseguir que a CIPE funcione como uma estrutura unificadora em todo o mundo foi considerado que devia ser:

- suficientemente extensa para servir múltiplos fins;

- suficientemente simples para ser vista como útil pelos enfermeiros prestadores de cuidados;

- consistente como um quadro conceptual mas não dependente dele;

- sensível a diversidade cultural;

- reflectir valores comuns dos enfermeiros em todo o mundo;

- incluir Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções e Resultados;

- ser definida, testada, melhorada, e aumentada através de um processo dinâmico e consensual de avaliação;
- ser utilizável de forma complementar ou integrada na família das classificações.

O plano de 1992 Conselho Internacional de Enfermeiros, incluía algumas actividades para desenvolver uma CIPE, com processos específicos e produzir componentes para alcançar o reconhecimento das comunidades nacionais e internacional de enfermagem. Isto foi feito com base em vários projectos internacionais. A versão alfa foi estabelecida em 1996 baseada no projecto Telenurse. Os primeiros comentários dos diferentes países levaram a algumas alterações na versão alfa e em 1999 surgiram mais alterações durante a preparação da versão beta.

Os desenvolvimentos actuais da versão beta incluem três componentes bases:

- “- Fenómenos de enfermagem;
- acções de enfermagem (a mudança deste termo destina-se a melhor reflectir comportamentos dos enfermeiros na prática, incluindo as intervenções;
- Resultados dos cuidados de enfermagem.

Os três componentes são classificados usando uma abordagem de eixos múltiplos. Isto significa que os conceitos, na classificação, estão ordenados em estruturas hierárquicas diferentes podendo ser feitas diversas combinações mediante a escolha de termos de diferentes hierarquias” (Gossen 2000: 17).

3 – OS DOIS CONTEXTOS DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

3.1 - O HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO

Há quinhentos anos que o Hospital de Évora está aberto ao serviço da população da cidade. Ao longo destes cinco séculos, o Hospital sofreu diversas alterações e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia; e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora; agora é de novo chamado Hospital do Espírito Santo.

Nos fins do séc. XV, existiam na cidade de Évora, pelo menos, doze pequenos hospitais, também chamados albergarias ou hospícios, destinados a recolher os romeiros, os pobres, os peregrinos e os enfermos. Eram os seguintes: Hospital de S. João de Jerusalém, o mais antigo (talvez até de Portugal), fundado por um grupo de “homens bons”, com ajuda de D. Afonso Henriques, logo após a conquista da cidade de Évora aos mouros, situado entre as Ruas dos Mercadores, Moeda e Alconchel; Hospital do Corpo de Deus da Sé, junto à Catedral; Hospital de Santo Antonino ou Santo Antão, junto da igreja de Santo Antão; Hospital de S. Bartolomeu, fora da Porta de Aviz; Hospital de S. Gião ou S. Julião, cuja localização se ignora; Hospital de S. João, junto à muralha e perto da Porta de Moura; Hospital do Salvador, na Rua das Fontes, anexado ao Hospital de Jerusalém em 1391; Hospital do Espírito Santo, provavelmente no mesmo lugar onde se encontra hoje o Hospital; Hospital de S. Bento, junto ao convento do mesmo nome, destinado aos leprosos; Hospital de S. Francisco, junto do seu convento; Hospital da Santíssima Trindade, anexado no séc. XIII ao do Corpo de Deus da Sé; Hospital de S. Brás, para os doentes vítimas da peste de 1479.

Depois do Hospital Real do Espírito Santo, há notícia de terem sido criados, na cidade, quatro pequenos hospitais, com fins específicos: o Hospital da Universidade, mandado fazer pelo Cardeal-Rei, para tratar os estudantes pobres da sua Universidade; o Hospital do Conde, instituído por D. Fernando de Castro, primeiro Conde de Basto, no local da actual Travessa do Hospital do Conde, para homens e mulheres que já não pudessem ganhar a vida; o Hospital de Santo André, fora da Porta do Raimundo, para doentes com lepra, arrasado, em 1663,

na invasão da cidade por D. João de Áustria; e o Hospital de S. João de Deus, fundado por Bartolomeu do Vale, junto à Porta de Aviz, para a convalescência dos doentes saídos do Hospital Real.

Os historiadores não são unânimes, nem quanto à fusão dos hospitais, nem quanto à fundação do Hospital do Espírito Santo, no entanto o historiador António Franco escreveu que, D. João II alcançou do Papa a autorização de unir num só hospital os diversos existentes em qualquer cidades e foi assim que a partir do de 1492 se juntaram os de Évora num só chamado do Espírito Santo, contudo a sua construção começara no ano de 1495.

Túlio Espanca, por sua vez, escreveu: “Fundado no ano de 1492, a instâncias de D. João II que, para o efeito, reuniu cerca de 12 hospitais e albergarias dispersas pela cidade e que, nalguns casos subsistiam em difíceis circunstâncias económicas, a sua existência oficiosa teve confirmação papal de Alexandre VI, dada pela Bula de 23 de Agosto de 1498, em benefício do rei D. Manuel” (Espanca 1966:176).

Em 6 de Abril de 1567, o Hospital do Espírito Santo foi solenemente entregue, «in perpetuum», pelo Cardeal D. Henrique, à Mesa da Santa Casa da Misericórdia de Évora, que o administrou durante 409 anos¹.

A 2 de Abril de 1975, por imperativos legais, o Hospital do Espírito Santo, passou para a tutela do Estado.

Em 1975, verificou-se a entrada em funcionamento do edifício novo do Hospital sendo que nos últimos 20 anos, o Hospital de Évora, tem feito um significativo esforço de modernização e diferenciação.

- Criação do Serviço de Anatomia Patológica e da Morgue, instalados em edifício novo (1979);
- Remodelação do edifício anexo ao Hospital e criação da Unidade de Hemodiálise (1986);
- Criação do Serviço de Cardiologia, com uma Unidade de Cuidados Intermédios de Coronários (1990);
- Criação da Unidade de Neonatologia (1990);
- Remodelação do Serviço de Urgência, criação do balcão de Pediatria e

¹ Actas do Congresso comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora – 1996.

ampliação da Sala de Observações (1991);

- Criação de Núcleos de Exames Especiais (1991);
- Aquisição e instalação da TAC, de equipamento actualizado para exames do aparelho digestivo (1992);
- Remodelação total do Serviço de Medicina (1992);
- Substituição dos telhados da parte velha (1992);
- Aquisição de equipamento para a introdução da Cirurgia Laparoscópica e Artroscópica (1993);
- Criação da Unidade de Cuidados Intensivos (1994);
- Remodelação do Serviço de Urgência (1997)
- Anexação ao hospital do edifício do hospital do Patrocínio (1995).
- Criação do novo serviço de consultas externas no edifício do Hospital do Patrocínio (1997).

O Hospital de Évora tem vindo a melhorar a prestação de cuidados de saúde, quer com o aumento do seu quadro de pessoal e melhoria da sua formação, quer com a instalação de equipamento tecnológico avançado, tornando-o uma Unidade de Saúde com a vitalidade que lhe advém da consciência do seu dever. Velho de cinco séculos, o Hospital do Espírito Santo, fundado presumivelmente em 1495, é hoje uma instituição que se pretende renovada e aberta à comunidade com um total de 205 médicos, 412 enfermeiros e 155 técnicos de saúde.

3.2 – O CENTRO DE SAÚDE DE ÉVORA

O Centro de Saúde de Évora, tem sede no Largo do Paraíso. Pensa-se que teve a sua origem como estrutura de acolhimento de pobres nesse mesmo local em 1430. Durante muitos anos esteve ligado ao acolhimento de pobres, desconhece-se a sua utilidade em longos períodos de tempo, chegando mesmo a funcionar como Sede do Lusitano Ginásio Clube. Em 1943 passou a funcionar como Instituto Maternal . Em 1972 após um período de remodelação passou a funcionar efectivamente como centro de saúde onde funcionavam as valências de saúde materna, vacinação e cuidados médicos de base. Em 1974 começou a funcionar a consulta de planeamento familiar. Em 1983 com a integração dos

serviços médico-sociais agregaram-se ao centro de saúde a Unidade de Saúde n.º 1, do Chafariz d'el Rei, a Unidade de saúde n.º 2 da Rua de Aviz e a Unidade de Saúde n.º 3 no Bairro da Cruz da Picada. Depende ainda do Centro de Saúde de Évora a Consulta de Urgência do Centro de Saúde de Évora (CUCSE) e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

A Zona de influência do centro de saúde é todo o concelho de Évora com cerca de 50.000 utentes. Tem actualmente como áreas de funcionamento: a vacinação, a saúde materna e planeamento familiar, a saúde infantil, a saúde escolar, a consulta de enfermagem de hipertensão e de diabetes, a higiene oral, a avaliação da robustez física, consultas médicas, assistência domiciliária médica e de enfermagem. Ali desempenham funções 30 enfermeiros, 32 médicos, 30 administrativos, 16 auxiliares de apoio e vigilância, 5 técnicos de saúde².

3.3 - O CENTRO DE SAÚDE DE VENDAS NOVAS

Os primeiros serviços de saúde em Vendas Novas surgiram em 26 de Janeiro de 1941 altura em que foi inaugurado o Hospital da Misericórdia designado por Hospital Dr. Custódio Cabeça, benemérito que fez a doação do terreno para a sua construção.

Em outubro de 1975 foi inaugurado o centro de saúde, a funcionar em edifício próprio no centro da vila. Nessa altura faziam parte do quadro cinco médicos, duas enfermeiras, uma auxiliar de saúde pública, um administrativo, um técnico sanitário e uma auxiliar de acção médica.

Em 1977 foram criados em Vendas Novas os serviços médico-sociais que desempenhavam uma actividade própria de acordo com os objectivos para que tinham sido criados a nível nacional. Só em 1983 se deu a junção destes com o Centro de Saúde e Hospital, pelo passaram todos os serviços com o nome de Centro de Saúde Integrado a funcionar no Hospital da Misericórdia até Junho de 1997. A partir de Julho de 1997 o centro de Saúde de Vendas Novas, funciona em edifício construído para o efeito.

Foi neste mês de Julho de 1997 que se deu a passagem de alguns

² Dados fornecidos pelo Enfermeiro Chefe do Centro de Saúde.

serviços do antigo Hospital da Santa Casa da Misericórdia para o novo edifício do Centro de Saúde. Foram transferidos Os Serviços Administrativos, Consultas Externas e Ambulatório. Ficaram no antigo edifício o Serviço de atendimento Permanente, o Serviço de Radiologia, e o Serviço de Internamento. Em Agosto de 1999, Os restantes Serviços passaram a funcionar no novo edifício, ficando contudo desactivados o Serviço de Radiologia, por reforma do técnico (limite de idade), e o Serviço de Internamento.

O actual Centro de Saúde é constituído por dois pisos, no rés do chão funcionam os Serviços de Atendimento Permanente, Ambulatório, Consultas Externas, Administrativos, Sociais, Esterilização e Apoio Geral. Neste piso encontram-se ainda a Recepção, Farmácia, Arquivo, Sala de Estomatologia, Manutenção, Morgue e Garagem.

Do primeiro andar fazem parte Os gabinetes da Direcção, da Enfermeira Chefe, da Chefe de Secção Administrativa, da Delegada de Saúde, do Técnico Sanitário e um gabinete dos Serviços Administrativos que dá apoio a Direcção e a Delegada de saúde. Existem ainda uma Sala de Computadores, uma Sala de Planeamento, uma Sala de Reuniões, um Bar, uma Arrecadação e um Arquivo.

As instalações são novas e o espaço físico é amplo, existindo gabinetes em número suficiente para o desempenho das diversas actividades, os quais oferecem total privacidade aos utentes, contribuindo assim para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como o bem estar do utente.

As salas de espera são em número de quatro, número que se mostra suficiente em termos de localização e de espaço físico, embora necessitando de uma sala para crianças enquanto aguardam pela consulta de Saúde Infantil. Todavia, a curto prazo, parece ser uma situação possível de concretizar pelos Serviços.

Em termos de Recursos Humanos, fazem parte dos quadros da instituição: oito médicos (uma assistente graduada de Saúde Pública, dois assistentes graduados de Clinica Geral e assistentes de Clinica Geral) nove enfermeiros (uma enfermeira chefe e oito onze funcionários administrativos (uma chefe de secção, uma oficial administrativa

especialista, três assistentes administrativos principais e seis assistentes especialistas) seis auxiliares de apoio e vigilância; cinco auxiliares de acção médica; um técnico sanitário; uma odontologista; uma roupeira; uma costureira e uma operadora de lavandaria. Prestam ainda serviço no Centro de Saúde, médicos e enfermeiros de outros serviços de saúde, os quais em conjunto com o pessoal do quadro asseguram o funcionamento do Serviço de Atendimento Permanente; uma assistente social (que se desloca à instituição sempre que necessário) e uma higienista (duas vezes na Semana).

Face as actividades desenvolvidas, os recursos humanos em termos de enfermagem mostram-se insuficientes, pois para além de quatro enfermeiros que se deslocam de Évora para a prestação de cuidados de enfermagem no SAP, os elementos do quadro necessitam fazer horas extraordinárias de forma a assegurar o funcionamento dos Serviços³.

³ Dados fornecidos pela Enfermeira Chefe do Centro de Saúde.

4 - METODOLOGIA

Em qualquer processo de investigação considera-se necessário dispor de procedimentos empíricos controlados, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão para que as tomadas de decisão se apresentem correctamente adequadas ao estudo em causa.

O desenvolvimento de procedimentos padronizados de recolha de informação sobre o real (como, por exemplo, as técnicas do inquérito por questionário, da entrevista, da análise de conteúdo) “contribuiu, sem dúvida, poderosamente para que o processo de observação sociológica em sentido amplo se tornasse uma fase do trabalho científico cada vez mais sistemática e racionalmente controlada” (Almeida e Pinto 1986:55).

Ao longo do Século XX, independentemente das razões que conduzem ao actual estado de coisas, as ciências sociais têm-se caracterizado por duas grandes formas de empreender a recolha de informação verbal. Por um lado, assistiu-se ao enorme crescimento e mesmo preponderância de inquéritos por questionário tentando trilhar caminhos paralelos aos que as ciências da natureza seguem. No essencial, trata-se de procedimentos orientados por uma postura positivista que visa descobrir ou descrever um mundo “objectivo”, “tal como é” e através de medidas “verdadeiras”. Com este fim, utiliza-se normalmente o modelo estímulo-resposta, assumindo que cada pergunta é entendida do mesmo modo por toda a população inquirida (Foddy 1996).

Por outro lado, existe todo um conjunto de investigadores que, situando-se embora em diferentes quadrantes teóricos, pode globalmente considerar-se como utilizador de “métodos qualitativos” de investigação. Este grupo inclui antropólogos culturais, etnólogos e etnometodólogos. Os membros deste grupo comungam os pontos de vista subjectivista e fenomenológico segundo os quais as ciências sociais se devem interessar mais por dimensões “vivas” pelos seres humanos do que por impactes de quaisquer fenómenos físicos (Foddy 1996).

O inquérito é um dos instrumentos mais amplamente utilizados. “Desde os estudos de mercado às pesquisas puramente teóricas, passando pelas sondagens de opinião, poucas investigações psicossociológicas ou

sociológicas empíricas existem que não se apoiem parcial ou totalmente, em informações recolhidas em inquéritos” (Ghiglione e Matalon 1997:1).

Um inquérito consiste, em suscitar um conjunto de discursos individuais, interpretá-los e generalizá-los. Os problemas teóricos e metodológicos levantados pela sua prática e pela sua utilização estão relacionados com estas características e só podem ser analisados relativamente a elas. Os discursos que constituem a matéria prima do inquérito não são espontâneos, não são produzidos num vazio social que asseguraria a sua objectividade, obtêm-se numa situação muito particular de interacção social, situação em grande parte estruturada e não apenas pela relação estabelecida entre o entrevistador e o inquirido (Ghiglione e Matalon 1997).

O autor atrás citado aponta algumas críticas a esta forma de recolha de informação e condições gerais e potencialidades da sua utilização:

“1) O recurso ao inquérito é necessário de cada vez que temos necessidade de informação sobre uma grande variedade de comportamentos de um mesmo indivíduo, comportamentos cuja observação directa, mesmo que possível, levaria demasiado tempo, ou seria completamente impossível porque se reportando ao seu passado. Quando procuramos saber em que condições um indivíduo passou a sua infância, em quem votou nas últimas eleições, ou quando comprou ervilhas pela primeira vez, em geral não há nada mais a fazer senão perguntar-lho;

2) recorre-se igualmente ao inquérito quando a observação directa de certos comportamentos pressupõe uma intimidade frequente e, em termos práticos, inaceitável de um ponto de vista deontológico. Neste caso resta-nos contentarmo-nos com as descrições e as histórias que os indivíduos inquiridos quiserem narrar em resposta às nossas questões;

3) em cada uma destas situações o inquérito aparece como o substituto de uma observação muito difícil ou impossível. Somos ainda obrigados a recorrer a este método para compreender fenómenos como as atitudes, as opiniões, as preferências, as representações, etc., que só são acessíveis de uma forma prática pela linguagem, e que só raramente se exprimem de forma espontânea. É claro que poderíamos atribuir-lhe uma definição estritamente comportamental e, por exemplo, procurar inferir certas preferências a partir da observação de escolhas reais, ou eventualmente de escolhas suscitadas em situação experimental. Mas,

neste caso, estaríamos impedidos de colocar o problema das relações ou dos desacordos eventuais entre essas preferências e os comportamentos correspondentes. Por outro lado, observar um comportamento pode, muitas vezes, não ser suficiente. É preciso, igualmente, saber como é que o indivíduo o explica, que significado tem para ele, o que não saberemos se ele não o explicitar. Não quer isto dizer que nos ficaremos pelo conteúdo manifesto do que nos foi dito sobre o assunto em causa, devendo, em determinados casos, completar os inquéritos através de observações. Da mesma forma, será através de inquéritos que poderemos obter informações, factuais ou não, para ajudar a interpretar o que foi observado;

4) se opusermos agora o inquérito já não à observação mas à experimentação, aquele surge cada vez que aquilo que nos interessa não suscita mecanismos de alcance geral (por exemplo: "Qual é a influência da credibilidade da fonte, ou a influência exercida por uma mensagem?"), mas de fenómenos que se produzem num dado momento, numa dada sociedade, com toda a sua complexidade. Neste caso, a simplificação do laboratório, embora permita controlar melhor o que se passa e saber a que processos atribuir os fenómenos observados, impede uma transposição imediata para a situação real;

5) finalmente, e este ponto está muito próximo do anterior, é através do inquérito, e por vezes através da observação, que podemos obter informações sobre o que se passa num determinado momento. Qual é a percentagem de eleitores que tem uma intenção de voto em determinado partido? Quem são estes eleitores? Como é que a forma de uma determinada cidade afecta as relações sociais? Quais são os processos que levam a um determinado compromisso político? A experimentação, ou pelo menos só a experimentação, não permite responder a questões deste tipo, e a observação, quando possível, não é, na maior parte das vezes, suficiente pelas razões já expostas" (Ghiglione e Matalon 1997:13-14)

É igualmente preciso mencionar, embora este tipo de justificação se situe a um nível diferente dos anteriores, que o inquérito é uma técnica relativamente simples de aplicar, podendo ser realizado em praticamente qualquer lugar não sendo necessários quaisquer dispositivos de suporte como outras técnicas exigem.

Independentemente das virtualidades assinaladas, permanece o facto

de o inquirido ser totalmente dependente da linguagem - tudo o que dispomos é do que a pessoa pôde ou quis dizer. Poderíamos pensar que uma parte importante da metodologia dos inquiridos, visa atenuar, de diversas formas, esse inconveniente maior, nomeadamente no estado actual dos conhecimentos linguísticos. Embora o recurso a uma teoria semântica permitisse, eventualmente, remover aquele obstáculo, a descoberta de uma tal teoria, e a sua transposição da linguística para a psicologia, é ainda e apenas uma quimera infantil (Ghiglione e Matalon 1997).

4.1 - TIPO DE ESTUDO

Realizámos um estudo exploratório dado que não detínhamos informação suficiente sobre o assunto em estudo para enveredarmos para uma linha mais aprofundada de investigação, sendo por isso necessário ampliar o conhecimento através da análise dos dados recolhidos sobre as vivências profissionais dos enfermeiros.

Por outro lado, tal como Brink nos refere “os estudos exploratórios têm vindo a ser cada vez mais utilizados tendo um significado válido na teoria e na construção do conhecimento em enfermagem. Nesta perspectiva esta autora afirma mesmo que “o interesse do investigador não se centra na obtenção de resultados exemplares ajustáveis às teorias existentes, mas sim em procurar exemplos de pessoas que tenham experiências com o assunto principal do estudo” (Brink 1989: 141).

De acordo com os objectivos definidos, o contexto em que o estudo se realizou e a forma como conseguimos recolher a informação, estamos perante um estudo de caso, tendo em conta que se trata de uma situação circunscrita contextual e temporalmente, que permite captar a subjectividade das opiniões dos enfermeiros, sujeitos do estudo.

Esta estratégia de investigação permite, tal como é referido por Merriam (1990), uma descrição e uma análise de um fenómeno limitado, com vista a descobrir o que nele existe de essencial, único e característico. “O estudo de caso justifica-se por se tratar de uma estratégia de pesquisa que pode levar a conhecer

o como e o porquê de um fenómeno, recorrendo a uma variedade de fontes de informações” (Yin 1994:6). Estes estudos “têm um carácter particularista, descritivo, holístico e indutivo, com ênfase no processo, na compreensão e interpretação dos fenómenos em estudo” (Merriam, 1990:14).

O foco da investigação num estudo de caso é sobre uma unidade de análise, o caso, que se define como um método limitado de análise e não é necessariamente sobre uma só pessoa ou sobre uma empresa, mas pode ser, sobre tudo o que está ligado a um sistema (Stake, 1978; Patton, 1980; Merriam, 1990).

O estudo de caso “é um estudo empírico que investiga fenómenos contemporâneos no contexto da vida real, quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claros, podendo-se utilizar evidências qualitativas e quantitativas” (Yin 1994: 3). “Não tem o objectivo da verificação de hipóteses, ou seja, propicia um exame completo duma faceta da realidade, de um resultado ou de acontecimentos, oferecendo assim, uma perspectiva alargada, onde várias espécies de inferências podem ser realizadas, não se pretendendo contudo, que as conclusões possam ser generalizáveis” (Merriam, 1990:14).

4.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional no Hospital do Espírito Santo de Évora que no momento são 387 (dos quais quinze são “Enfermeiro Chefe”, um “Enfermeiro Supervisor” e um “Enfermeiro Director”, os restantes “Enfermeiro Especialista”, “Enfermeiro Graduado” e “Enfermeiro”), e trinta e cinco enfermeiros do Centro de Saúde de Évora e Vendas Novas (dos quais cinco são “Enfermeiro”, um “Enfermeiro Supervisor” e os restantes “Enfermeiro Especialista”, “Enfermeiro Graduado” e “Enfermeiro”). A decisão sobre que hospital e que centros de saúde incluir no estudo, relativamente ao Hospital e Centro de Saúde de Évora surgiu por tratar-se de duas unidades de cuidados de saúde com as quais temos relações de trabalho. Quisemos incluir um centro de saúde situado fora de Évora, mas desta Sub-região de Saúde e assim incluímos aleatoriamente o Centro de Saúde de Vendas Novas. Todos estes centros são de pequena dimensão e ficam em zonas rurais o que os reveste de características próprias.

Dispusemos das listas de todos os enfermeiros do Hospital por serviços e das listas de todos os enfermeiros do Centro de Saúde, por Unidades de Saúde.

O questionário foi distribuído a todos os enfermeiros, contudo responderam 227, o que constituiu uma amostra estratificada por serviços.

Para Ghiglione e Matalon, é muito raro podermos estudar exaustivamente uma população, ou seja, inquirir todos os seus membros: seria de tal forma longo e dispendioso que se tornaria praticamente impossível. E aliás, inútil pois inquirindo um número restrito de pessoas, com a condição de que estas tenham sido correctamente escolhidas, é possível obter as mesmas informações, com uma certa margem de erro, erro calculável, que poderemos tornar suficientemente pequeno. O problema é escolher um grupo de indivíduos, uma amostra, de tal forma que as observações que dele fizermos possam ser generalizadas à totalidade da população; é portanto necessário que a amostra apresente características idênticas às da população, isto é, que seja representativa (Ghiglione e Matalon 1997).

Quando se nos coloca o problema da escolha da população a estudar, verificamos que uma amostra representativa do conjunto da população corre o risco de apenas compreender um muito reduzido número de pessoas pertencentes a certas categorias, pouco numerosas, mas importantes para o problema em estudo. Contudo, este não é, em geral, apresentado como um problema de escolha da população a inquirir, mas de construção da amostra. Com efeito, ele é facilmente resolvido constituindo uma amostra a partir de taxas de sondagem diferentes, de acordo com as categorias consideradas (a taxa de sondagem é a percentagem de indivíduos que fazem parte da amostra, relativamente à população ou à sub-população de que foram extraídos). Uma tal amostra diz-se estratificada e as categorias em questão são os estratos. A amostra total já não é representativa, mas é cada uma das sub-amostras dos diferentes estratos (Ghiglione e Matalon 1997).

Este processo apresenta várias vantagens. Em primeiro lugar, permite-nos obter amostras suficientemente representativas, possibilitando assim a realização de análises aprofundadas de cada estrato separadamente, condição particularmente importante quando se põe a hipótese de, por exemplo, certos factores explicativos poderem ser diferentes para cada categoria.

Em segundo lugar, permite uma melhor estimativa de certas grandezas. Por exemplo, se quisermos conhecer o número de portugueses que passam férias no estrangeiro, uma amostra representativa do conjunto da população compreenderá uma percentagem muito reduzida de pessoas que viajaram para o estrangeiro para que a da estimativa seja satisfatória. Estratificaremos, então, arranjando uma base de sondagem superior nas categorias que supomos viajarem muito para o estrangeiro: jovens, quadros, reformados abastados, etc. É evidente que, actuando desta forma, não poderemos calcular directamente a estimativa da grandeza em causa, para a amostra total, como o faríamos com uma amostra representativa não estratificada. Se a amostra for estratificada, partindo, como indicámos, de uma taxa de sondagem superior nas categorias em que supomos que o comportamento estudado é mais frequente, o valor global será, evidentemente, sobrestimado. É necessário rectificar a amostra, quer dizer, atribuir às observações de cada estrato o seu valor real, ponderando-as por um coeficiente inverso da taxa de sondagem (Ghiglione e Matalon: 1997).

A vantagem deste processo é diminuir o erro relativamente às estimativas. Com efeito, este erro, depende do número de observações; para estimar a frequência de um comportamento é, portanto, vantajoso partir do maior número possível de observações desse comportamento. Isto pode fazer-se quer com uma amostra representativa não estratificada de grande dimensão, o que se torna inutilmente dispendioso, quer estratificando de forma a aumentar o número de pessoas que apresentam o comportamento em estudo. Este segundo método é evidentemente mais económico.

Enfim, a última vantagem da estratificação é permitir estabelecer comparações entre grupos (Ghiglione e Matalon: 1997).

Foram considerados como estratos da população os serviços hospitalares tal como estão distribuídos (urgências, cuidados intensivos, medicina, cirurgia, obstetrícia e ginecologia, pediatria e neonatologia, especialidades médico-cirúrgicas, psiquiatria e saúde mental e consultas externas) e ainda o centro de saúde como um único extracto dado que todas as unidades de saúde têm em termos de enfermagem as mesmas características de divisão do trabalho e de funcionamento global.

4.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Apesar da nossa vivência diária no ambiente da saúde, sobretudo a nível do hospital e assim determos uma alargada fonte de dados derivada da nossa observação vivenciada, para a recolha da informação menos subjectiva apoiámo-nos num instrumento de recolha de dados, o questionário, centrado na técnica extensiva. Porém, este facto exigiu o recurso a períodos de permanência em passagens de turno, reuniões e contactos pessoais a fim de solicitar a disponibilidade dos enfermeiros para colaborarem no estudo.

Para a construção do questionário apoiámo-nos, não só no quadro de referência teórico, mas também nas vivências e informações de que dispunhamos sobre a natureza das práticas de enfermagem e sobre as próprias organizações onde decorreu o estudo empírico.

Foi fundamental na construção do questionário utilizado, a perspectiva da natureza funcional das práticas profissionais dos enfermeiros e das suas relações com modelos de enfermagem ou com o modelo biomédico, pelo que os indicadores seleccionados e a sua operacionalização, resultou numa sequência de diferentes questões. Neste sentido foi necessária a inventariação de um conjunto de categorias de indicadores e seus componentes (escalas de multi-itens de atitudes e comportamentos desenvolvidos nas práticas profissionais). De notar, que, a construção das referidas escalas foi realizada a partir da leitura de bibliografia referente aos aspectos ali encontrados como também das ilações extraídas do conhecimento resultante da observação continuada e vivenciada no ambiente intra-organizacional.

Foram consideradas como variáveis necessárias para a investigação, as de natureza biográfica, as de inserção social objectiva (caracterização sócio-demográfica e profissional dos inquiridos) e as que se relacionam com as práticas profissionais e suas relações directas ou indirectas com os modelos de enfermagem e o modelo biomédico.

O primeiro bloco de questões do inquérito, serviu-nos de base à caracterização sócio-profissional dos inquiridos e à percepção da dinâmica da actividade profissional na organização e nas relações com associações profissionais (Q1-Q19).

O segundo bloco de questões refere-se à percepção das condições gerais de trabalho e da organização do próprio trabalho no serviço ou unidade de internamento (Q20-22).

Com o terceiro bloco de questões (Q23-29), quisemos recolher dados relacionados com a dinâmica das práticas profissionais. As três primeiras questões (23,24,25) têm relação directa com a variável dependente (a utilização de modelos na prática de enfermagem) e com as questões seguintes pretendíamos identificar factores caracterizadores dessas mesmas prática profissionais, pelo que se construíram quatro escalas com um número variado de itens.

A primeira escala (Q.26), composta por vinte e quatro itens, refere-se a atitudes e comportamentos que revelam práticas profissionais referenciadas a modelos de enfermagem.

A segunda escala (Q.27), composta por dez itens, refere-se a atitudes e comportamentos que revelam práticas profissionais orientadas pelo modelo biomédico.

A terceira escala (Q.28), composta por dezoito itens, refere-se a aspectos que externos ao enfermeiro o influenciam na sua prática profissional.

A quarta escala (Q. 29), composta por vinte e dois itens, refere-se a aspectos, motivações e características do próprio enfermeiro o influenciam na sua prática profissional.

A construção da terceira e quarta escala foi influenciada pela teoria da motivação intrínseca de Deci. Esta teoria pretende explicar porque é que o sujeito realiza e persiste em determinadas actividades apenas pela satisfação que estas lhe proporcionam. Estas actividades são um fim em si mesmas, uma vez que dessa realização não resultam quaisquer recompensas extrínsecas, nomeadamente salariais. Inclusivamente, nestas actividades o sujeito tolera mais a fadiga e é capaz de adiar a satisfação de certas necessidades (Jesus 2000: 215). No âmbito desta teoria estabelece-se a diferença entre o motivação intrínseca e a motivação extrínseca. Enquanto a primeira é determinada pelo interesse do sujeito na tarefa, a segunda é estimulada por um incentivo externo associado ao resultado na tarefa (Jesus 2000).

Foi, ainda, construído uma questão (Q.30) que avalia a percepção global que os inquiridos detêm em relação aos cuidados que se prestam na organização onde desenvolve a sua actividade profissional. A Questão 31 aponta para que os enfermeiros relacionem a organização dos serviços onde trabalham com a qualidade dos cuidados que se prestam nesses mesmos serviços.

Introduziu-se ainda, uma questão aberta (Q.32) sobre condições que as organizações devem proporcionar para o desenvolvimento da actividade profissional, dirigida essencialmente para o conhecimento das prioridades e soluções que os inquiridos sugerem para a melhoria das condições de trabalho na organização.

Assim, o instrumento de recolha de dados foi estruturado com um conjunto de questões que colocava aos inquiridos a selecção e alternativas de escolha (escala de 1 a 5), em conformidade com o grau de participação de importância ou de influência que cada um atribui aos desempenhos profissionais, quer em relação à organização, quer em relação ao seu próprio contributo ou ainda no que se refere ao impacto das situações colocadas em confronto com o seu próprio desempenho profissional.

A adopção de escalas de medida está essencialmente relacionada com “a possibilidade de captar através de uma análise estatística, uma percepção graduada sobre o que é mais valorizado entre os inquiridos e o que os distingue e diferencia” (Silva 1996:53).

Aos inquiridos foi solicitado, que considerando as suas práticas profissionais, se situassem numa escala unidimensional de amplitude 1 a 5, em que cada número corresponde a:

1. Nunca/ Discorda inteiramente
2. Raramente / Discorda
3. Algumas vezes / Não discorda nem concorda
4. Quase sempre / Concorda
5. Sempre / Concorda inteiramente

Foi ainda desenvolvido o processo de validação do questionário, cujos resultados foram dirigidos à percepção da consistência do instrumento (escala de multi-itens), quer em termos de validade e de fidelidade.

A fidelidade do instrumento foi aferida através do cálculo do coeficiente de alfa Cronbach, interessando saber “se cada escala está a medir uma única ideia e se os itens que constituem a escala têm consistência interna” (Bryman e Cramer 1992: 92). O coeficiente de alfa Cronbach é um coeficiente que traduz a estimativa da média de todas as correlações possíveis de fidelidade interna de cada item da escala em relação à própria dimensão da escala, devendo ser interpretado no sentido de que quanto maior for o valor do alfa obtido, mais forte é a associação do item com a escala. Fixou-se como critério de validação da fiabilidade do instrumento, o valor de alfa Cronbach ≥ 70 (Figueira 1987; Bryman e Cramer 1992; Nachmias e Nachmias 1993; Silva 1996).

Os resultados de alfa Cronbach obtidos não refutaram a presença de uma fidelidade interna das diferentes escalas adoptadas à partida. Obtámos por apresentar os valores no tratamento de dados onde fizemos comparações com valores obtidos após a aplicação final do questionário.

A validade do instrumento, foi assegurada por um único critério: validade de conteúdo que foi aferida por um painel de especialistas.

4.4 - A FIDELIDADE INTERNA DAS ESCALAS

Foi de importância fundamental avaliar a fidelidade interna das escalas que constituíram o nosso estudo (escalas relacionadas com práticas referenciadas ao modelo biomédico e a modelos de enfermagem, e escalas relacionadas com os factores extrínsecos e intrínsecos relacionados com práticas referenciadas a modelos de enfermagem).

Segundo Bryman e Cramer, “quando um conceito é definido operacionalmente, tendo sido proposta uma forma de o medir, o instrumento usado para essa medição deve ser fiel e válido” (Bryman e Cramer 1992: 91). A fidelidade de uma medida refere-se à sua consistência, sendo a fidelidade externa a noção que mais vulgarmente se usa referindo-se ao grau de consistência da medida ao longo do tempo e avalia-se pelo pré-teste. A fidelidade interna é particularmente importante em relação às escalas de múltiplos itens. Importa-nos saber se cada escala está efectivamente a medir uma única ideia e se os itens que a constituem têm consistência interna. Uma das formas de avaliar a fidelidade interna de uma escala é através do alfa de Cronbach, que traduz essencialmente,

a estimativa da média de todos os coeficientes de bi-partição possíveis, ou seja a estimativa da média de todas as correlações possíveis de fidelidade interna de cada item da escala em relação à própria dimensão da escala, devendo ser interpretado no sentido de que quanto maior for o valor do alfa obtido, mais forte é a associação do item com a escala. Este coeficiente deve situar-se entre 0,7 e 1 (Silva 1996). Em resumo “o alfa de Cronbach permite-nos saber se cada escala está a medir uma única ideia e se os itens que constituem essa escala têm consistência interna” (Bryman e Cramer 1992: 92).

Quadro n.º 4
Estudo do α - Cronbach das escalas

	Alpha		Standardized item alpha	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
<i>Práticas relacionadas com modelos de enfermagem</i>	0,9327	0,8657	0,9291	0,9107
<i>Práticas relacionadas com o modelo biomédico</i>	0,8401	0,7534	0,8450	0,7628
<i>Factores extrínsecos</i>	0,9364	0,8265	0,9265	0,8695
<i>Factores intrínsecos</i>	0,9469	0,9309	0,9522	0,9347

Fonte: Inquérito

Nas escalas em estudo podemos verificar antes e após a recolha completa dos dados que os alfas de Cronbach se apresentam dentro dos parâmetros de fidelidade interna considerados adequados (entre 0,7 e 1). São escalas que contêm consistência interna e que medem efectivamente as práticas profissionais em referência ao modelo biomédico e aos modelos de enfermagem e medem também os aspectos relacionados com as práticas profissionais que têm modelos de enfermagem como referência.

De referir no entanto que se trata de uma análise *pré-teste e pós-teste*, pelo que são de considerar na análise factorial, dado que nos indicam os perfis de indivíduos que desenvolvem as práticas profissionais no contexto dos itens que incluem. Por estes dados reconhecemos também o seu peso relativamente grande na análise do fenómeno em estudo.

4.5 - PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DE DADOS

Partindo do pressuposto de que é possível posicionar as diferenças de atitudes de comportamento e de opiniões inquiridos em categorias de graus distintos, recorreu-se a técnicas estatísticas para agregar e relacionar várias variáveis entre si. Assim, à globalidade das respostas do inquérito por questionário, aplicou-se uma análise estatística multivariada, com recurso a meios informáticos.

Atendendo às características do estudo, cujo interesse se situa num quadro descritivo-exploratório, apoiado numa abordagem essencialmente quantitativa, importa referir os critérios que presidiram à decisão da escolha dos procedimentos estatísticos efectuados.

O tratamento estatístico dos resultados centrou-se fundamentalmente nas técnicas da distribuição de frequências, nas percentagens, medidas de tendência central, de dispersão e na análise de factorial de componentes principais. Em termos operacionais, procurou-se uma estratégia estatística que nos encaminhasse para os objectivos da investigação.

Segundo Escofier e Pagès (1990) entre os métodos de análise de dados, a análise factorial têm um papel primordial, “é utilizada isoladamente ou em conjunto com outros métodos de classificação, que permitem utilizar as faculdades da percepção de agrupamentos, de oposições, de tendências impossíveis de identificar directamente sobre um grande quadro de dados” (Escofier e Pagès (1990: 1).

Uma das principais vantagens dos planos factoriais, para além do estudo dos efeitos das interacções, é que “proporcionam um teste estatístico mais sensível ou mais potente para o efeito dos factores do que os planos que só analisam um factor de cada vez” (Bryman e Cramer 1992:246).

A análise das componentes principais é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis não correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais, que resultam das combinações lineares das variáveis iniciais, o que reduz a complexidade da interpretação dos dados.

As componentes principais são calculadas por ordem decrescente de importância, isto é, a primeira explica a máxima variância dos dados, a segunda a máxima variância ainda não explicada pela primeira e assim sucessivamente. A última componente será a menor contribuição para a explicação da variância total dos dados (Pestana e Gageira 1998).

Uma análise centrada no questionário exigiu à partida um conjunto de acções preliminares que tornassem exequível a própria análise. Foram elas, a codificação das variáveis e a previsão do cruzamento destas a fim de facilitar o tratamento da informação por via informática e tornar clara a interpretação dos resultados.

Procedemos à construção de categorias de respostas mutuamente exclusivas e à construção de escalas organizadas 1 a 5, como já foi referido anteriormente. Este critério permitiu, na recolha e no tratamento da informação a atribuição de uma e só uma modalidade de resposta a cada indivíduo para cada item na quase totalidade das perguntas.

Para a abordagem multivariada dos dados com a análise factorial dos componentes principais (AFCP) partiu-se pela criação de uma matriz de correlações entre as variáveis, seleccionadas segundo o critério de Listwise deletion. Só se aceitou a adequação da matriz de correlações (matriz R) para o prosseguimento da análise factorial, após a verificação das condições de aplicabilidade atribuídas, nomeadamente pela estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (adequação na ordem de $\geq 50\%$). Foi verificado a adequação da análise factorial através do teste de esfericidade de Bartlett, tomando como critério o seu valor de significância ($p \leq 0,05$). Este teste é torna-se imprescindível na factorial, na medida em que a verificação de uma não significância quer dizer que a matriz de correlação pode ser uma matriz de identidade (elementos da diagonal da matriz igual a 1 e os valores acima e abaixo sejam 0), constituindo tal situação a não pertinência da utilização aplicação da análise factorial no estudo.

Quanto ao número de factores retidos, seguiu-se o critério de Kaiser, pelo que foram seleccionados aqueles que detêm como valores próprios (eigen value), valores superiores a um, isto é que detêm a variância estandardizada superior à unidade (1). Quanto à rotação dos factores para a máxima saturação das variâncias, seguiu-se o critério de Varimax (rotação ortogonal da matriz dos

factores F), procurando, obter-se um conjunto de factores que tivesse a maior capacidade de explicação da correlação variável-factor.

A fim de podermos fazer uma análise comparativa de resultados entre o centro de saúde e o hospital, houve necessidade de recodificação de algumas variáveis e de constituição de novas variáveis a partir dos factores identificados.

Para efeitos de interpretação dos resultados foram constituídos quadros que nos ajudaram a perceber a informação recolhida.

5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que desempenham funções no Hospital do Espírito Santo de Évora (412) e no Centro de Saúde de Évora e de Vendas Novas (43), à data do início do estudo – 1999. Os dados foram fornecidos pelo Enfermeiro Director do Hospital e Enfermeiros Chefes do Centro de Saúde de Évora e Vendas Novas. A amostra resultou do número de enfermeiros que quiseram responder voluntariamente ao questionário. Interessou-nos de forma particular a situação de Évora, em primeiro lugar porque é o local onde se situa a organização a que pertencemos e em segundo lugar pelos recursos de tempo e humanos disponíveis para levar a cabo o trabalho de campo, quisemos ainda incluir um centro de saúde pequeno onde as práticas profissionais se poderão revestir de características diferentes das que se observam num centro de saúde de grandes dimensões como é o de Évora, para que podessemos tenta recolher uma informação mais completa relacionada com as práticas profissionais em centros de saúde.

Em primeiro lugar apresentamos os dados referentes à caracterização da amostra através de tabelas de distribuição de frequências, de medidas descritivas, em segundo lugar analisaremos os dados de forma quantitativa utilizando sobretudo a análise factorial em SPSS-win, como foi referido no capítulo relacionado com a metodologia.

O SPSS (Statistical Package for Social Sciences) é uma aplicação informática essencialmente concebida para o tratamento e análise de dados relacionados com os fenómenos humanos. É considerada uma ferramenta informática de análise estatística que combina as diferentes técnicas de cálculo estatístico, com o ambiente de trabalho informático flexível e agradável, integrando as potencialidades do ambiente gráfico do Windows e da gestão de dados com a arquitectura e filosofia das folhas de cálculo electrónicas.

Os dados recolhidos através de questionário foram lançados numa base de dados e em seguida foram organizados de acordo com a operacionalização das variáveis e pela sequência pela qual vão ser apresentados.

Assim a população está distribuída pelos seguintes Serviços/Unidades:

Quadro n.º 5

Distribuição da população pelos diferentes serviços ou Unidades do Hospital do Espírito Santo de Évora

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO – ÉVORA

SERVIÇO/UNIDADE	N.º DE ENFERMEIROS	RESPONDERAM
Medicina I	26	20
Medicina II homens	18	14
Medicina II mulheres	16	12
Cirurgia Homens	35	31
Cirurgia Mulheres	15	8
Consultas Externas	16	2
Consultas de pediatria	2	2
Oncologia	4	3
Diálise	15	4
Bloco Operatório	39	13
Obstetria	25	3
Ortopedia	25	16
Pediatria	22	21
Especialidades Médicas	16	3
Cuidados Intensivos	19	2
Hemoterapia	10	0
Imagiologia	1	0
Núcleo de exames especiais	4	2
Medicina Física e Reabilitação	2	0
Ginecologia	13	11
Neonatalogia	16	13
Cardiologia	21	3
Urgências	32	5
Departamento de Psiquiatria	19	10
Saúde Ocupacional	1	1
TOTAL	412	189

Fonte: Inquérito

Podemos verificar no quadro n.º 5 que a população sobre a qual incidiu o estudo está distribuída por serviços e unidades com dimensões e características muito diferentes, os serviços hospitalares estão distribuídos normalmente por especialidades médicas. Esta forma de denominação dos serviços resulta de um modelo de organização hospitalar que habitualmente encontramos em Portugal.

Segundo Carapinheiro “o Hospital constitui o terreno privilegiado para o estudo dos modelos de socialização dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos e dos enfermeiros, e dos problemas resultantes do seu confronto com as práticas reais do exercício profissional, inscritos numa linha de pesquisa que começou por se fixar nos hospitais universitários e se centrar quase

exclusivamente no modelo de educação médica, para se alargar depois aos problemas relativos à formação dos outros profissionais” (Carapinheiro 1993: 41).

A predominância do poder médico na organização hospital e a evolução da ciência médica levou a que a organização do próprio hospital estivesse também muito em consonância com as especialidades médicas.

São sobretudo os Serviços e Unidades onde se produzem mais cuidados médicos (serviços de medicina e cirurgia incluindo bloco operatório) que detêm os número mais elevado de enfermeiros. De referir que no Serviço de Urgências também trabalham um número considerável de enfermeiros (32) uma vez que é o serviço por onde são admitidos a maior parte dos utentes que estão nos serviços de internamento, o que corresponde a um serviço onde os actos médicos e de enfermagem são consideravelmente elevados.

Relativamente aos centros de saúde a população sobre a qual incidiu o presente estudo é a que consta no quadro seguinte (Quadro n.º 6).

Quadro n.º 6
Distribuição da população pelos Centros de Saúde

CENTROS DE SAÚDE		
Évora		
Sede	8	
Unidade de Saúde 1	8	
Unidade de Saúde 2	4	
Unidade de Saúde 3	3	
CUCSE	5	
CDP	2	
Total	30	18
Vendas Novas		
	13	10
TOTAL	43	38

Legenda: CUCSE – Consulta de Urgência do Centro de Saúde de Évora CDP- Centro de diagnóstico pneumológico
Fonte: Inquérito

O Centro de Saúde de Évora é composto por seis unidades de saúde na cidade de Évora e treze unidades de saúde nas zonas rurais. Este Centro de Saúde serve uma população de 53.754 habitantes, segundo os censos de 1991, onde se acrescenta um número significativo de população flutuante, constituída especialmente por estudantes universitários.

Foram apurados os seguintes totais (dados referentes à totalidade dos inquiridos no Hospital e no Centro de Saúde). Os dados referentes à população foram fornecidos pelas respectivas organizações.

Quadro n.º 7
Locais de recolha de dados, volume da população e da amostra

LOCAIS DE RECOLHA DE DADOS	POPULAÇÃO		AMOSTRA	
Hospital	412	90.5 %	189	83.3 %
Centro de saúde	43	9.5 %	38	16.7 %
TOTAL	455	100 %	227	100 %

Fonte: Inquérito

Como podemos verificar no quadro anterior a amostra é constituída por um total de 227 enfermeiros, 189 (83,3%) exercendo a sua função profissional no hospital e 38 (16,7%) nos centros de saúde.

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os inquiridos são predominantemente do sexo feminino (84%), o que resulta do facto da profissão de enfermagem ser uma profissão habitualmente e tradicionalmente mais exercida por mulheres. Apresentam maioritariamente idades compreendidas entre os 30-39 anos (36,5%), entre os 20-29 anos (27,9%), entre os 40-49 anos (25,1%) e acima dos 50 anos 0,5%.

A maior parte dos inquiridos referiram que não são membros de qualquer associação profissional ou sindical, o que poderá supor uma participação não muito significativa na dinâmica interna da própria profissão. Convém no entanto referir que todos os enfermeiros são obrigados a estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros para que possam exercer a sua profissão, pelo que todos os inquiridos deverão ser membros desta associação profissional. Evidentemente que esta associação é de inscrição obrigatória e a questão relacionada com a pertença a uma associação profissional poderá ter sido entendida como a adesão a uma associação de inscrição voluntária, sendo que em Portugal existem duas

significativamente representativas, a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) e a Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS).

Quadro n.º 8

Distribuição dos elementos amostrais segundo o sexo, idade e pertença a associações profissionais ou sindicais

1. Sexo	<u>Geral</u>	<u>Hospital</u>	<u>C.S.</u>	3. Membro de Associação profissional	<u>Geral</u>
<i>Feminino</i>	84,0 %	83,0%	89,2%	<i>Sim</i>	34,8 %
<i>Masculino</i>	16,0 %	16,9%	10,8%	<i>Não</i>	56,8 %
2. Idade	<u>Geral</u>	<u>Hospital</u>	<u>C.S.</u>	4. Membro de Associação Sindical	<u>Geral</u>
20 – 29	27,9 %	31,1%	11,1%		
30 – 39	36,5 %	37,7%	30,6%		
40 – 49	25,1 %	22,4%	38,9%		
50 – 59	10,0 %	8,2%	19,4%	<i>Sim</i>	48,4 %
> 60	0,5 %	0,5%	-	<i>Não</i>	51,6 %

Fonte: Inquérito

Relativamente à distribuição dos enfermeiros por curso podemos verificar no quadro seguinte que a maior parte (56,8%) têm como habilitação de base o Curso Superior de Enfermagem que lhe conferiu o título académico de bacharel. Um número muito significativo é detentor do Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal (39,2%), o que equivale a dizer que os primeiros fizeram o seu curso já depois da integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior Politécnico.

Relativamente poucos enfermeiros são detentores de Cursos de Especialização em Enfermagem ou de Cursos de Estudos Superiores Especializados (designação que resulta igualmente da integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico). Igualmente muito poucos enfermeiros frequentam cursos de especialização ou mestrados.

Quadro n.º 9
Distribuição de enfermeiros por cursos

Cursos	V.A.	%
Curso de enfermagem geral ou equivalente	89	39,2
Curso de especialização em enfermagem	20	8,8
Curso superior de enfermagem (bacharelato)	129	56,8
Curso de estudos superiores especializados (a frequentar)	4	1,7
Curso de estudos superiores especializados (concluído)	20	8,8
Mestrado enfermagem (a frequentar)	0	0
Mestrado enfermagem (concluído)	1	0,4
Mestrado noutra área (a frequentar)	3	1,3
Mestrado noutra área (concluído)	0	0
Outro curso superior (a frequentar)	10	4,4
Outro curso superior (concluído)	4	1,7

Obs: as percentagens foram calculadas em relação ao volume total da amostra
Fonte: Inquérito

A maior parte dos enfermeiros (38,3%) concluiu o curso de enfermagem depois de 1991, 26,4% concluíram este curso entre 1981 e 1990, 25,6% entre 1971 e 1980 e apenas 4,4% concluiu o curso antes de 1970. Os cursos de especialização foram concluídos em maior número entre 1996 e 1999 - 4 anos - (15 enfermeiros) sendo que, de 1976 a 1995 num período de 20 anos, concluíram o curso de especialização um total de 23 enfermeiros. Relativamente a outros cursos superiores podemos verificar que após 1998 (2 anos) completaram cursos 8 enfermeiros e de 1990 a 1996 (7 anos) apenas três enfermeiros. Evidencia-se que foi sobretudo depois de 1995 que os enfermeiros passaram a frequentar cursos de especialização em Enfermagem.

Quadro n.º 10
Anos de conclusão dos respectivos cursos

Curso de Enfermagem		Curso de Especialização em Enfermagem		Outro Curso Superior	
	%		V.A.		V.A.
1961 – 1970	4,4 %	1976 – 1980	3	1990	1
1971 – 1980	25,6 %	1981 – 1985	5	1995	1
1981 – 1990	26,4 %	1986 – 1990	7	1996	1
> 1991	38,3 %	1991 – 1995	8	1998	4
		1996 – 1999	15	1999	4
Total (215)	100 %	Total	30	Total	11

Fonte: Inquérito

Relativamente aos cursos concluídos ou a frequentar podemos verificar no quadro n.º 11, que a situação dos enfermeiros é relativamente dispersa pelos vários cursos até ao momento disponíveis e distribui-se entre cursos na área da enfermagem de saúde pública ou comunitária, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem obstétrica e ginecológica, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermagem de reabilitação.

Relativamente a outros cursos a situação não é significativa, sendo no entanto a área da gestão de empresas uma área que nos aparece preferida.

Quadro n.º 11

Cursos a frequentar ou concluídos

Curso Especialização		CESE (a frequentar)		CESE (concluído)		Outro Curso Superior (a frequentar)		Outro Curso Superior (concluído)		Mestrado (a frequentar)	
CEESIP	3	CESESC	3	CESEPAI	1	CA	1	EQ	1	CE	1
CEEMC	3	CESESMO	1	CESEASE	2	EH	1	INF	1	EH	1
CEESMO	3			CESEREA	2	EPI	1	PC	1		
CEESMP	1			CESESMO	6	GE	3	PGSR	1		
CEESP	4			CESESMP	3	HP	1				
				CESESC	2	PGSS	1				
				CESEMC	2	PSI	1				
				CESESIP	1	SOC	1				
TOTAL	14	TOTAL	4	TOTAL	19	TOTAL	10	TOTAL	4	TOTAL	2

Legenda:

CEESIP - curso de especialização em enfermagem saúde infantil e pediátrica; CEEMC - curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica; CEESMO - curso de especialização em enfermagem saúde materna e obstétrica; CEESP - curso de especialização em enfermagem saúde pública.

CESESC - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde comunitária; CESESMO - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica; CESEPAI - curso de estudos superiores especializados em enfermagem na pessoa adulta e idosa com doença crónica; CESEASE - curso de estudos superiores especializados em administração dos serviços de saúde; CESEREA - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de reabilitação; CESESMO - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica; CESESMP - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; CESESC - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde comunitária; CESEMC - curso de estudos superiores especializados em enfermagem médico-cirúrgica; CESESIP - curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

CA-ciências ambientais; EH-ensino de história; EPI-ensino de português/inglês; GE-gestão de empresas; HP-história/património; PGSS-pós graduação em sociologia da saúde; PSI-psicologia; SOC-sociologia EQ-engenharia química; INF-informática; PC-psicologia clínica; PGSR-pós graduação em sociologia das religiões; CE-ciências da educação; EH-ecologia humana.

Fonte: Inquérito

No que se refere à situação laboral podemos verificar, no quadro n.º 12, que a grande maioria dos enfermeiros inquiridos (71,70%) estão integrados no quadro do Hospital ou do Centro de Saúde o que constitui uma considerável estabilidade em termos de emprego. É pouco significativo o número de enfermeiros que estão a recibo verde ou com contractos a termo certo (situações de precariedade considerável em termos de emprego), no entanto ainda é significativa a percentagem de enfermeiros que se encontram em situação de

contracto administrativo de provimento (16,6%). Esta situação em termos gerais é satisfatória uma vez que no momento não há desemprego na profissão de enfermagem e os que estão em situação mais precária aguardam em regra relativamente pouco tempo para passar a uma situação mais estável.

A maior parte dos enfermeiros desempenharam funções sempre na mesma organização mas não no mesmo serviço e não pensam sair da organização nem trabalhar noutro local. Os que pensam sair é sobretudo por motivo de aposentação e os que trabalham noutro local, apontam sobretudo o centro de saúde ou a clínica privada como locais de situações de duplo emprego.

Quadro n.º 12
Situação e mobilidade laboral

<p>1. Vínculo laboral:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Recibo verde</td> <td style="text-align: right;">0,90 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Contracto termo certo</td> <td style="text-align: right;">9,40 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Contracto administrativo de provimento</td> <td style="text-align: right;">16,60 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Integrado no quadro</td> <td style="text-align: right;">71,70 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Outra</td> <td style="text-align: right;">1,30 %</td> </tr> </table>	Recibo verde	0,90 %	Contracto termo certo	9,40 %	Contracto administrativo de provimento	16,60 %	Integrado no quadro	71,70 %	Outra	1,30 %	<p>4. Pensa sair em breve da organização ou serviço:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Sim</td> <td style="text-align: right;">15,1%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Não</td> <td style="text-align: right;">84,9%</td> </tr> </table> <p>RAZÕES: V.A.</p> <p>Aquisição de novos conhecimentos1 Aposentação4 Mudar de profissão1 Insatisfação profissional2 Por dificuldade de acesso ao quadro ...1</p>	Sim	15,1%	Não	84,9%
Recibo verde	0,90 %														
Contracto termo certo	9,40 %														
Contracto administrativo de provimento	16,60 %														
Integrado no quadro	71,70 %														
Outra	1,30 %														
Sim	15,1%														
Não	84,9%														
<p>2. A desempenhar funções sempre na mesma organização:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Sim</td> <td style="text-align: right;">56 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Não</td> <td style="text-align: right;">44 %</td> </tr> </table>	Sim	56 %	Não	44 %	<p>5. A trabalhar noutro local:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Sim</td> <td style="text-align: right;">20,9 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Não</td> <td style="text-align: right;">79,1 %</td> </tr> </table>	Sim	20,9 %	Não	79,1 %						
Sim	56 %														
Não	44 %														
Sim	20,9 %														
Não	79,1 %														
<p>3. A trabalhar sempre no mesmo serviço:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Sim</td> <td style="text-align: right;">45,1 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Não</td> <td style="text-align: right;">54,9 %</td> </tr> </table>	Sim	45,1 %	Não	54,9 %	<p>LOCAL: V.A.</p> <p>Centro de saúde4 Hospital privado1 Empresa3 Centro de formação1 Clínica privada5 Por conta própria2</p>										
Sim	45,1 %														
Não	54,9 %														

Fonte: Inquérito

No quadro n.º 13 podemos verificar que a maior parte do inquiridos é detentor da categoria de enfermeiro graduado (49,8%) e enfermeiro (37,8%). Responderam ainda ao nosso questionário 4,4% de enfermeiros especialistas e 8% de enfermeiros-chefe.

De referir que 64,7% dos enfermeiros inquiridos têm abaixo de 15 anos de tempo de exercício profissional. Com menos de 10 anos no mesmo local de trabalho e de antiguidade na organização estão 52,7 % dos enfermeiros

inquiridos. Estamos perante uma população relativamente nova nas organizações que prestam cuidados de saúde na região de Évora.

Estamos perante uma situação nacional de carência de enfermeiros pelo que as escolas têm aumentado as suas capacidades de formação nestes últimos anos, o que leva a que as organizações recebam anualmente um número substancial de enfermeiros recém formados. As carências actuais implicam ainda o recrutamento de enfermeiros espanhóis em alguns hospitais do país.

Quadro n.º 13
Situação na profissão e na organização

1. Categoria profissional:		%	3. Tempo no local de trabalho:		% acum	
enfermeiro		37,8 %	< 5	38,2 %	38,2 %	
enfermeiro graduado		49,8 %	6 – 10	14,5 %	52,7 %	
enfermeiro especialista		4,4 %	11 – 15	15,0 %	67,6 %	
enfermeiro chefe		8,0 %	16 – 20	5,3 %	72,9 %	
			21 – 25	12,6 %	85,5 %	
			26 – 30	12,1 %	97,6 %	
			31 – 35	1,9 %	99,5 %	
			> 35	0,5 %	100 %	
2. Tempo de exercício profissional:			% acum	4. Antiguidade no Hospital ou Centro de Saúde:		% acum
< 5	31,7 %	31,7 %	< 5	38,2 %	38,2 %	
6 – 10	15,6 %	47,3 %	6 – 10	14,5 %	52,7 %	
11 – 15	17,4 %	64,7 %	11 – 15	15,0 %	67,6 %	
16 – 20	5,4 %	70,1 %	16 – 20	5,3 %	72,9 %	
21 – 25	11,6 %	81,7 %	21 – 25	12,6 %	85,5 %	
26 – 30	12,1 %	93,8 %	26 – 30	12,1 %	97,6 %	
31 – 35	5,8 %	99,6 %	31 – 35	1,9 %	99,5 %	
> 35	0,4 %	100 %	> 35	0,5 %	100 %	

Fonte: Inquérito

A maior parte dos enfermeiros inquiridos refere como *boas* as actuais condições de trabalho a nível europeu (49,2%), mas como *razoáveis* a nível nacional (73,4%), regional (70,6%) e organizacional (62,9%) – quadro n.º 14.

Quando verificados os casos particulares do hospital e centro de saúde, podemos verificar que os valores relacionados com o hospital e centro de saúde acompanham de perto os valores globais, contudo um número maior de enfermeiros dos centros de saúde considera que tem a nível nacional, regional e organizacional condições razoáveis de trabalho. Apenas a nível europeu se pensa que as condições de trabalho são boas.

Quadro n.º 14

Classificação das actuais condições de trabalho

Condições	A nível europeu			A nível Nacional			A nível da região			A nível da organização		
	Geral	Hosp.	C.S.	Geral	Hosp.	C.S.	Geral	Hosp.	C.S.	Geral	Hosp.	C.S.
Péssimas	6,0 %	5,9%	6,5%	12,6 %	13,8%	6,3%	16,7 %	17,5%	12,1%	15,0 %	15,6%	12,1%
Razoáveis	40,4 %	41,4%	35,5%	73,4 %	71,3%	84,4%	70,6 %	69,6%	75,8%	62,9 %	61,1%	72,7%
Boas	49,2 %	48,0%	54,8%	13,6 %	14,4%	9,4%	11,8 %	11,7%	12,1%	20,2 %	21,1%	15,2%
Muito boas	4,4 %	4,6%	3,2%	0,5 %	0,6%	—	1,0 %	1,2%	—	1,9 %	2,2%	—

Fonte: Inquérito

Quase todos os enfermeiros inquiridos sentem necessidade de melhorar as condições de trabalho na organização onde estão, sobretudo a nível da formação, das relações humanas, das condições técnicas, do horário de trabalho e da remuneração com os valores que podemos verificar no quadro que se segue (quadro n.º 15). Acima de 50% dos enfermeiros inquiridos consideram que é sobretudo na formação contínua e nas relações humanas que existe uma nítida necessidade de melhoria das condições de trabalho.

Quadro n.º 15

Necessidade de melhoria das condições de trabalho na organização e aspectos onde intervir

Necessidade de melhorar as condições de trabalho	Aspectos onde intervir:
Sim 94,3 %	Formação contínua 62,1 %
Não 2,2 %	Relações humanas 58,6 %
	Condições técnicas 48,9 %
	Horário de trabalho 36,1 %
	Remuneração 33,9 %
	Outras áreas 6,6 %

Fonte: Inquérito

No que diz respeito ao método de distribuição de trabalho (quadro n.º 16) os enfermeiros inquiridos referem essencialmente que a cada enfermeiro é distribuído diariamente um número de doentes dos quais é responsável pelos cuidados que lhes presta (44,7%), trata-se do "método de trabalho por responsável".

O método "à tarefa" é apontado como utilizado por um número ainda significativo de enfermeiros (20,4%), sendo este o método que está mais de acordo com o modelo biomédico.



Na distribuição dos enfermeiros pelos tempos de trabalho as rotinas (higiene, terapêutica, pensos) são as palavras chave de todos os discursos que observamos nos nossos períodos de permanência no Hospital quando acompanhamos os estudantes em ensino clínico. A enfermeira chefe, para cada turno, distribui os doentes pelos enfermeiros que estão de serviço, em função da própria organização do serviço (distribui quartos ou camas) e em regra não é utilizado o sistema de classificação de doentes em função do grau de dependência em cuidados de enfermagem, que se revela em outros hospitais que conhecemos, um instrumento de gestão muito importante para a distribuição de doentes por turno.

A importância da distribuição de doentes em oposição à das tarefas advém, primeiro que tudo, da responsabilidade que assumem face ao seu trabalho, quer em termos de planeamento, quer em termos de controlo. As tarefas ao serem re-equacionadas por cada enfermeira em função dos (seus) doentes torna necessária uma interpretação das condições de cada doente em articulação com o diagnóstico e prescrições médicas, que de algum modo vão constituir o fundamento para atribuição das prioridades e para a decisão dos modos de intervenção de enfermagem (Rebelo 1996)

Se, como diz Carapinheiro (1993), a distribuição por tarefas reproduz uma oposição entre trabalho intelectual, que tradicionalmente cabe ao médico, e trabalho de execução consequentemente atribuído à enfermeira, a distribuição por doentes introduz rupturas nesta oposição, ao poder viabilizar a elaboração de um possível diagnóstico profissional de enfermagem.

Assim, a distribuição por doentes poderá significar também alterações das relações intra e interprofissionais, já que o exercício da autonomia que lhe é subjacente, exige interacções sociais mais do âmbito da cooperação, o que possibilitaria a visibilidade dos enfermeiros como parceiros profissionais na produção de cuidados.

É a articulação da diversidade de factores que constituem a quantidade de trabalho que deve ser distribuída de uma forma justa — o tempo, o esforço físico, a perícia técnica, a disponibilidade psicológica exigidos na prestação de cuidados, idênticos para cada um dos enfermeiros. De referir ainda que quando os enfermeiros falavam dos seus doentes, sobretudo relativamente ao modo como definem a dependência do doente, esta definição centra-se sobretudo no

trabalho que implica, ou seja, que tarefas há a fazer aos doentes por quem são responsáveis em cada turno.

Tanto as rotinas como a distribuição de doentes, se permitem uma economia de esforços e um maior controlo por parte das enfermeiras em relação ao seu próprio trabalho, não garantem, no entanto, a resolução dos problemas específicos de cada doente, seja independente ou totalmente dependente, isto é, não permitem um planeamento de cuidados de enfermagem individualizados consentâneo com a referência a modelos de enfermagem.

A necessidade da individualização dos cuidados é sentida sobretudo quando o doente ou familiares, por comportamentos inesperados, instalam a desordem tanto no cumprimento do plano terapêutico como no serviço em geral, perturbando a rotina normal do turno. Se para a maioria das enfermeiras são situações decorrentes do tempo que não têm por falta de enfermeiras no serviço, o que aliás é um facto objectivo, para uma delas são a consequência da padronização das tarefas veiculada pela organização de trabalho, que é incompatível com um planeamento centrado nas necessidades de cada doente (Rebelo 1996).

A prestação de cuidados de enfermagem individualizados advém do doente, não como categoria patológica, mas do doente como sujeito singular, cujos contornos se definem através de interacções estáveis e individualizadas (Collière, 1989). No entanto, “se a relação com o doente é uma condição necessária à individualização dos cuidados, a sua efectivação só será possível se articulada, simultaneamente, com a utilização do conhecimento profissional para a formulação dos problemas que afectam a pessoa doente e que têm de ser resolvidos através das intervenções de enfermagem” (Rebelo 1996:134).

Uma outra forma de distribuição doentes que figura no questionário coloca algumas questões, designadamente face ao sentido que é atribuído a “ficar responsável pelos doentes desde a admissão à alta”. Significa assumir o processo e o resultado dos cuidados de enfermagem face ao doente e à família? Significa maior investimento e envolvimento com o doente e familiares? Significa alterações das relações de trabalho (com o médico que segue o doente, com as colegas, com a enfermeira chefe, com outros técnicos)? Significa dominar conhecimentos para além daqueles que as tarefas/rotinas exigem?

Qualquer que seja o significado atribuído o que se pretende nesta linha de

orientação de prestar cuidados é um desejo de aproximação ao doente de forma continuada, e não um obstáculo à possibilidade de cada enfermeiro elaborar o plano de cuidados segundo as necessidades de cada doente e ainda de romper com as relações de dependência face às hierarquias de enfermagem que as rotinas produzem.

O tipo de abordagem e os referenciais teóricos que fundamentem a definição das necessidades ou problemas dos doentes têm sido objecto de debate na literatura de enfermagem e se parece consensual que a especificidade da enfermagem passa por uma abordagem holística da pessoa que recebe cuidados, o mesmo se pode afirmar relativamente aos modelos conceptuais que pretendem sustentar a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem que exaustivamente descrevemos na parte do enquadramento teórico.

Efectivamente, este modo novo de estar com o doente é apropriado pela enfermagem europeia a partir de meados da década de 60, como uma estratégia de enriquecimento da sua função que assim pode romper com a sua posição de auxiliar do médico (Collière, 1989; Carapinheiro, 1993) ao não ser articulada com a apropriação de um saber de enfermagem que descodifique e organize as informações obtidas nas interacções centradas na pessoa doente e ainda pelas condições de trabalho que ao manterem-se inalteradas não possibilitam a análise das práticas de cuidados, este conjunto de factores gerou vazios e incertezas e um crescimento do mal estar das enfermeiras, nomeadamente nos hospitais (Aldrick, 1944 Collière, 1989).

As opacidades reveladas face à distribuição dos doentes desde a admissão à alta, para além de dificultarem o exercício da autonomia profissional na prestação de cuidados individualizados, inviabiliza também a emergência do modelo de enfermagem nos serviços hospitalares e na produção de cuidados de saúde que a organização de trabalho referenciada ao doente, como sujeito singular, poderia permitir (Rebelo 1996).

É nesta dinâmica que as rotinas como referente central do trabalho, para além de permitirem uma certa distância das enfermeiras face aos médicos, lhes possibilita uma maior autonomia no seu trabalho. Simultaneamente garantem a não aproximação ao doente, que parece ser a face visível da recusa de ficar responsável pelos doentes desde a admissão à alta, inviabilizando o protagonismo da enfermagem na resposta às necessidades de qualquer doente,

seja dependente ou independente, e este poderá ser o papel essencial do enfermeiro (Rebelo 1996).

A distribuição do trabalho no centro de saúde, como podemos verificar no quadro seguinte, é de forma bem diferente da que podemos verificar no hospital, aí todos os enfermeiros são responsáveis de forma repartida por todo o trabalho que é necessário desenvolver no centro de saúde. Esta é um forma de distribuição de trabalho que tem sido muito contestada uma vez que a responsabilidade pelos actos praticados é diluída por todos os membros da equipa e quando se torna necessário apurar algumas responsabilidades por actos inadequados ou omissões é difícil encontrar os autores.

Quadro n.º 16
Método de distribuição de trabalho

	<i>Geral</i>	<i>Hosp.</i>	<i>C.S.</i>
1. A cada enfermeiro/a é distribuído diariamente um número de doentes/utentes de que é responsável pelos cuidados a prestar-lhe.....	44,7 %	52,3%	3,1%
2. Cada um dos enfermeiros do serviço é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a um número fixo de doentes desde a admissão até à alta.....	7,3%	7,5%	6,3%
3. Cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar aos doentes de uma ou várias salas/quartos/unidades, durante um período fixo de tempo, em sistema de rotatividade.....	20,4%	20,7%	18,8%
4. Cada enfermeiro é responsável por todos os doentes do serviço, sendo o conjunto de cuidados a prestar-lhe repartido pelo total de enfermeiros presentes em cada turno.....	7,8%	2,3%	37,5%
5. Cada enfermeiro realiza em conjunto com outros enfermeiros as actividades mais padronizadas, tendo simultaneamente um número fixo de doentes de que é individualmente responsável.....	9,7%	10,9%	3,1%
6. Outras (responsável por várias actividades).....	10,2%	6,3	31,3%

Fonte: Inquérito

Podemos verificar no quadro n.º 17 que a maior parte dos enfermeiros inquiridos consideram razoáveis os cuidados que prestam (57,1%) e de boa qualidade um número razoável (39,9%). Uma grande maioria (70,2%) considera que o serviço onde trabalha está organizado da forma mais adequada para se prestar uma melhor qualidade dos cuidados. Em termos comparativos quando consideramos os casos particulares do hospital e do centro de saúde, os valores são muito próximo dos já mencionados, à excepção da classificação da qualidade dos cuidados prestados que no centro de saúde nenhum enfermeiro as aponta como deficientes.

A maior parte da investigação sobre a qualidade de cuidados tem sido realizada nos EUA e no Canadá. Os primeiros estudos sobre a qualidade de cuidados de enfermagem nos EUA foram feitos no início dos anos 50, mas a pesquisa em torno da avaliação da qualidade só começou a acontecer alguns anos depois, com o aparecimento de instrumentos de medida desenvolvidos por enfermeiros e investigadores de outros campos profissionais. Para Sale o objectivo da qualidade consiste em “assegurar ao consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuem um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação” (Sale 1998:17).

Quadro n.º 17
Qualidade dos cuidados

1. Classificação da qualidade dos cuidados prestados:				2. A forma como o serviço está organizado é a mais adequada para uma melhor qualidade dos cuidados:			
	Geral	Hosp.	C.S.		Geral	Hosp.	C.S.
Deficiente	3,0 %	3,6%	———	Sim	70,1 %	69,0%	70,3%
Razoável	57,1 %	56,0%	62,5%	Não	29,9 %	31,0%	29,7%
Boa	39,9 %	40,4%	37,5%				

Fonte: Inquérito

5.2 – A NATUREZA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

No estudo empírico que realizámos considerámos como variável dependente “a prática de enfermagem referenciada a modelos de enfermagem ou ao modelo biomédico”, pelo que no quadro seguinte (quadro n.º 18) podemos verificar os valores relacionados com esta mesma variável.

Grande parte dos enfermeiros inquiridos (69,6%) referiram que na sua prática profissional utilizavam um modelo de enfermagem como referência, mas em oposição apenas 3,4 % afirma que se guia pelo modelo biomédico. Um número ainda muito significativo de enfermeiros (27,1%) refere que não tem qualquer modelo como referencia nas suas práticas profissionais. Contudo um número ainda maior de enfermeiros (80,5%) considera ser necessário um modelo de referência na prática profissional, o que nos indica que alguns dos enfermeiros

que referiram não usar qualquer modelo nas suas práticas consideram-no necessário para essas mesmas práticas.

Quadro n.º 18
Caracterização da variável dependente

	Geral	Hosp.	C.S.
1 - A prática tem como referência:			
• Um modelo de enfermagem.....	69,6 %	74,3%	45,7%
• O modelo biomédico.....	3,4 %	3,5%	2,9%
• Não tem modelo	27,1 %	22,1%	51,4%
2 - É necessário um modelo de referência:			
• Sim.....	80,5 %	83,5%	65,7%
• Não	19,5 %	16,5%	34,3%

Fonte: Inquérito

Foi sobretudo na formação inicial e na formação em serviço que os enfermeiros estudaram modelos de enfermagem, como nos aparece no quadro n.º 19. Aqui é de realçar que estes valores não nos surpreendem, dado que a maior parte dos enfermeiros inquiridos como atrás referimos não têm qualquer curso de especialização, apenas em termos de formação formal, frequentaram o curso de enfermagem e em termos de formação em serviço, frequentaram acções de formação sobre esta temática.

Quadro n.º 19
Formação relacionada com modelos de enfermagem

	Geral	Hosp.	C.S.
1 - Estudou modelos de enfermagem:			
1. Curso Superior de Enfermagem (bacharelato).....	46,3 %	48,7%	28,9%
2. Acção de Formação em Serviço.....	39,6 %	42,3%	26,3%
3. Curso de Enfermagem Geral (equivalente).....	30,8 %	28,6%	42,1%
4. CESE.....	9,3 %	9,0%	10,5%
5. Curso de Especialização em Enfermagem.....	8,8 %	7,4%	15,8%
6. Outra situação	4,0 %	4,8%	-
7. Mestrado em enfermagem.....	0,4 %	0,5%	-

CESE – Curso de Estudos Superiores Especializados

Fonte: Inquérito

Para melhor se perceber a influência de algumas variáveis na utilização dos modelos de enfermagem, biomédico ou da não utilização de modelos nas práticas profissionais, procedemos ao cruzamento destas variáveis com a variável dependente. Denotamos que foram poucas as situações em que os enfermeiros afirmaram que está subjacente à sua prática o modelo biomédico.

Podemos verificar no quadro seguinte, que são sobretudo os enfermeiros mais novos que dizem usar modelos de enfermagem e os que menos usam o modelo biomédico ou “nenhum modelo” na sua prática profissional. Esta tendência poderá ter influência com a formação, uma vez que os modelos de enfermagem se estudam à relativamente pouco tempo nas Escolas de Enfermagem e nos Curso de Enfermagem. Foi nos cursos de especialização em enfermagem que se começaram a estudar estas temáticas há mais tempo.

Quadro n.º 20
Relação da Idade com a utilização de modelos na prática profissional

			Um modelo de enfermagem	O modelo bio-médico	Nenhum Modelo	Total
Idade	20 – 29	V.A.	46	1	12	59
		Percentagens em linha	78,0%	1,7%	20,3%	100,0%
		Percentagens em coluna	33,3%	14,3%	22,2%	29,6%
30 – 39	V.A.	V.A.	52	3	20	75
		Percentagens em linha	69,3%	4,0%	26,7%	100,0%
		Percentagens em coluna	37,7%	42,9%	37,0%	37,7%
40 – 49	V.A.	V.A.	31	1	14	46
		Percentagens em linha	67,4%	2,2%	30,4%	100,0%
		Percentagens em coluna	22,5%	14,3%	25,9%	23,1%
50 – 59	V.A.	V.A.	8	2	8	18
		Percentagens em linha	4,4%	11,1%	44,4%	100,0%
		Percentagens em coluna	5,8%	28,6%	14,8%	9,0%
> 60	V.A.	V.A.	1			1
		Percentagens em linha	100,0%			100,0%
		Percentagens em coluna	0,7%			0,5%
Total	V.A.	V.A.	138	7	54	199
		Percentagens em linha	69,3%	3,5%	27,1%	100,0%
		Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Inquérito

A mesma tendência se verifica quando verificamos a relação da idade com a opinião que os inquiridos têm sobre a necessidade de utilização de um modelo na prática profissional. São sobretudo os enfermeiros mais novos que defendem esta necessidade, como evidenciam os dados que constam no quadro n.º 21.

Os enfermeiros mais novos em regra apresentam uma maior disponibilidade para a renovação das práticas profissionais e uma maior abertura à mudança. Por outro lado são estes que estão menos distantes dos períodos de formação formal, onde aprenderam a trabalhar segundo modelos de enfermagem e por isso vêem neles algumas vantagens para os desempenhos profissionais.

Quadro n.º 21
Relação da Idade com a necessidade de utilizar um modelo de referência

			Sim	Não	Total
Idade	20 – 29	V.A.	54	5	59
		Percentagens em linha	91,5%	8,5%	100,0%
		Percentagens em coluna	33,8%	13,25	29,8%
30 – 39	V.A.		62	13	75
		Percentagens em linha	82,7%	17,3%	100,0%
		Percentagens em coluna	38,8%	34,2%	37,9%
40 – 49	V.A.		35	11	46
		Percentagens em linha	76,1%	23,9%	100,0%
		Percentagens em coluna	1,9%	28,9%	23,2%
50 – 59	V.A.		8	9	17
		Percentagens em linha	47,1%	52,9%	100,0%
		Percentagens em coluna	5,0%	23,7%	8,6%
> 60	V.A.		1		1
		Percentagens em linha	100,0%		100,0%
		Percentagens em coluna	0,6%		0,5%
Total	V.A.		160	38	198
		Percentagens em linha	80,8%	19,2%	100,0%
		Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Inquérito

Evidencia-se no quadro que se segue que quase todos os enfermeiros especialistas dizem utilizar um modelo de enfermagem, assim como grande parte dos enfermeiros e dos enfermeiros graduados acompanha esta tendência. A leitura em coluna deste quadro parece-nos pouco significativa uma vez que os valores absolutos de cada categoria são diferentes o que dificulta a análise.

Quadro N.º 22
Relação da categoria profissional com a utilização de modelos

			modelos de referência no exercício da actividade profissional			Total
			um modelo de enfermagem	o modelo biomédico	trabalha sem modelo de referência	
categoria profissional	enfermeiro	V.A.	64	1	16	81
		Percentagens em linha	79,0%	1,2%	19,8%	100,0%
		Percentagens em coluna	44,8%	14,3%	28,6%	39,3%
enfermeiro graduado	V.A.		59	5	37	101
		Percentagens em linha	58,4%	5,0%	36,6%	100,0%
		Percentagens em coluna	41,3%	71,4%	66,1%	49,0%
enfermeiro especialista	V.A.		8		1	9
		Percentagens em linha	88,9%		11,1%	100,0%
		Percentagens em coluna	5,6%		1,8%	4,4%
enfermeiro chefe	V.A.		12	1	2	15
		Percentagens em linha	80,0%	6,7%	13,3%	100,0%
		Percentagens em coluna	8,4%	14,3%	3,6%	7,3%
Total	V.A.		143	7	56	206
		Percentagens em linha	69,4%	3,4%	27,2%	100,0%
		Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Inquérito

Sobre a necessidade de utilizar ou não modelos a tendência é idêntica, (quadro n.º 23), surgem todos os enfermeiros especialistas a afirmar a necessidade da sua utilização. Nas restantes categorias profissionais é evidente o facto de se julgarem necessários nas práticas profissionais a utilização de modelos de enfermagem.

Quadro n.º 23
Relação da categoria profissional com a necessidade de utilizar um modelo de referência

			é necessário um modelo de enfermagem como referência		Total
			sim	não	
categoria profissional	enfermeiro	V.A.	70	10	80
		Percentagens em linha	87,5%	12,5%	100,0%
		Percentagens em coluna	42,9%	25,0%	39,4%
	enfermeiro graduado	V.A.	71	27	98
		Percentagens em linha	72,4%	27,6%	100,0%
		Percentagens em coluna	43,6%	67,5%	48,3%
	enfermeiro especialista	V.A.	10		10
		Percentagens em linha	100,0%		100,0%
		Percentagens em coluna	6,1%		4,9%
	enfermeiro chefe	V.A.	12	3	15
		Percentagens em linha	80,0%	20,0%	100,0%
		Percentagens em coluna	7,4%	7,5%	7,4%
Total	V.A.	163	40	203	
	Percentagens em linha	80,3%	19,7%	100,0%	
	Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Inquérito

Teresa Rebelo ao referir-se a um estudo de White (1984) relativo à enfermagem inglesa, dá conta como nos serviços de saúde se entrecruzam e viabilizam projectos de enfermagem diversos, em função do posto de trabalho que as enfermeiras ocupam. Postula a existência de três grupos — enfermeiras especialistas, generalistas e enfermeiras gestoras — que se distinguem quer pelos objectivos que prosseguem, quer pelas estratégias que desenvolvem.

São as enfermeiras especialistas que privilegiam a função independente de enfermagem e o exercício de uma autoridade profissional assente na mobilização do conhecimento específico de enfermagem que resulta no desenvolvimento de práticas profissionais

com modelos de enfermagem como referência. Consideram ainda que a legitimação social da enfermagem passa por uma formação especializada de nível superior.

As enfermeiras generalistas, o grande grupo de prestadoras de cuidados, preocupam-se em realizar com competência as tarefas que o funcionamento dos serviço prescreve. Tal competência tem como referente o modelo de orientação de cuidados dominante no serviço. Privilegia a experiência de enfermagem como critério de promoção, negando à formação especializada e ao conhecimento que veicula, qualquer valor na aquisição de competências práticas. Contudo consideram que melhores condições de trabalho e uma remuneração adequada às suas responsabilidades, ao influenciarem a qualidade de cuidados, induzem maior respeito e consideração pelo seu trabalho.

As enfermeiras gestoras manifestam valores próximos dos da organização, nomeadamente dos administradores, preferindo como prestadoras de cuidados as enfermeiras generalistas. Estas interrogam pouco as normas que suportam a organização do trabalho, são menos conflituosas (que as especialistas) o que favorece o clima desejável ao bom funcionamento dos serviços.

O estudo evidencia a influência da articulação entre as condicionantes estruturais e a posição dos actores na elaboração dos projectos profissionais, o que, por sua vez, remete para os contextos socio-culturais de pertença e para a problemática da escolha da enfermagem como profissão (Rebelo 1996).

Verificamos no quadro seguinte a mesma tendência que verificámos nos anteriores, isto é, à medida que se tem o curso há menos tempo, aumenta o número de enfermeiros que diz utilizar um modelo de enfermagem como referência da sua prática profissional.

Quadro n.º 24
Relação do ano de conclusão do curso de
enfermagem com a utilização de modelos

			modelos de referência no exercício da actividade profissional			Total
			um modelo de enfermagem	o modelo biomédico	trabalha sem modelo de referência	
ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM	61 - 70	V.A.	4		3	7
		Percentagens em linha	57,1%		42,9%	100,0%
		Percentagens em coluna	3,0%		5,6%	3,6%
	71 - 80	V.A.	28	3	18	49
		Percentagens em linha	57,1%	6,1%	36,7%	100,0%
		Percentagens em coluna	20,7%	42,9%	33,3%	25,0%
	81 - 90	V.A.	39	3	16	58
		Percentagens em linha	67,2%	5,2%	27,6%	100,0%
		Percentagens em coluna	28,9%	42,9%	29,6%	29,6%
	> 1991	V.A.	64	1	17	82
		Percentagens em linha	78,0%	1,2%	20,7%	100,0%
		Percentagens em coluna	47,4%	14,3%	31,5%	41,8%
Total	V.A.	135	7	54	196	
	Percentagens em linha	68,9%	3,6%	27,6%	100,0%	
	Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Inquérito

Relativamente à necessidade de utilização de um modelo de enfermagem conjugada com o anos de conclusão do curso de enfermagem podemos verificar novamente no quadro n.º 25, que à medida que decresce o tempo de conclusão do curso aumenta o número de enfermeiros que consideram necessários os modelos de enfermagem.

A influência da formação escolar é marcante nesta tendência, uma vez que pode garantir o pensamento e o domínio dos esquemas de acção profissional, necessárias a uma prática de enfermagem distante das rotinas e rituais, em que se cristalizaram o conteúdo do trabalho de muitos enfermeiros (Rebelo 1996).

Quadro n.º 25
Relação do ano de conclusão do curso de enfermagem
com a necessidade de utilização de um modelo

			é necessário um modelo de enfermagem como referência		Total
			sim	não	
ano de conclusão do curso enfermagem	61 - 70	V.A.	4	3	7
		Percentagens em linha	57,1%	42,9%	100,0%
		Percentagens em coluna	2,6%	7,9%	3,6%
	71 - 80	V.A.	31	15	46
		Percentagens em linha	67,4%	32,6%	100,0%
		Percentagens em coluna	20,0%	39,5%	23,8%
	81 - 90	V.A.	49	10	59
		Percentagens em linha	83,1%	16,9%	100,0%
		Percentagens em coluna	31,6%	26,3%	30,6%
	> 1991	V.A.	71	10	81
		Percentagens em linha	87,7%	12,3%	100,0%
		Percentagens em coluna	45,8%	26,3%	42,0%
Total		V.A.	155	38	193
		Percentagens em linha	80,3%	19,7%	100,0%
		Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Inquérito

O quadro seguinte evidencia de forma particular que os enfermeiros especialistas, qualquer que seja o ano de conclusão do curso de especialização, referem a utilização de modelos de enfermagem como referência nas suas práticas profissionais.

As diversas fases de formação formal pelos quais estes enfermeiros já passaram, um curso de base e uma especialização, influenciaram de alguma forma o seu desenvolvimento como profissionais. Experienciaram um processo de aquisição de competências, tanto de eficácia na prestação de cuidados como de relações sócio-profissionais nas suas organizações, que os levou a olhar a prática profissional à luz de conhecimentos adquiridos.

Tal como afirma Nóvoa "profissão é uma actividade que exige a posse de um corpo de saberes e de saberes fazer e a adesão a comportamentos de ordem ética definidos colectivamente e reconhecidos socialmente... está em transformação acompanhando tanto a evolução dos saberes como as mudanças das relações entre

o grupo profissional e as diferentes classes sociais” (Nóvoa 1987:347).

Quadro n.º 26
Relação do ano de conclusão do curso de especialização em enfermagem com a utilização de modelos

	modelos de referência no exercício da actividade profissional			Total
	um modelo de enfermagem	o modelo biomédico	trabalha sem modelo de referência	
ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM	76 - 80 V.A.	3		3
	Percentagens em linha	100,0%		100,0%
	Percentagens em coluna	12,0%		8,8%
81 - 85	V.A.	2	1	2
	Percentagens em linha	40,0%	20,0%	40,0%
	Percentagens em coluna	8,0%	100,0%	25,0%
86 - 90	V.A.	4		4
	Percentagens em linha	100,0%		100,0%
	Percentagens em coluna	16,0%		11,8%
91 - 95	V.A.	5		2
	Percentagens em linha	71,4%		28,6%
	Percentagens em coluna	20,0%		25,0%
96 - 99	V.A.	11		4
	Percentagens em linha	73,3%		26,7%
	Percentagens em coluna	44,0%		50,0%
Total	V.A.	25	1	8
	Percentagens em linha	73,5%	2,9%	23,5%
	Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte : Inquérito

No quadro seguinte (n.º 27) é de salientar que os enfermeiros que terminaram o curso em 81-85 afirmam que não consideram necessário a utilização de um modelo de enfermagem.

Evidentemente que de resto quase todos os enfermeiros com especialização consideram a necessidade da utilização de modelos de enfermagem, independentemente do ano de conclusão da sua especialização.

Os planos de estudo dos cursos de especialização em enfermagem e dos cursos de estudos superiores em enfermagem tinham nos seus conteúdos programáticos o estudo de modelos e teorias de enfermagem, pelo que os enfermeiros especializados tinham informação alargada sobre toda esta problemática.

Quadro n.º 27
Relação do ano de conclusão do curso de especialização em enfermagem com a necessidade de utilizar um modelo

			é necessário um modelo de enfermagem como referência		Total
			sim	não	
ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM	76 - 80	V.A.	3		3
		Percentagens em linha	100,0%		100,0%
		Percentagens em coluna	10,0%		8,6%
	81 - 85	V.A.	1	3	4
		Percentagens em linha	25,0%	75,0%	100,0%
		Percentagens em coluna	3,3%	60,0%	11,4%
	86 - 90	V.A.	6		6
		Percentagens em linha	100,0%		100,0%
		Percentagens em coluna	20,0%		17,1%
	91 - 95	V.A.	6	1	7
		Percentagens em linha	85,7%	14,3%	100,0%
		Percentagens em coluna	20,0%	20,0%	20,0%
	96 - 99	V.A.	14	1	15
		Percentagens em linha	93,3%	6,7%	100,0%
		Percentagens em coluna	46,7%	20,0%	42,9%
Total	V.A.	30	5	35	
	Percentagens em linha	85,7%	14,3%	100,0%	
	Percentagens em coluna	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Inquérito

Para continuarmos a análise dos dados recolhidos através do questionário, como referimos no capítulo da metodologia, foi necessário analisar as quatro escalas construídas, segundo alguns critérios que tornam a análise de dados coerente e fidedigna o que nos permite considerar alguns aspectos que no nosso estudo são considerados importantes.

5.3 - IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS PROFISSIONAIS.

Para darmos resposta ao principal objectivo do trabalho, procedemos à análise factorial de componentes principais de todas as escalas que constam no questionário, a fim de podermos identificar factores associados às praticas profissionais relacionadas com os referidos modelos e aos aspectos que interferem na utilização desses modelos nas práticas profissionais. A análise das escalas foi efectuada pela ordem que se apresentam no questionário.

Antes de prosseguir a análise dos factores identificados cumpre-me ainda tecer algumas considerações sobre as características da análise efectuada.

A análise das componentes principais é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis não correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais, que resultam das combinações lineares das variáveis iniciais, o que reduz a complexidade da interpretação dos dados.

As componentes principais são calculadas por ordem decrescente de importância, isto é, a primeira explica a máxima variância dos dados, a segunda a máxima variância ainda não explicada pela primeira e assim sucessivamente. A última componente será a menor contribuição para a explicação da variância total dos dados (Pestana e Gageira 1998).

A análise factorial assume que as covariâncias ou as correlações entre as variáveis observáveis são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes ou conceitos, não directamente medidos, designados por factores comuns ou variáveis latentes e tal como a análise das componentes principais, procura simplificar os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever, mas é mais ambiciosa visto postular um modelo que explica a correlação entre as variáveis observáveis, pressupondo a existência de um número menor de variáveis não observáveis (factores) subjacentes aos dados, que expressam o que existe de comum nas variáveis originais.

O estudo das covariâncias e das correlações entre as variáveis observáveis são de importância central na análise factorial. De facto, quando existe correlação (associação linear) entre todos os pares de variáveis (matriz das correlações é diferente da matriz identidade), há uma relação de dependência nos dados que permite descrevê-los e resumi-los num número inferior de variáveis compostas ou derivadas, facilitando a compreensão dos dados (Pestana e Gageiro 1998).

A análise factorial, decompõe a variância das variáveis observáveis em duas partes: uma que é a variância devida aos factores comuns e a outra que é variância devida aos factores únicos. A primeira é conhecida por comunalidade da variável i , que é a variância total da variável explicada pelos factores comuns. O

seu valor indica a quantidade de variância de uma variável que é partilhada pelo menos com outra variável do conjunto. O complemento aritmético representa a proporção de variância única da variável, ou parte não explicada pelos factores comuns. Na análise factorial a situação ideal corresponde à existência de poucos factores comuns e de uma pequena contribuição dos factores únicos (Pestana e Gageiro 1998).

Os métodos de rotação podem ser ortogonais ou oblíquos, sendo que o primeiro produz factores que não estão correlacionados entre si (ortogonais), e são interpretados a partir dos seus loadings. Na rotação oblíqua, os factores estão correlacionados, e para a interpretação da solução torna-se necessário considerar simultaneamente a matriz das correlações e dos loadings (Pestana e Gageiro 1998).

5.4 – O KAISER-MEYER-OLKIN (KMO) E O TESTE DE ESFERICIDADE DE BARTLETT

O Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) “compara as correlações simples com as parciais observadas entre as variáveis. O KMO perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de zero indica que a análise factorial pode não ser uma boa ideia, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis” (Pestana e Gageiro 1998: 328).

Kaiser adjectiva os valores do kMO como se apresentam no quadro seguinte.

Quadro n.º 28
Avaliação do KMO

KMO	ANÁLISE FACTORIAL
1 – 0,9	MUITO BOA
0,8 – 0,9	BOA
0,7 – 0,8	MÉDIA
0,6 – 0,7	RAZOÁVEL
0,5 – 0,6	MÁ
< 0,5	INACEITÁVEL

Assim as diferentes escalas em análise apresentam os seguintes valores de Kaiser-Meyer-Olkin:

Quadro n.º 29
Valores de KMO- gerais

ESCALA	KMO	A.F.
Práticas relacionadas com modelos de enfermagem	0,858	Boa
Práticas relacionadas com o modelo biomédico	0,794	Média
Factores extrínsecos	0,821	Boa
Factores intrínsecos	0,867	Boa

Fonte: Inquérito

Estes valores de Kaiser-Meyer-Olkin permitem-nos tomar a decisão de considerarmos todas as escalas em estudo, adequadas para a identificação dos factores.

O teste de esfericidade de Bartlett "pode ser usado para testar a hipótese da matriz das correlações ser a matriz identidade com determinante igual a 1. Este teste requer que os dados provenham de uma população normal multivariada" (Pestana e Gageiro 1998: 329).

Quadro n.º 30
Teste de esfericidade de Bartlett

Escalas	Valor Do teste
1 - Práticas relacionadas com modelos de enfermagem	0,000
2 - Práticas relacionadas com o modelo biomédico	0,000
3 - Factores extrínsecos	0,000
4 - Factores intrínsecos	0,000

Fonte: Inquérito

O quadro anterior mostra-nos que o teste de Bartlett tem associado um nível de significância de 0,000 em todas as escalas, valor inferior a 0,05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que existe correlação entre as variáveis. Caso isto não se verificasse dever-se-ia reconsiderar a utilização deste modelo factorial.

5.5 – AS COMUNALIDADES

A proporção da variância de cada variável explicada pelas componentes principais retidas designa-se por comunalidade, que são apresentadas antes e depois da extracção do número desejado de factores. “As comunalidades iniciais são iguais a 1, existindo tantas componentes principais quantas as variáveis. As comunalidades após a extracção, variam entre 0 e 1, sendo 0 quando os factores comuns não explicam nenhuma variância da variável e 1 quando explicam toda a sua variância” (Pestana e Gageiro 1998: 331).

Nas quatro escalas analisadas verificámos que todas apresentam uma forte relação com os factores retidos (as comunalidades iniciais são iguais a 1 e as comunalidades após extracção estão quase todas acima de 0,5. Assim podemos afirmar que os factores comuns que foram extraídos explicam quase toda a sua variância.

5.6 - OS FACTORES RETIDOS E A VARIÂNCIA TOTAL EXPLICADA

Os critérios de Kaiser (valores próprios maiores do que 1) e o scree plot geram soluções credíveis para a escolha do número de factores a reter, quando como é o caso o número de variáveis é inferior a 30, quando as comunalidades são no mínimo 0,6, como é igualmente o caso, ou quando o número de casos é elevado (superior a 250).

Os valores próprios (eigenvalues) maiores do que 1 indicam-nos a retenção dos vários factores (Pestana e Gageiro 1998: 332). Os valores próprios são ordenados por tamanhos e dão origem ao número total de factores.

O tratamento dos dados permite-nos verificar a variância explicada. Os Outputs permitem-nos verificar a percentagem explicada por cada factor antes e após a rotação.

5.7 – AS PRÁTICAS RELACIONADAS COM MODELOS DE ENFERMAGEM

Na análise da 1ª escala que se refere à caracterização das práticas segundo modelos de enfermagem, podemos verificar que foram encontrados cinco componentes com valores próprios superiores a 1, os cinco componentes obtidos explicam mais de 60% da variância dos dados iniciais e ficam por explicar 39,8%, isto é, existem muitos outros aspectos que contribuem para a prática segundo modelos de enfermagem e que não conseguimos identificar nesta análise.

Quadro n.º 31
Práticas relacionadas com modelos de enfermagem

Variância total explicada

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8,193	34,138	34,138	8,193	34,138	34,138	3,593	14,972	14,972
2	2,014	8,391	42,529	2,014	8,391	42,529	2,940	12,251	27,223
3	1,730	7,210	49,739	1,730	7,210	49,739	2,905	12,103	39,326
4	1,284	5,351	55,090	1,284	5,351	55,090	2,892	12,051	51,377
5	1,209	5,037	60,128	1,209	5,037	60,128	2,100	8,751	60,128
6	,991	4,131	64,259						
7	,921	3,838	68,097						
8	,865	3,604	71,701						
9	,836	3,482	75,183						
10	,752	3,133	78,316						
11	,650	2,710	81,026						
12	,612	2,550	83,576						
13	,545	2,271	85,847						
14	,488	2,034	87,880						
15	,447	1,861	89,741						
16	,423	1,763	91,504						
17	,385	1,604	93,108						
18	,349	1,454	94,562						
19	,288	1,198	95,761						
20	,281	1,173	96,933						
21	,260	1,083	98,016						
22	,226	,942	98,958						
23	,158	,658	99,616						
24	,092	,384	100,000						

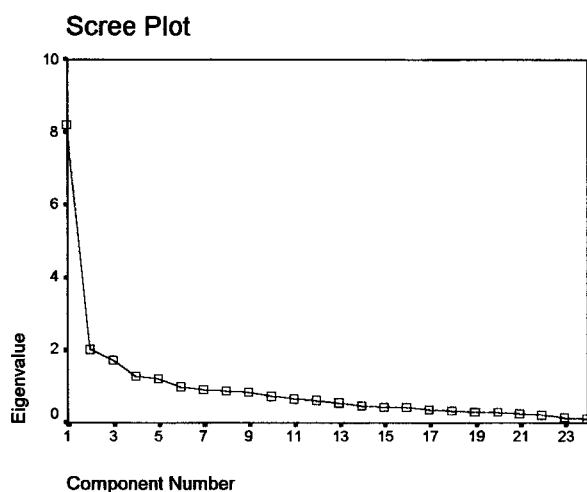
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Fonte: Inquérito

No Gráfico nº 1, podemos verificar os valores próprios em relação ao número de factores a reter, que são os que correspondem à maior inclinação da recta (que no caso são cinco), isto é o maior afastamento entre os valores elevados e os pequenos valores próprios.

Grafico n.º 1

Práticas relacionadas com modelos de enfermagem



Fonte: Inquérito

5.8 – AS PRÁTICAS RELACIONADAS COM O MODELO BIOMÉDICO

Na análise das práticas relacionadas com o modelo biomédico podemos verificar a apenas foram identificados dois componentes com valores superiores a 1, estes dois componentes apenas explicam mais de 53% da variância dos dados iniciais e ficam por explicar 47%, o que nos revelam que existem muitos outros factores que não foram identificados e que explicam as práticas profissionais segundo o modelo biomédico (Quadro 32).

Quadro n.º 32

Práticas relacionadas com o modelo biomédico

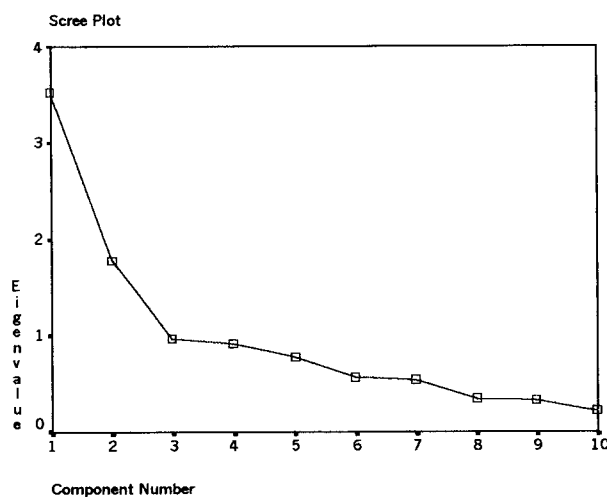
Variância total explicada

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,533	35,331	35,331	3,533	35,331	35,331	3,203	32,028	32,028
2	1,779	17,791	53,122	1,779	17,791	53,122	2,109	21,094	53,122
3	,972	9,716	62,838						
4	,921	9,211	72,049						
5	,773	7,729	79,778						
6	,575	5,748	85,526						
7	,537	5,373	90,899						
8	,354	3,537	94,436						
9	,333	3,328	97,764						
10	,224	2,236	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Pelo gráfico n.º 2 podemos igualmente verificar os valores próprios em relação aos dois factores encontrados.

Gráfico n.º 2
PRÁTICAS RELACIONADAS COM O MODELO BIOMÉDICO



Fonte: Inquérito

5.9 – OS FACTORES EXTRÍNSECOS

Relativamente aos factores extrínsecos relacionados com os aspectos que poderão estar na origem de práticas profissionais desligadas de modelos de enfermagem, podemos verificar no quadro n.º 33, que foram encontrados 4. Isto é, foram encontrados quatro componentes com valores superiores a 1, que explicam 66% da variância dos dados iniciais ficando assim por explicar 34%. Existe um número considerável de factores que não foram encontrados com a escala que elaboramos e que também explicam as referidas práticas profissionais.

A análise das práticas profissionais reveste-se de alguma complexidade pelo que é aceitável num estudo inicial que existam muitos outros factores que não foram encontrados com este modelo de análise nomeadamente com a natureza das escalas construídas.

Quadro n.º 33
Factores extrínsecos

Total da variância explicada

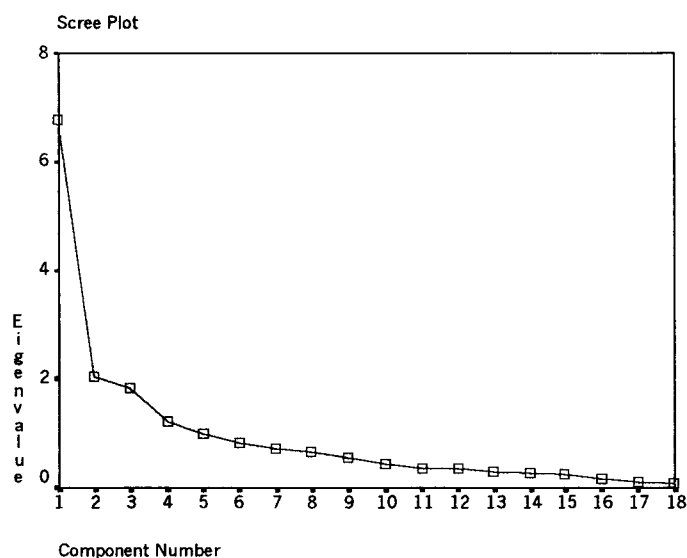
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,789	37,719	37,719	6,789	37,719	37,719	3,641	20,226	20,226
2	2,045	11,359	49,078	2,045	11,359	49,078	2,943	16,351	36,577
3	1,825	10,142	59,220	1,825	10,142	59,220	2,823	15,684	52,261
4	1,229	6,825	66,045	1,229	6,825	66,045	2,481	13,784	66,045
5	,992	5,512	71,556						
6	,829	4,603	76,160						
7	,717	3,984	80,144						
8	,667	3,705	83,848						
9	,552	3,069	86,917						
10	,450	2,502	89,419						
11	,369	2,051	91,470						
12	,351	1,948	93,418						
13	,303	1,685	95,103						
14	,278	1,545	96,648						
15	,244	1,355	98,003						
16	,166	,921	98,924						
17	,117	,649	99,572						
18	8,E-02	,428	100,00						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Fonte: Inquérito

No gráfico número 3, podemos igualmente verificar os valores próprios em relação ao número de factores a reter (no caso quatro), que correspondem à maior inclinação da recta.

Gráfico n.3
Factores extrínsecos



Fonte: Inquérito

5.10 - FACTORES INTRÍNSECOS

Relativamente aos factores intrínsecos relacionados com os aspectos que impossibilitam práticas profissionais segundo modelos de enfermagem, podemos verificar no quadro n.º 34, eu foram encontrados cinco componentes com valores superiores a 1, que explicam 67,5% da variância dos dados iniciais ficando assim por explicar 32,5%. Existe também na análise um número considerável de factores próprios e inerentes a cada um dos inquiridos que não foram encontrados com a escala que foi elaborada e que também explicam as referidas práticas profissionais.

Quadro n.º 34
Factores intrínsecos

Total da variância explicada

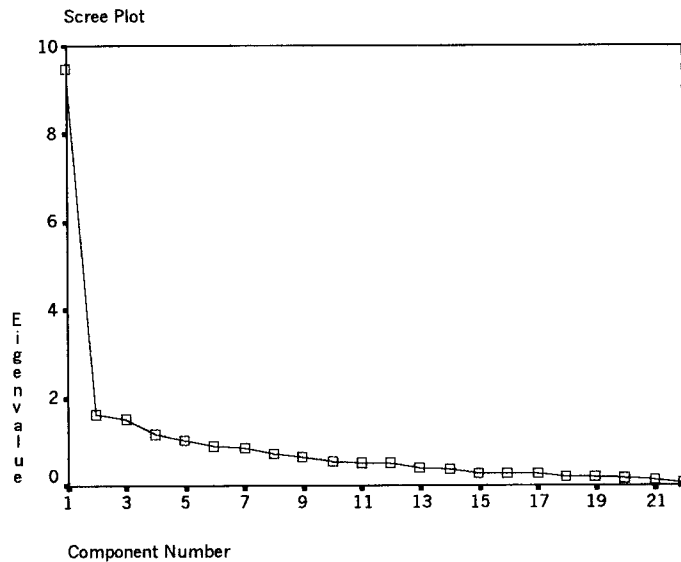
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,475	43,067	43,067	9,475	43,067	43,067	3,681	16,730	16,730
2	1,636	7,439	50,506	1,636	7,439	50,506	3,625	16,478	33,208
3	1,515	6,888	57,393	1,515	6,888	57,393	2,840	12,911	46,119
4	1,186	5,392	62,785	1,186	5,392	62,785	2,489	11,314	57,433
5	1,049	4,769	67,554	1,049	4,769	67,554	2,227	10,121	67,554
6	,909	4,133	71,687						
7	,873	3,968	75,654						
8	,727	3,306	78,960						
9	,652	2,963	81,923						
10	,543	2,468	84,391						
11	,522	2,373	86,765						
12	,504	2,292	89,057						
13	,417	1,895	90,952						
14	,381	1,730	92,682						
15	,293	1,332	94,014						
16	,275	1,250	95,264						
17	,261	1,185	96,449						
18	,222	1,011	97,461						
19	,195	,887	98,348						
20	,167	,757	99,105						
21	,141	,641	99,746						
22	,056	,254	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Fonte: Inquérito

No gráfico número n.º 4 podemos também verificar os valores próprios em relação ao número de factores a reter (no caso cinco), que como está desenhado no gráfico correspondem novamente à maior inclinação da recta.

Gráfico n.º 4
Factores intrínsecos



Fonte: Inquérito

Como podemos verificar nas escalas que foram incluídas na análise, foram encontrados alguns componentes que explicam a variância dos dados iniciais e por conseguinte o número de factores que a explicam. No quadro seguinte apresentamos a variância total explicada pelos factores.

Quadro n.º 35
Variância total explicada pelos factores

Escala	Nº Fact	Var. exp pelo 1º factor	Var. expl 2º	Var. expl 3º	Var. expl 4º	Var. expl 5º
			% acum	% acum	% acum	% acum
1. Práticas ME	5	14,972	27,223	39,326	51,377	60,128
2. práticas MB	2	32,028	53,122	-	-	-
3. Fact. extrínsecos.	4	20,226	36,557	52,061	66,045	-
4. Fact. Intrínsecos	5	16,730	33,208	46,119	57,433	67,554

Fonte: Inquérito

Em resumo podemos constatar que foram identificados cinco factores que estão na origem de práticas segundo modelos de enfermagem e que explicam 60,128% da variância dos dados iniciais, dois factores que originam práticas segundo o modelo biomédico e que explicam 53,122% da variância, quatro factores que estão ligados a aspectos centrados no contexto da acção, factores extrínsecos, e que explicam 66,045% da variância e cinco factores intrínsecos (relacionados com a pessoa do enfermeiro) que estão na origem de práticas profissionais impeditivas da utilização de modelos de enfermagem, que explicam 67,554% da variância dos dados iniciais. Muitos outros aspectos ficaram por explicar por não terem sido considerados neste modelo de análise. Trata-se evidentemente de uma limitação das escalas usadas, contudo foram apenas as que dispusemos para fazer a nossa análise.

5.11 – A MATRIZ DAS COMPONENTES APÓS ROTAÇÃO

O objectivo da rotação é extremar os valores dos loadings, de modo a que cada variável seja associada a um factor pelo que verificámos na análise das escalas o conjunto de variáveis e a sua ligação com o factor a que correspondiam.

Foram identificados os factores em cada uma das escalas e para cada um deles os seus valores próprios, a percentagem de variância explicada e a descrição do bloco de variáveis que lhe corresponde.

No quadro n.º 36, que se refere à escala que se refere a práticas profissionais segundo modelos de enfermagem, podemos verificar que no primeiro factor estão aspectos relacionados com o *desenvolvimento do processo de cuidados*, como são a apreciação, o planeamento, a execução e a avaliação; no segundo factor estão incluídos os aspectos relacionados com a *realização da formação e da investigação* para a prática dos cuidados; no terceiro factor estão acentuados os aspectos relacionados com a *relação enfermeiro/utente/equipa*, no processo de cuidados, no quarto factor está evidenciada a *aceitação do utente, a disponibilidade para a aceitação da situação* que o utente está a viver e surge aqui uma referência aos princípios técnico-científicos como instrumentos do processo de cuidados e no quinto factor encontramos com maior nitidez as fases que caracterizam esse mesmo processo no que se refere essencialmente à *relação planeamento/execução*.

Quadro n.º 36
Factores e Bloco de variáveis - Práticas relacionadas com modelos de enfermagem

Factor	Valores Próprios	% Variância explicada	Bloco de Variáveis
1º	3,593	14,972	<p><i>P14. Avalio cuidados prestados;</i> <i>P1. Recolho dados acerca do utente utilizando todas as fontes de informação disponíveis;</i> <i>P13. Planeio programas de educação para a saúde;</i> <i>P15. Reavalio as necessidades do utente em cuidados de enfermagem, em função dos resultados da avaliação;</i> <i>P16. Registo os comportamentos do utente;</i> <i>P2. Crio condições para o utente exprimir sentimentos, receios, medos e ideias;</i> <i>P11. Executo os cuidados de enfermagem num ambiente relacional terapêutico</i></p>
2º	2,940	12,25	<p><i>P18. Realizo ou colaboro em estudos sobre problemas de enfermagem;</i> <i>P20. Colaboro na formação realizada na unidade de cuidados;</i> <i>P19. Utilizo os resultados dos estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem;</i> <i>P17. Desenvolvo acções que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados;</i> <i>P21. Opino e fundamento a minha opinião sobre situações dilemáticas no âmbito do processo de cuidados;</i></p>
3º	2,905	12,10	<p><i>P24. Ajudo o utente a lidar com as suas limitações;</i> <i>P23. Ajudo o utente a reconhecer as suas capacidades;</i> <i>P22. Discuto com todos os elementos da equipa de saúde sobre a situação do utente;</i></p>
4º	2,892	12,05	<p><i>P6. Estou disponível para entender a realidade do utente;</i> <i>P4. Confirmo com o utente os problemas identificados;</i> <i>P12. Executo cuidados de enfermagem segundo princípios técnico-científicos;</i> <i>P3. Aceito o utente tal como é, sem exprimir juízos de valor;</i></p>
5º	2,100	8,751	<p><i>P8. Elaboro planos de cuidados de enfermagem;</i> <i>P10. Faço preparação global do utente para a execução de intervenções de enfermagem;</i> <i>P5. Organizo dados no sentido de identificar problemas /alterações nos hábitos;</i> <i>P9. Integro o utente no processo de cuidados;</i> <i>P7. Defino objectivos/resultados esperados.</i></p>

Fonte: Inquérito

No quadro n.º 37 podemos verificar que no primeiro factor a forte influência das *normas da organização e do diagnóstico médico* e no segundo factor a significativa *influência da doença e da relação desta com a intervenção do enfermeiro* na resolução dos problemas do doente.

Quadro n.º 37
Factores e Bloco de variáveis - Práticas relacionadas com o modelo biomédico

Factor	Valores Próprios	% Variância explicada	Bloco de Variáveis
1º	3,533	35,331	<p><i>P3. Considero as normas da organização e as rotinas necessárias; no processo de cuidados</i></p> <p><i>P4. No cumprimento das tarefas supero as diferentes situações que posso encontrar no processo de cuidados;</i></p> <p><i>P1. Presto cuidados de enfermagem de acordo com o diagnóstico médico;</i></p> <p><i>P2. No processo de cuidados considero sobretudo o local (tecidos, órgãos ou membros) onde está instalada a doença;</i></p> <p><i>P7. Nunca me esqueço do diagnóstico do utente/doente e de todo o processo de tratamento;</i></p>
2º	1,779	17,791	<p><i>P9. A doença da pessoa é sobretudo o que mais me interessa quando presto cuidados;</i></p> <p><i>P8. Considero que raramente é necessária a participação do doente para que eu possa desenvolver as minhas actividades;</i></p> <p><i>P6. Administar a terapêutica é uma das actividades mais importantes no processo de cuidados;</i></p> <p><i>P10. É mais comum lidar com os aspectos objectivos da situação da pessoa, do que com os sentimentos e a experiência da pessoa;</i></p> <p><i>P5. A resolução de problemas exige-me um certo afastamento para poder pensar de forma racional.</i></p>

Fonte: Inquérito

No Quadro n.º 38 podemos verificar os quatro factores identificados que se referem a à caracterização da prática profissional não compatível com modelos de enfermagem influenciada por aspectos extrínsecos. Um primeiro bloco de variáveis refere-se ao elevado volume de trabalho e à complexidade dos cuidados de enfermagem; um segundo bloco, refere-se a aspectos de natureza académica e ao tempo necessário para a prestação de cuidados; um terceiro bloco de variáveis aponta para a falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados e um quarto bloco de variáveis refere-se à desadequação dos modelos de enfermagem à realidade das organizações embora seja de considerar que os

cuidados de enfermagem deveriam ter como referência um modelo de enfermagem.

Quadro n.º 38
Factores e Bloco de variáveis - factores extrínsecos

Factor	Valores Próprios	% Variância explicada	Bloco de Variáveis
1º	3,641	20,226	<p>P15. O número de doentes que me são distribuídos não é compatível com a utilização de um ME;</p> <p>P11. O número de doentes que me são habitualmente distribuídos é elevado para poder prestar cuidados tendo um ME como referência;</p> <p>P17. Os registos de enfermagem segundo um modelo ocupam o tempo que preciso para fazer o que tenho que fazer habitualmente no turno;</p> <p>P16. Os registos de enfermagem segundo um ME são muito complexos;</p> <p>P18. Um modelo de enfermagem não se enquadra habitualmente na realidade do meu serviço;</p> <p>P10. As rotinas não permitem ir muito além do que se faz habitualmente no serviço/Unidade.</p>
2º	2,943	16,351	<p>P7. Trabalhar com um ME como referência é assunto só para os estudantes;</p> <p>P8. Só na escola é que se deve ensinar e praticar a enfermagem segundo um ME</p> <p>P12. Trabalhar segundo um ME é perder tempo e não fazer o necessário para o que o utente precisa efectivamente;</p> <p>P14. Trabalhando sem modelo de enfermagem dou conta do trabalho que habitualmente me é distribuído, o que não aconteceria se trabalhasse com um ME como referência;</p> <p>P13. Trabalhar sem ME dá-me ainda menos trabalho.</p>
3º	2,827	15,684	<p>P6. Ninguém me exige trabalhar com um ME como referência neste Hospital/Centro de Saúde;</p> <p>P5. A direcção de enfermagem do hospital/centro de saúde não tem esse aspecto como prioritário;</p> <p>P4. O enfermeiro chefe (responsável de serviço) nunca me exigiu utilizar um ME.</p>
4º	2,481	13,784	<p>P2. Acho que um ME não é método para o nosso Hospital/C.S.;</p> <p>P3. Acho que um ME não é método para o meu serviço/Unidade;</p> <p>P1. Os cuidados de enfermagem devem ter como referência um modelo de enfermagem;</p> <p>P9. A organização do serviço/Unidade é incompatível com a prática de enfermagem segundo um ME.</p>

Fonte: Inquérito

No quadro n.º 39 podemos verificar os cinco blocos de variáveis que apontam os factores extrínsecos que poderão ser responsáveis por práticas de enfermagem desligadas de modelos de enfermagem. No primeiro bloco de variáveis surge com certa importância a *perda de poder e a ausência de formação formalizada* (formação em serviço), sobre modelos de enfermagem; no segundo bloco está expresso a *ausência de conhecimentos teórico/práticos* sobre modelos de enfermagem; no terceiro bloco surge com destaque a *falta de tempo e a indiferença* face aos resultados dos cuidados de enfermagem e as obrigações de natureza legal; no quarto bloco emerge o *conflito* com outros membros da equipa de saúde e por fim surge no quinto bloco de variáveis um factor que aponta para a *desmotivação* dos enfermeiros para a utilização de modelos de enfermagem como guia orientador de práticas profissionais.

As questões relacionadas com a formação assumem sempre um papel importante no âmbito dos processos de socialização profissional.

A vivência em sociedade caracteriza-se pela acção de estímulos múltiplos sobre o indivíduo, cujos efeitos educativos decorrem do processo de adaptação que este desenvolve continuamente: mudanças na esfera profissional, introdução de novas tecnologias, alteração dos processos de produção, novas formas de organização do trabalho, reorganização familiar, acção dos meios de comunicação de massas, relações interpessoais. Nesta perspectiva, o homem tem uma necessidade permanente de se reconstruir, de se auto-estruturar, estabelecendo novos laços com o complexo social em que se insere. Estamos assim perante um (ou um novo) processo de socialização ou de socialização reconstruída (Lesne, 1987).

A necessidade de formação surge assim como uma resposta a uma pressão social, que nos seus aspectos mais específicos e ligados a uma profissão desenvolvida numa determinada organização, pode surgir como uma pressão da própria organização, podendo assim assumir modalidades mais ou menos formais ou mais ou menos estruturadas. Estamos perante um processo de recomposição e de reconstrução de conhecimentos que os enfermeiros, enquanto grupo profissional, sentem como importante nas sua trajectórias pessoais e profissionais.

Quadro n.º 39
Factores e Bloco de variáveis - Factores intrínsecos

Factor	Valores Próprios	% Variância explicada	Bloco de Variáveis
1º	3,681	16,730	<p>P17. Com um ME, não conheço exactamente os limites da minha autoridade;</p> <p>P16. Com um ME não conheço exactamente os limites das minhas responsabilidades;</p> <p>P15. Não tenho poder suficiente para concretizar as minhas actividades se trabalhar segundo um ME;</p> <p>P18. Utilizando um ME, não tenho meios adequados para realizar as minhas actividades;</p> <p>P6. Nunca frequentei nenhuma acção de formação sobre este tema;</p> <p>P14. Utilizando um ME iria ter de realizar tarefas desnecessárias;</p>
2º	3,625	16,478	<p>P2. Nunca prestei cuidados tendo um ME como referência;</p> <p>P4. Nunca aprendi a prestar cuidados com um ME como referência;</p> <p>P7. Nunca vi prestar cuidados com um ME como referência;</p> <p>P1. Não sei prestar cuidados tendo um ME como referência;</p> <p>P5. Nunca estudei modelos de enfermagem;</p>
3º	2,840	12,911	<p>P9. Não há tempo no serviço para trabalhar segundo um ME ;</p> <p>P13. Utilizando um ME, iria ter uma quantidade excessiva de trabalho o que interferia com a qualidade da sua realização;</p> <p>P3. Não vejo diferença nos resultados com um ME de referência;</p> <p>P8. Não me importa o facto de não cumprir a legislação nesta matéria;</p>
4º	2,489	11,314	<p>P20. Se tiver que usar um ME, vou entrar em conflito com outros membros da equipa (ex. médicos);</p> <p>P19. Se tiver que usar um ME, entro em conflito com as normas da organização;</p> <p>P22. Agora tenho muitas funções que posso delegar nas auxiliar de acção médica, se usar um ME, vou ter que delegar menos funções;</p> <p>P21. Se tiver que usar um ME, vou ter que ser mais competitivo no meu serviço, o que me desagrada;</p>
5º	2,227	10,121	<p>P11. Já não pretendo mudar de método de trabalho;</p> <p>P12. Sempre trabalhei sem ME como referência, não é agora que vou mudar;</p> <p>P10. Trabalhar segundo um ME não é um assunto que me preocupe por agora;</p>

Fonte: Inquérito

Em resumo, os factores que caracterizam as práticas profissionais podem ser interpretados da seguinte forma.

Influenciam as práticas segundo modelos de enfermagem:

- O desenvolvimento completo do processo de cuidados (apreciação, planeamento, execução e avaliação) – generalidades.
- A realização de formação para a prática de cuidados.
- O desenvolvimento da relação enfermeiro/utente/equipa.
- A disponibilidade e aceitação do utente.
- A relação específica do planeamento com a execução.

Influenciam as práticas segundo o modelo biomédico:

- As normas da organização e o diagnóstico médico.
- A relação doença e intervenção do enfermeiro na resolução de problemas.

Factores extrínsecos (centrados no contexto da acção) que poderão estar na origem de práticas não orientadas por modelos de enfermagem:

- Volume de trabalho e complexidade dos cuidados de enfermagem.
- A natureza académica das práticas segundo modelos de enfermagem o que complica a execução dos cuidados.
- A falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados.
- Ser considerado um método de trabalho desadequado para a organização.

Factores intrínsecos (centrados no enfermeiro) que poderão estar na origem de práticas não orientadas por modelos de enfermagem:

- A perda de poder e a ausência de formação formalizada sobre o assunto.
- A ausência de conhecimentos teórico/práticos sobre modelos de enfermagem.
- A falta de tempo e indiferença face aos resultados e às obrigações de natureza legal.
- Ser considerado uma fonte de conflito do enfermeiro com os outros membros do serviço/equipas.
- A desmotivação.

5.12 - A COMPARAÇÃO DOS CASOS PARTICULARES DO HOSPITAL E CENTRO DE SAÚDE

Para podermos fazer a comparação de dados dos dois tipos de organização em estudo recorreremos ao uso das medidas de tendência central (média, mediana e moda) e à medida de dispersão (desvio padrão). Não foi possível utilizar a análise factorial dado que o número de inquiridos dos Centros de Saúde é pequeno e neste caso não está correcta a utilização desta técnica de análise de dados.

O Cálculo das medidas de tendência central é uma das formas de resumir a distribuição por frequência e de facilitar a sua comparação. O outro tipo geral de resumo de uma distribuição por frequência inclui medidas de dispersão como o desvio-padrão e o coeficiente de variação. “Estas medidas são usadas para comparar a amplitude relativa da variação em duas ou mais distribuições” (Goode e Hatt 1973: 440).

De referir ainda que o intervalo de variação dos dados é 4 (1 o valor mais baixo e 5 o valor mais elevado das escalas em estudo), o que explica os valores muito próximos das medidas escolhidas e que de alguma forma dificulta a análise dos dados.

Podemos verificar no quadro n.º 40, onde se apresentam os resultados dos dados na sua totalidade, os dados apenas referentes aos Hospital e os dados apenas referentes aos Centros de Saúde. Este quadro permite uma comparação generalizada dos dois casos em estudos, e permite ainda fazer uma comparação de qualquer deles com os dados tratados na sua globalidade.

Assim podemos verificar que quase na sua totalidade, os dados dos centros de Saúde apresentam valores de média, moda e mediana, superiores aos dados tratados de uma forma global, o mesmo acontece relativamente aos dados referentes à situação dos inquiridos no hospital (exceptuam-se os dados referentes à primeira escala – Caracterização de práticas segundo modelos de enfermagem). No que se refere ao desvio padrão (exceptuando-se a 2ª escala – caracterização de práticas segundo o modelo biomédico) os valores são inferiores aos verificados nas outras duas situações em estudo.

Os resultados assim encontrados poderão revelar-nos que os enfermeiros dos Centros de Saúde apresentam nas suas práticas profissionais, os elementos

caracterizadores em estudo e atrás referidos relativamente mais fortes.

Quadro n.º 40
Análise comparativa da situação geral e dos casos
particulares (hospital e centro de saúde)

		MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO PADRÃO
1ª ESCALA Práticas ME	GERAL	3,5113	3,5833	3,71	0,5438
	HOSPITAL	3,6590	3,7093	3,88	0,5769
	CENTRO DE SAÚDE	3,5972	3,5417	3,21	0,5358
2ª ESCALA Práticas MB	GERAL	3,7048	3,7000	3,50	0,6837
	HOSPITAL	3,6801	3,7000	3,50	0,7100
	CENTRO DE SAÚDE	3,8385	3,7000	4,10	0,8092
3ª ESCALA Factores extrínsecos	GERAL	2,6532	2,6667	2,22	0,6507
	HOSPITAL	2,8925	2,8889	2,50	0,7123
	CENTRO DE SAÚDE	2,9855	3,0556	3,06	0,6198
4ª ESCALA Factores intrínsecos	GERAL	2,1310	2,0455	2,00	0,5593
	HOSPITAL	2,2865	2,2273	2,09	0,6134
	CENTRO DE SAÚDE	2,5178	2,2273	2,09	0,4755

Fonte: inquérito.

Nos quadros seguintes apresentamos uma análise mais detalhada da situação geral em comparação com os casos particulares, contudo aqui verificámos e comparámos os dados factor a factor, tendo em consideração os factores encontrados na análise factorial.

Assim, no quadro n.º 41, podemos verificar que os três primeiros factores apresentam valores mais baixos nas medidas de tendência central e mais elevados de desvio padrão, nos dados que se referem aos enfermeiros dos centros de saúde. O quarto e quinto factor apresentam a situação invertida.

Podemos assim verificar nas respostas dos inquiridos que “o desenvolvimento completo do processo de cuidados (apreciação, planeamento, execução e avaliação), a realização de formação para a prática de cuidados e o desenvolvimento da relação enfermeiro/utente/equipa, tem maior peso nos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional no Hospital; contudo a disponibilidade e aceitação do utente e a relação específica do planeamento com a execução dos cuidados de enfermagem, aparecem com maior intensidade nos

enfermeiros dos centros de saúde.

De referir que num estudo intitulado “Como é que a formação e prática profissional, enquanto etapas de construção do conhecimento, intervêm no desenvolvimento de competências em enfermagem”, de Ana Maria Fonseca, de 1999, aparece referido que a competência “executar cuidados de enfermagem segundo princípios técnico-científicos – (processo de enfermagem), é das competências mais valorizadas pelos enfermeiros inquiridos no hospital. No estudo correlacional ali apresentado, entre as variáveis independentes e o nível de desenvolvimento de competências verificou-se haver correlação significativa entre “os enfermeiros sentirem que os colegas da prática são exigentes, mas tolerantes e flexíveis e atingirem um nível de desenvolvimento mais elevado nas competências:

- organizar dados obtidos no sentido de identificar problemas/alterações nos hábitos;
- elaborar planos de cuidados de enfermagem;
- definir objectivos/resultados esperados. (Fonseca 1999: 298).

Foi igualmente verificado neste estudo, realizado apenas em ambiente hospitalar, que os enfermeiros valorizam as práticas profissionais segundo modelos de enfermagem.

No estudo “Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral” de Manuel Lopes, realizado também com enfermeiros em ambiente hospitalar, é referida uma ideia contrária à que verificámos no nosso estudo e à que Ana Fonseca apurou no estudo correlacional atrás citado. No trabalho de Manuel Lopes é referido em destaque que “existe uma clivagem entre os aspectos práticos e os teóricos da profissão, valorizando-se, normalmente, mais os primeiros do que os segundos. Tanto se pode rejeitar o processo de enfermagem como algo que tem a ver com as escolas, e que pouco tem a ver com a prática, como se pode fazer a apologia da prática como forma privilegiada de aprendizagem, relegando para segundo plano outros aspectos...” (referentes a processo de enfermagem, registos, que vêm mencionados nos excertos das entrevistas ali apresentados) (Lopes 1999: 165).

Quadro n.º 41
Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares do hospital e do centro de saúde por factores: práticas segundo modelos de enfermagem

		MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO PADRÃO
1º FACTOR	GERAL	3,6694	3,7143	3,57	0,6779
	HOSPITAL	3,6800	3,7143	3,57	0,6814
	CENTRO DE SAÚDE	3,6173	3,5000	3,00	0,6813
2º FACTOR	GERAL	3,3277	3,4000	3,40	0,6852
	HOSPITAL	3,4236	3,4000	3,40	0,6263
	CENTRO DE SAÚDE	2,8133	3,0000	3,00	0,7664
3º FACTOR	GERAL	3,8714	4,0000	4,00	0,6917
	HOSPITAL	3,8822	4,0000	4,00	0,6933
	CENTRO DE SAÚDE	3,8111	3,6667	3,00	0,7307
4º FACTOR	GERAL	4,0997	4,2500	4,25	0,5396
	HOSPITAL	4,0645	4,2500	4,25	0,5485
	CENTRO DE SAÚDE	4,2931	4,2500	4,25	0,4486
5º FACTOR	GERAL	3,4335	3,4000	3,40	1,0067
	HOSPITAL	3,4245	3,4000	3,60	1,0549
	CENTRO DE SAÚDE	3,4846	3,3000	3,00	0,6863

1º factor – O desenvolvimento completo do processo de cuidados (apreciação, planeamento, execução e avaliação) – generalidades.

2º factor – A realização de formação para a prática de cuidados.

3º factor – O desenvolvimento da relação enfermeiro/utente/equipa.

4º factor – A disponibilidade e aceitação do utente.

5º factor – A relação específica do planeamento com a execução.

No quadro n.º 42, podemos verificar que “as normas da organização e o diagnóstico médico” têm maior peso nos enfermeiros dos centros de saúde do que nos enfermeiros do Hospital. A relação directa da doença com a intervenção do enfermeiro pelo contrário tem maior importância no Hospital onde os valores da média e da mediana são relativamente maiores. De referir que muitos autores consideram a mediana uma medida bastante robusta na análise de dados (o caso do hospital é 3,2 e no caso do centro de saúde é 2,7).

Na prática dos cuidados em ambiente hospitalar, é em regra assumido que o corpo é visto em comparação com uma máquina, a doença como a avaria da máquina e o tratamento como a reparação. É assim que segundo Queirós, a enfermagem tem sido fortemente influenciada pelo modelo biomédico tradicional

que se enquadra na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde: “O completo bem estar e conforto, envolvendo as partes física, mental, e social da pessoa”. Esta definição atravessou o caminho percorrido pelo enfermeiro português, desde os anos quarenta e cinquenta, a fim de construir um novo modo de exercer a profissão. Para muitos enfermeiros o seu sentido de perspectiva tem vindo a ser obtido a partir dos valores inerentes aos seus contextos institucionais . Esta foi a era da técnica e da ciência que orientou o papel desempenhado pela enfermagem durante algumas décadas (Queirós 2000).

Relativamente ao cumprimento das normas organizacionais, Manuel Lopes no trabalho de investigação publicado em 1999 e anteriormente referido, chegou à conclusão que “alguns enfermeiros identificavam como bom enfermeiro aquele que cumpre sempre as normas, não precisando estas de existir em função das pessoas; aquele que é bom na prática, precisa por isso de se manter actualizado sobre as doenças mais comuns e as rotinas mais frequentes do serviço onde está” (Lopes 1999: 178). As normas organizacionais e os conhecimentos sobre as doenças são aspectos visivelmente valorizados nos serviços hospitalares onde frequentemente acompanho estudantes em estágios hospitalares.

Quadro n.º42
Análise comparativa da situação geral e dos casos particulares do hospital e do centro de saúde por factores: práticas segundo o modelo biomédico.

		MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO PADRÃO
1º FACTOR	GERAL	2,6043	2,4000	2,20	0,8266
	HOSPITAL	2,5962	2,4000	2,20	0,8387
	CENTRO DE SAÚDE	2,6500	2,7000	2,20	0,7671
2º FACTOR	GERAL	3,1207	3,2000	3,40	0,6843
	HOSPITAL	3,1414	3,2000	3,40	0,6992
	CENTRO DE SAÚDE	3,0000	2,7000	3,40	0,5870

1.º FACTOR - As normas da organização e o diagnóstico médico.

2.º FACTOR - A relação doença e intervenção do enfermeiro na resolução de problemas.

No que se refere aos factores extrínsecos que poderão influenciar as práticas profissionais dos enfermeiros podemos verificar no quadro n.º 43

que, “ O volume de trabalho e a complexidade dos cuidados de enfermagem, a natureza académica das práticas segundo modelos de enfermagem e a falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados”, apresentam valores mais elevados nas respectivas médias no que se refere aos dados relacionados com os enfermeiros dos centros de saúde. As restantes medidas de tendência central apresentam idêntica tendência (à excepção do 2º factor cujos valores de mediana e moda são iguais nas três distribuições em estudo). O facto da utilização de um modelo de enfermagem ser considerado um método de trabalho desadequado para a organização, tem um peso relativamente maior nos enfermeiros que trabalham no hospital, contudo é de referir que os valores não são significativamente diferentes e os valores do desvio padrão indicam-nos uma maior dispersão dos dados na distribuição referente a estes enfermeiros.

A complexidade dos cuidados de enfermagem aparece muitas vezes referenciada nos discursos dos enfermeiros em muitos autores, que em regra são o resultado da vivência de situações complexas que os enfermeiros e médicos encontram nas pessoas que habitualmente assistem. As situações complexas traduzem-se numa instabilidade vital dos doentes que tratam e cuidam, e que muitas vezes são alvo de uma vigilância e controlo do funcionamento dos órgãos vitais, que em caso de falência, exigem uma intervenção rápida por parte de toda a equipa.

É nos anos setenta e oitenta que nas escolas se inicia o estudo de modelos e teorias de enfermagem e só posteriormente nos hospitais e centros de saúde. Evidentemente que as práticas orientadas por modelos de enfermagem só se desenvolveram a partir desta altura. Entretanto os enfermeiros usaram, e continuam a usar, a maior parte das vezes, um modelo médico embora tenham começado a colocar as suas capacidades e intervenções mais centradas no seu papel independente. Por outro lado, o uso do processo de enfermagem coloca, aos enfermeiros, a necessidade de obterem informações diferentes das que eles precisavam para completarem o seu contributo biomédico (Queirós 2000).

Quadro n.º 43
Análise comparativa da situação geral e dos casos
particulares do hospital e do centro de saúde por factores: Factores extrínsecos

		MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO PADRÃO
1º FACTOR	GERAL	2,9210	3,0000	2,00	0,8586
	HOSPITAL	2,8344	3,0000	3,00	0,8259
	CENTRO DE SAÚDE	3,4653	3,8333	3,83	0,8778
2º FACTOR	GERAL	2,1228	2,0000	2,00	0,7576
	HOSPITAL	2,1045	2,0000	2,00	0,7837
	CENTRO DE SAÚDE	2,2296	2,0000	2,00	0,5836
3º FACTOR	GERAL	2,7932	3,0000	3,00	1,0416
	HOSPITAL	2,6708	2,6667	3,00	0,9756
	CENTRO DE SAÚDE	3,5185	3,6667	3,67	1,1410
4º FACTOR	GERAL	2,8347	2,7500	2,50	0,9887
	HOSPITAL	2,8349	2,7500	2,50	1,0230
	CENTRO DE SAÚDE	2,8333	2,5000	2,50	0,7721

1º Factor – O volume de trabalho e a complexidade dos cuidados de enfermagem.

2º Factor – A natureza académica das práticas segundo modelos de enfermagem o que complica a execução dos cuidados.

3º Factor – A falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados.

4º Factor – Ser considerado um método de trabalho desadequado para a organização.

Relativamente aos factores intrínsecos que poderão explicar a não utilização de modelos de enfermagem na prática clínica em enfermagem, podemos verificar no quadro n.º 44, que “a perda de poder e a ausência de formação formalizada sobre o modelos de enfermagem, a ausência de conhecimentos teórico/práticos sobre modelos de enfermagem, a falta de tempo e indiferença face aos resultados e às obrigações de natureza legal e a desmotivação” , apresentam valores de *média* mais elevados nos enfermeiros que trabalham nos centros de saúde do que nos enfermeiros que trabalham no hospital. Estes factores têm maior peso nas práticas profissionais dos enfermeiros que trabalham no centro de saúde. Os valores de media, mediana são idênticos em quase todas as situações. O 4º Factor – que aponta para a utilização de modelos de enfermagem como uma fonte de conflito do enfermeiro com os outros membros do serviço/equipas está relativamente mais valorizada no Hospital do que no centro de saúde, contudo em termos de dispersão de dados os resultados apontam para um dispersão significativamente menor no centro de saúde.

É habitual hoje em dia, nas ciências humanas, colocar a noção de

poder no centro das análises, considerando-a como uma dimensão irreduzível e inevitável das relações de trabalho. A utilização do poder e a sua transposição para alianças que conduzem as acções colectivas dependem do conjunto dos recursos de poder de que os actores sociais dispõem (Abdelmalek 1999).

As relações desequilibradas de poder nos serviços de saúde, segundo o autor que acabamos de citar, acentuam-se devido à assimetria médico/paciente, mas também médico/serviço de enfermagem e são agravadas pela divisão técnica do saber. É habitual considerar-se que a eficácia se refere a competência técnica, o que implica que a divisão técnica do saber numa organização hospitalar onde se desenvolvem múltiplas actividades, chamadas a funcionar em conjunto, faça emergir locus de poder bem definidos e controlados pelos grupos profissionais com maior saber técnico.

As questões relacionadas com a formação no campo do desenvolvimento de práticas de cuidados de enfermagem são sempre muito valorizadas pelos enfermeiros. Reconhecemos que os desenvolvimentos da técnica e dos conhecimentos no campo da saúde avançam em ritmo acelerado obrigando os actores dos serviços de saúde, não só enfermeiros, a uma actualização sistemática de conhecimentos. Contudo Maria Arminda Mendes Costa num estudo sobre "Enfermeiros, dos percursos de formação à produção de cuidados " de 1998, refere que a realidade da formação no campo da prática, distancia-nos da noção de que a formação para atender pessoas no campo da saúde, possa ser encarada como a acumulação de cursos, de técnicas, de acções de formação e aproxima-nos de uma noção de formação baseada na reflexividade crítica sobre as práticas, colocando a experiência como o saber de referência a que os adultos se reportam. Citando Dominicé diz que "devolver à experiência o lugar que merece na aprendizagem dos conhecimentos necessários à existência, passa pela constatação de que o sujeito constrói o seu saber activamente ao longo do seu percurso de vida" (Costa 1998: 22).

Quadro n.º 44
Análise comparativa da situação geral e dos casos
particulares do hospital e do centro de saúde por factores: Factores intrínsecos

		MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO PADRÃO
1º FACTOR	GERAL	2,1390	2,0000	2,00	0,6709
	HOSPITAL	2,0833	2,0000	2,00	0,6590
	CENTRO DE SAÚDE	2,4867	2,3333	2,00	0,6525
2º FACTOR	GERAL	1,9854	2,0000	2,00	0,7250
	HOSPITAL	1,9399	2,0000	2,00	0,7109
	CENTRO DE SAÚDE	2,2640	2,0000	2,00	0,7632
3º FACTOR	GERAL	2,4095	2,2500	2,00	0,7721
	HOSPITAL	2,3282	2,2500	2,00	0,7635
	CENTRO DE SAÚDE	2,8519	3,0000	2,00	0,6732
4º FACTOR	GERAL	2,1561	2,0000	2,00	0,6227
	HOSPITAL	2,1568	2,0000	2,00	0,6518
	CENTRO DE SAÚDE	2,1518	2,0000	2,00	0,4268
5º FACTOR	GERAL	2,1915	2,0000	2,00	0,7643
	HOSPITAL	2,1623	2,0000	2,00	0,7710
	CENTRO DE SAÚDE	2,3580	2,3333	2,00	0,7157

1º Factor - A perda de poder e a ausência de formação formalizada sobre o assunto.

2º Factor - A ausência de conhecimentos teórico/práticos sobre modelos de enfermagem.

3º Factor - A falta de tempo e indiferença face aos resultados e às obrigações de natureza legal.

4º Factor - Ser considerado uma fonte de conflito do enfermeiro com os outros membros do serviço/equipas.

5º Factor - A desmotivação.

Em resumo podemos verificar que pelos dados referentes às escalas em estudo, apresentam valores mais elevados quando se referem às práticas profissionais dos enfermeiros dos centros de saúde. Os dados recolhidos dos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional nos centros de saúde influenciaram de uma forma mais intensa os resultados globais da análise. Na origem destes dados poderá estar a influência que as Administrações Regionais de Saúde poderão ter nas práticas profissionais de todos os membros das equipas de saúde destes centros, uma vez que as linhas directoras do plano de intervenção das equipas na comunidade são definidas em plano de intervenção e consideradas nos planos próprios de cada centro de saúde.

Os programas e os resultados a serem alcançados são definidos com participação de todos os profissionais do centro de saúde e cada

equipa em regra tem autonomia para organizar o trabalho a desenvolver com a sua população.

A equipa multidisciplinar nos centros de saúde constitui-se como facilitadora de uma autonomia participativa, como suporte de um trabalho que, se é regulado por metas a alcançar bem definidas, não deixa de ser reequacionado permanentemente em função quer das competências da equipa, quer dos problemas que vão surgindo, como passíveis de resolução. Ao contrário do que se passa nos serviços hospitalares, a liderança da produção de cuidados de saúde, no centro de saúde, é dominada por processos informais, podendo ser exercida por qualquer dos elementos da equipa, onde perde sentido o exercício de uma autonomia hierárquica (Rebelo 1996).

Em resumo os dados que recolhidos e analisados indiciam que os enfermeiros do hospital perspectivam a enfermagem essencialmente com uma função reparadora, cujo alvo principal é a doença e a finalidade é curar a doença, em regra a enfermagem apresenta assim uma continuidade do trabalho médico, cujo alvo também é a doença e a finalidade última também é a cura. Os enfermeiros do centro de saúde estão mais desligados destas funções e mais ligados a aspectos relacionados com a promoção da saúde cujos alvos das intervenções de enfermagem são sobretudo os estilos de vida das famílias dos grupos e das comunidades.

6 – CONCLUSÕES

Foi realizado um estudo exploratório relacionado com as práticas profissionais dos enfermeiros no hospital e no centro de saúde cuja pergunta de partida foi a seguinte: *“A que modelos estão ligadas as práticas profissionais dos enfermeiros do Hospital e do Centro de Saúde?”*.

A análise das práticas foi um dos objectivos principais contudo visto tratar-se de um campo de análise relativamente complexo e muito amplo tive necessidade de delimitar o tema, construindo a pergunta de partida atrás referida, como guia orientador da própria investigação. Foi necessário ainda especificar melhor o campo de análise pelo que foram então definidos os seguintes objectivos:

- Compreender a dinâmica das práticas profissionais de enfermagem.
- Analisar as ligações de práticas profissionais ligadas a modelos de enfermagem e ao modelo biomédico.
- Analisar factores intervenientes nas dinâmicas profissionais relacionadas com modelos de enfermagem ou com o modelo biomédico.
- Propor estratégias para estudos que contribuam para estudos aprofundados relacionados com as práticas profissionais dos enfermeiros.

A necessidade de analisar as práticas de cuidados de enfermagem é de tal forma premente que foi reconhecida pelo Conselho Internacional de Enfermeiras que tem como meta chegar a uma classificação das situações/condições dos clientes que justificam os cuidados, das intervenções e dos resultados dos cuidados de enfermagem.

Foi necessário dispor de procedimentos empíricos controlados pelo que foi utilizado o inquérito como instrumento de recolha de dados dado que este instrumento de recolha de informação, permite suscitar um conjunto de discursos individuais, interpretá-los e generalizá-los.

Realizámos um estudo exploratório dado que não detínhamos informação suficiente sobre o assunto em estudo para enveredarmos para uma linha mais alargada de investigação, sendo por isso necessário ampliar o conhecimento

através da análise dos dados recolhidos sobre as vivências profissionais dos enfermeiros.

A população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional no Hospital do Espírito Santo de Évora que no momento são 387 (dos quais um tem a categoria de Enfermeiro Supervisor, quinze de Enfermeiro Chefe, um é Enfermeiro Director e os restantes possuem as categorias de enfermeiro especialista, enfermeiro graduado e enfermeiro), e trinta e cinco enfermeiros do Centro de Saúde de Évora e Vendas Novas (dos quais cinco são Enfermeiro Chefe, um é Enfermeiro Supervisor e os restantes detêm a categoria de enfermeiro especialista, enfermeiro graduado e enfermeiro).

Solicitamos as listas de todos os enfermeiros do Hospital por serviços e das listas de todos os enfermeiros do Centro de Saúde, por Unidades de Saúde.

O questionário foi distribuído a todos os enfermeiros, contudo responderam 227.

Dado que é muito raro podermos estudar exaustivamente uma população, ou seja, inquirir todos os seus membros por se tronar de tal forma longo e dispendioso que se tornaria praticamente impossível.

Foram considerados como estratos da população os serviços hospitalares tal como estão distribuídos (urgências, cuidados intensivos, medicina, cirurgia, obstetrícia e ginecologia, pediatria e neonatologia, especialidades médico-cirúrgicas, psiquiatria e saúde mental e consultas externas) e ainda o centro de saúde como um único extracto dado que todas as unidades de saúde têm em termos de enfermagem as mesmas características de divisão do trabalho e de funcionamento global.

Apoiámo-nos num instrumento de recolha de dados, o questionário, centrado na técnica extensiva.

Para a construção do questionário apoiámo-nos, não só no quadro de referência teórico, mas também nas vivências e informações de que dispomos sobre a natureza das práticas de enfermagem e sobre as próprias organizações onde decorreu o estudo empírico.

A validade do instrumento, foi assegurada por um único critério: validade de conteúdo. A validade de conteúdo foi aferida por um painel de especialistas.

O tipo de estudo, cujo interesse se situa num quadro descritivo-exploratório, apoiado numa abordagem essencialmente quantitativa, motivou a decisão da escolha dos procedimentos estatísticos efectuados.

O tratamento estatístico dos resultados centrou-se nas técnicas da distribuição de frequências, nas percentagens, medidas de tendência central, de dispersão e na análise de factorial de componentes principais. Procurou-se uma estratégia estatística que nos encaminhasse para os objectivos da investigação.

Uma análise centrada no questionário exigiu à partida um conjunto de acções preliminares que tornassem exequível a própria análise. Foram elas, a codificação das variáveis e a previsão do cruzamento destas a fim de facilitar o tratamento da informação por via informática e tornar clara a interpretação dos resultados.

Procedemos à construção de categorias de respostas mutuamente exclusivas e à construção de escalas organizadas 1 a 5, como já foi referido anteriormente. Este critério permitiu, na recolha e no tratamento da informação a atribuição de uma e só uma modalidade de resposta a cada indivíduo para cada item na quase totalidade das perguntas.

Para a abordagem multivariada dos dados com a análise factorial dos componentes principais (AFCP) partiu-se pela criação de uma matriz de correlações entre as variáveis, seleccionadas segundo o critério de Listwise deletion. Só se aceitou a adequação da matriz de correlações (matriz R) para o prosseguimento da análise factorial, após a verificação das condições de aplicabilidade atribuídas, nomeadamente pela estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (adequação na ordem de $\geq 50\%$). Foi verificado a adequação da análise factorial através do teste de esfericidade de Bartlett, tomando como critério o seu valor de significância ($p \leq 0,05$).

Quanto ao número de factores retidos, seguiu-se o critério de Kaiser, pelo que foram seleccionados aqueles que detinham como valores próprios (eigen value), valores superiores a um, isto é que detinham a variância estandardizada superior à unidade (1). Quanto à rotação dos factores para a máxima saturação das variâncias, seguiu-se o critério de Varimax (rotação ortogonal da matriz dos factores F), procurando obter-se um conjunto de factores que tivesse a maior capacidade de explicação da correlação variável-factor.

A fim de podermos fazer uma análise comparativa de resultados entre o centro de saúde e o hospital, houve necessidade de recodificação de algumas variáveis e de constituição de novas variáveis a partir dos factores identificados.

Foram constituídos quadros e alguns gráficos que nos ajudaram a perceber a informação recolhida.

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que desempenham funções no Hospital do Espírito Santo de Évora (412) e no Centro de Saúde de Évora e de Vendas Novas (43), à data do início do estudo – 1999.

Foram apresentados os dados referentes à caracterização da amostra através de tabelas de distribuição de frequências, de medidas descritivas, e de seguida foram analisados de forma quantitativa utilizando a análise factorial com recurso à aplicação denominada SPSS-win.

Assim a população sobre a qual incidiu o estudo está distribuída por serviços e unidades com dimensões e características muito diferentes. Os serviços hospitalares estão distribuídos normalmente por especialidades médicas e os centros de saúde por unidades de saúde

São sobretudo os Serviços e Unidades onde se produzem mais cuidados médicos (serviços de medicina e cirurgia incluindo bloco operatório) que detêm os número mais elevado de enfermeiros.

Relativamente aos centros de saúde a população está distribuída por unidades de saúde de Évora e Vendas Novas.

A amostra foi constituída por um total de 227 enfermeiros, 189 (83,3%) exercendo a sua função profissional no hospital e 38 (16,7%) nos centros de saúde.

Os inquiridos são predominantemente do sexo feminino (84%), o que revela a tendência de que a profissão de enfermagem é uma profissão habitualmente e tradicionalmente mais exercida por mulheres. Apresentam maioritariamente idades compreendidas entre os 30-39 anos (36,5%), entre os 20-29 anos (27,9%), entre os 40-49 anos (25,1%) e acima dos 50 anos 0,5%.

A maior parte dos inquiridos não são membros de qualquer associação profissional ou sindical, o que poderá supor uma participação pouco significativa na dinâmica interna da própria profissão.

Relativamente à distribuição dos enfermeiros por curso podemos verificar que a maior parte (56,8%) têm como habilitação de base o Curso Superior de

Enfermagem que lhe conferiu o título académico de bacharel. Um número muito significativo é detentor do Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal (39,2%).

Relativamente poucos enfermeiros são detentores de Cursos de Especialização em Enfermagem ou de Cursos de Estudos Superiores Especializados. Igualmente muito poucos enfermeiros frequentam cursos de especialização ou mestrados.

A maior parte dos enfermeiros (38,3%) concluiu o curso de enfermagem depois de 1991, 26,4% concluíram este curso entre 1981 e 1990, 25,6% entre 1971 e 1980 e apenas 4,4% concluiu o curso antes de 1970. Os cursos de especialização foram concluídos em maior número entre 1996 e 1999 - 4 anos - (15 enfermeiros) sendo que, de 1976 a 1995 num período de 20 anos, concluíram o curso de especialização um total de 23 enfermeiros. Relativamente a outros cursos superiores podemos verificar que após 1998 (2 anos) completaram cursos 8 enfermeiros e de 1990 a 1996 (7 anos) apenas três enfermeiros. Evidencia-se que foi sobretudo depois de 1995 que os enfermeiros passaram a frequentar cursos de especialização em Enfermagem.

Relativamente aos cursos concluídos ou a frequentar, verificámos que a situação dos enfermeiros é relativamente dispersa pelos vários cursos na área da enfermagem de saúde pública ou comunitária, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem obstétrica e ginecológica, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermagem de reabilitação.

Relativamente a outros cursos a situação não é igualmente significativa, sendo no entanto a área da gestão de empresas uma área que nos aparece preferida.

No que se refere à situação laboral grande maioria dos enfermeiros inquiridos (71,70%) estão integrados no quadro do hospital ou centro de saúde o que constitui uma considerável estabilidade em termos de emprego. É pouco significativo o número de enfermeiros que estão a recibo verde ou com contractos a termo certo (situações de precariedade considerável em termos de emprego), no entanto ainda é significativa a percentagem de enfermeiros que se encontram em situação de contracto administrativo de provimento (16,6%).

A maior parte dos enfermeiros desempenharam funções sempre na mesma organização mas não no mesmo serviço e não pensam sair da

organização nem trabalhar noutra local. Os que pensam sair, é sobretudo por motivo de aposentação e os que trabalham noutra local apontam sobretudo o centro de saúde ou a clínica privada como locais de situações de duplo emprego.

A maior parte do inquiridos é detentor da categoria de enfermeiro graduado (49,8%) e enfermeiro (37,8%), são enfermeiros especialistas (4,4%) e enfermeiros-chefe (8%).

De referir que 64,7% dos enfermeiros inquiridos têm abaixo de 15 anos de tempo de exercício profissional. Com menos de 10 anos no mesmo local de trabalho e de antiguidade na organização estão 52,7 % dos enfermeiros inquiridos. Verificámos estar perante uma população relativamente nova nas organizações que prestam cuidados de saúde na região de Évora.

A maior parte dos enfermeiros inquiridos refere como *boas* as actuais condições de trabalho a nível europeu (49,2%), mas como *razoáveis* a nível nacional (73,4%), regional (70,6%) e organizacional (62,9%).

Quando verificados os casos particulares do hospital e centro de saúde, os valores relacionados com o hospital e centro de saúde acompanham de perto os valores globais, contudo um número maior de enfermeiros dos centros de saúde considera que tem a nível nacional, regional e organizacional condições razoáveis de trabalho. Apenas a nível europeu se pensa que as condições de trabalho são boas.

Quase todos os enfermeiros inquiridos sentem necessidade de melhorar as condições de trabalho na organização onde estão, sobretudo a nível da formação, das relações humanas, das condições técnicas, do horário de trabalho e da remuneração. Acima de 50% dos enfermeiros inquiridos consideram que é sobretudo na formação contínua e nas relações humanas que existe uma nítida necessidade de melhoria das condições de trabalho.

No que se refere ao método de distribuição de trabalho os enfermeiros inquiridos referem essencialmente que a cada enfermeiro é distribuído diariamente um número de doentes dos quais é responsável pelos cuidados que lhes presta (44,7%), trata-se do “método de trabalho por responsável”.

O método “à tarefa” é apontado como utilizado por um número ainda significativo de enfermeiros (20,4%), sendo este o método que está mais de acordo com o modelo biomédico.

A distribuição do trabalho no centro de saúde é de forma bem diferente da

que podemos verificar no hospital, aí todos os enfermeiros são responsáveis de forma repartida por todo o trabalho que é necessário desenvolver no centro de saúde. Esta é uma forma de distribuição de trabalho que tem sido muito contestada uma vez que a responsabilidade pelos actos praticados é diluída por todos os membros da equipa e quando se torna necessário apurar algumas responsabilidades por actos inadequados ou omissões é difícil encontrar os autores.

A maior parte dos enfermeiros inquiridos consideram razoáveis os cuidados que prestam (57,1%) e de boa qualidade (39,9%). Uma grande maioria (70,2%) considera que o serviço onde trabalha está organizado da forma mais adequada para se prestar uma melhor qualidade dos cuidados. Em termos comparativos quando consideramos os casos particulares do hospital e do centro de saúde, os valores são muito próximos dos já mencionados, à excepção da classificação da qualidade dos cuidados prestados que no centro de saúde nenhum enfermeiro os aponta como deficientes.

No estudo empírico realizado foi considerado a variável dependente “a prática de enfermagem referenciada a modelos de enfermagem ou ao modelo biomédico”.

Assim, no que se refere aos dados relacionados com esta variável podemos constatar que grande parte dos enfermeiros inquiridos (69,6%) referiram que na sua prática profissional utilizavam um modelo de enfermagem como referência, mas em oposição apenas 3,4 % afirmam que se guiam pelo modelo biomédico. Um número ainda muito significativo de enfermeiros (27,1%) refere que não tem qualquer modelo como referência nas suas práticas profissionais. Contudo um número ainda maior de enfermeiros (80,5%) considera ser necessário um modelo de referência na prática profissional, o que nos indica que alguns dos enfermeiros que referiram não usar qualquer modelo nas suas práticas consideram-no necessário para essas mesmas práticas.

Foi sobretudo na formação inicial e na formação em serviço que os enfermeiros estudaram modelos de enfermagem, contudo é de realçar que estes valores são aceitáveis dado que a maior parte dos enfermeiros inquiridos não têm qualquer curso de especialização e apenas em termos de formação formal, frequentaram o curso de enfermagem e no processo de formação em serviço, frequentaram acções de formação sobre esta temática.

Para melhor nos apercebermos da influência de algumas variáveis na utilização dos modelos de enfermagem, biomédico ou da não utilização de modelos nas práticas profissionais, procedemos ao cruzamento destas variáveis com a variável dependente.

Podemos verificar que são sobretudo os enfermeiros mais novos que dizem usar modelos de enfermagem e os que menos usam o modelo biomédico ou *“nenhum modelo”* na sua prática profissional. Esta tendência poderá ter sido influenciada com a formação, uma vez que os modelos de enfermagem se estudam à relativamente pouco tempo nas Escolas de Enfermagem e nos Curso de Enfermagem. Foi a frequência dos cursos de especialização em enfermagem que mais propiciou o estudo destas temáticas há mais tempo.

A mesma tendência se verifica quando verificamos a relação da idade com a opinião que os inquiridos têm sobre a necessidade de utilização de um modelo na prática profissional. São sobretudo os enfermeiros mais novos que defendem esta necessidade. Os enfermeiros mais novos em regra apresentam uma maior disponibilidade para a renovação das práticas profissionais e uma maior abertura à mudança. Por outro lado são estes que estão menos distantes dos períodos de formação formal, onde aprenderam a trabalhar segundo modelos de enfermagem e por isso vêem neles algumas vantagens para os desempenhos profissionais.

Quase todos os enfermeiros especialistas dizem utilizar um modelo de enfermagem, assim como grande parte dos enfermeiros e dos enfermeiros graduados acompanha esta tendência.

Sobre a necessidade de utilizar ou não modelos a tendência é idêntica, surgiram todos os enfermeiros especialistas a afirmar a necessidade da sua utilização. Nas restantes categorias profissionais é evidente o facto de se julgarem necessários nas práticas profissionais a utilização de modelos de enfermagem.

São os enfermeiros especialistas que privilegiam a função independente de enfermagem e o exercício de uma autoridade profissional assente na mobilização do conhecimento específico de enfermagem que resulta no desenvolvimento de práticas profissionais com modelos de enfermagem como referência.

Os enfermeiras generalistas, o grande grupo de prestadoras de cuidados, preocupam-se em realizar com competência as tarefas que o funcionamento dos serviço prescreve. Tal competência tem como referente o modelo de orientação

de cuidados dominante no serviço. Privilegia a experiência de enfermagem como critério de promoção, negando à formação especializada e ao conhecimento que veicula, qualquer valor na aquisição de competências práticas. Contudo consideram que melhores condições de trabalho e uma remuneração adequada às suas responsabilidades, ao influenciarem a qualidade de cuidados, induzem maior respeito e consideração pelo seu trabalho.

Verificámos também que à medida que se tem o curso há menos tempo, aumenta o número de pessoas que diz utilizar um modelo de enfermagem como referência da sua prática profissional e que à medida que decresce o tempo de conclusão do curso aumenta o número de enfermeiros que consideram necessários os modelos de enfermagem.

A influência da formação escolar é marcante nesta tendência, uma vez que pode garantir o pensamento e o domínio dos esquemas de acção profissional, necessárias a uma prática de enfermagem distante das rotinas e rituais, em que se cristalizaram o conteúdo do trabalho de muitos enfermeiros como afirma Teresa Rebelo, em citação referenciado no corpo do trabalho.

Verificámos também que os enfermeiros especialistas, qualquer que seja o ano de conclusão do curso de especialização referem a utilização de modelos de enfermagem como referência nas suas práticas profissionais.

As diversas fases de formação formal pelos quais estes enfermeiros já passaram, um curso de base e uma especialização, influenciaram de alguma forma o seu desenvolvimento como profissionais. Experimentaram um processo de aquisição de competências, tanto de eficácia na prestação de cuidados como de relações sócio-profissionais nas suas organizações, que os levou a olhar a prática profissional à luz de conhecimentos adquiridos.

É de salientar que os enfermeiros que terminaram o curso em 1981-85 afirmam que não consideram necessário a utilização de um modelo de enfermagem. Os valores absolutos são muito pequenos para podermos tirar ilações destes dados. Não encontramos explicação objectiva ou subjectiva para esta ocorrência.

Evidentemente que de resto quase todos os enfermeiros com especialização consideram a necessidade da utilização de modelos de enfermagem, independentemente do ano de conclusão da sua especialização.

Tornou-se necessário analisar as quatro escalas construídas de uma forma individual, (escalas relacionada com práticas referenciadas ao modelo biomédico e a modelos de enfermagem, e escalas relacionadas com os factores extrínsecos e intrínsecos relacionados com práticas referenciadas a modelos de enfermagem).

Nas escalas em estudo podemos verificar antes e após a recolha completa dos dados os alfas de Cronbach apresentavam-se dentro dos parâmetros de fidelidade interna considerados adequados (entre 0,7 e 1). São escalas que contêm consistência interna e que medem efectivamente as práticas profissionais em referência ao modelo biomédico e aos modelos de enfermagem e medem também os aspectos relacionados com as práticas profissionais que têm modelos de enfermagem como referência.

Procedemos à análise factorial de componentes principais de todas as escalas a fim de podermos identificar factores associados às praticas profissionais relacionadas com os referidos modelos e aos aspectos que interferem na utilização de modelos de enfermagem nas práticas profissionais. A análise das escalas foi efectuada pela ordem que se apresentavam no questionário.

Os valores de Kaiser-Meyer-Olkin permitiram-nos tomar a decisão de considerarmos todas as escalas em estudo, adequadas para a identificação dos factores.

Verificámos que o teste de Bartlett tinha associado um nível de significância de 0,000 em todas as escalas, valor inferior a 0,05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que existe correlação entre as variáveis. Caso isto não se verificasse seria necessário abandonar esta técnica de análise.

Nas quatro escalas analisadas verificámos que todas apresentam uma forte relação com os factores retidos (as comunalidades iniciais são iguais a 1 e as comunalidades após extração estão quase todas acima de 0,5. Assim podemos verificar que os factores comuns que foram extraídos explicam quase toda a sua variância.

Na análise da 1ª escala que se refere à caracterização das práticas segundo modelos de enfermagem podemos verificar que foram encontrados cinco componentes com valores próprios superiores a 1, os cinco componentes obtidos explicam mais de 60% da variância dos dados iniciais e ficam por explicar 39,8%,

isto é, existem muitos outros aspectos que contribuem para a prática segundo modelos de enfermagem e que não conseguimos identificar nesta análise.

Na análise das práticas relacionadas com o modelo biomédico podemos verificar a apenas foram identificados dois componentes com valores superiores a 1, estes dois componentes apenas explicam mais de 53% da variância dos dados iniciais e ficam por explicar 47%, o que nos revelam que existem muitos outros factores que não foram identificados e que explicam as práticas profissionais segundo o modelo biomédico.

Relativamente aos factores extrínsecos relacionados com os aspectos que poderão estar na origem de práticas profissionais desligadas de modelos de enfermagem, verificámos que foram encontrados 4. Isto é, foram encontrados quatro componentes com valores superiores a 1, que explicam 66% da variância dos dados iniciais ficando assim por explicar 34%. Existe um número considerável de factores que não foram encontrados com esta escala e que também explicam as referidas práticas profissionais.

Relativamente aos factores intrínsecos relacionados com os aspectos que impossibilitam práticas profissionais segundo modelos de enfermagem, podemos encontrar cinco componentes com valores superiores a 1, que explicam 67,5% da variância dos dados iniciais ficando assim por explicar 32,5%. Existe ainda um número considerável de factores próprios e inerentes a cada um dos inquiridos que não foram encontrados com a escala que elaboramos e que também explicam as referidas práticas profissionais.

Verificámos que foram identificados cinco factores que estão na origem de práticas segundo modelos de enfermagem e que explicam 60,128% da variância dos dados iniciais, dois factores que originam práticas segundo o modelo biomédico e que explicam 53,122% da variância, quatro factores que estão ligados a aspectos centrados no contexto da acção, factores extrínsecos, e que explicam 66,045% da variância e cinco factores intrínsecos (relacionados com a pessoa do enfermeiro) que estão na origem de práticas profissionais impeditivas da utilização de modelos de enfermagem, que explicam 67,554% da variância dos dados iniciais. Muitos outros aspectos ficaram por explicar por não terem sido considerados neste modelo de análise. Trata-se de uma limitação das escalas usadas.

Foram identificados os factores em cada uma das escalas e para cada

um deles os seus valores próprios, a percentagem de variância explicada e a descrição do bloco de variáveis que lhe corresponde.

No que se refere à escala que se refere a práticas profissionais segundo modelos de enfermagem, podemos verificar que no primeiro factor estão aspectos relacionados com o *desenvolvimento do processo de cuidados*, como são a apreciação, o planeamento, a execução e a avaliação; no segundo factor estão incluídos os aspectos relacionados com a *realização da formação e da investigação* para a prática dos cuidados; no terceiro factor estão acentuados os aspectos relacionados com a *relação enfermeiro/utente/equipa*, no processo de cuidados, no quarto factor está evidenciada a *aceitação do utente*, a *disponibilidade para a aceitação da situação* que o utente está a viver e surge aqui uma referência aos princípios técnico-científicos como instrumentos do processo de cuidados e no quarto factor encontramos com maior nitidez as fases que caracterizam esse mesmo processo no que se refere essencialmente à *relação planeamento/execução*.

No que se refere à caracterização da prática profissional não compatível com modelos de enfermagem influenciada por aspectos extrínsecos. O primeiro bloco de variáveis refere-se ao *elevado volume de trabalho e à complexidade dos cuidados de enfermagem*; o segundo bloco, refere-se a aspectos de natureza académica e ao tempo necessário para a prestação de cuidados; o terceiro bloco de variáveis aponta para a falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados e o quarto bloco de variáveis refere-se à desadequação dos modelos de enfermagem à realidade das organizações embora seja de considerar que os cuidados de enfermagem deveriam ter como referência um modelo de enfermagem.

Relativamente aos factores extrínsecos que poderão ser responsáveis por práticas de enfermagem desligadas de modelos de enfermagem. No primeiro bloco de variáveis surgiu com certa importância a *perda de poder e a ausência de formação formalizada* (formação em serviço), sobre modelos de enfermagem; no segundo bloco está expresso a *ausência de conhecimentos teórico/práticos* sobre modelos de enfermagem; no terceiro bloco surge com destaque a *falta de tempo e a indiferença* face aos resultados dos cuidados de enfermagem e as obrigações de natureza legal; no quarto bloco surgiu o *conflito* com outros membros da equipa de saúde e por fim surge no quinto bloco de variáveis um factor que

aponta para a *desmotivação* dos enfermeiros para a utilização de modelos de enfermagem como guia orientador de práticas profissionais.

As questões relacionadas com a formação assumem sempre um papel importante no âmbito dos processos de socialização profissional.

Foram identificados os seguintes factores.

Influenciam as práticas segundo modelos de enfermagem:

- O desenvolvimento completo do processo de cuidados (apreciação, planeamento, execução e avaliação) – generalidades.
- A realização de formação para a prática de cuidados.
- O desenvolvimento da relação enfermeiro/utente/equipa.
- A disponibilidade e aceitação do utente.
- A relação específica do planeamento com a execução.

Influenciam as práticas segundo o modelo biomédico:

- As normas da organização e o diagnóstico médico.
- A relação doença e intervenção do enfermeiro na resolução de problemas.

Factores extrínsecos (centrados no contexto da acção) que poderão estar na origem de práticas não orientadas por modelos de enfermagem:

- Volume de trabalho e complexidade dos cuidados de enfermagem.
- A natureza académica das práticas segundo modelos de enfermagem o que complica a execução dos cuidados.
- A falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados.
- Ser considerado um método de trabalho desadequado para a organização.

Factores intrínsecos (centrados no enfermeiro) que poderão estar na origem de práticas não orientadas por modelos de enfermagem:

- A perda de poder e a ausência de formação formalizada sobre o assunto.
- A ausência de conhecimentos teórico/práticos sobre modelos de enfermagem.
- A falta de tempo e indiferença face aos resultados e às obrigações de natureza legal.
- Ser considerado uma fonte de conflito do enfermeiro com os outros membros do serviço/equipas.
- A desmotivação.

Para podermos fazer a comparação de dados dos dois tipos de organização em estudo recorremos ao uso das medidas de tendência central (média, mediana e moda) e à medida de dispersão (desvio padrão). Não foi possível utilizar a análise factorial dado que o número de inquiridos dos Centros de Saúde é pequeno.

Verificámos que quase na sua totalidade os dados relacionados com os enfermeiros dos centros de Saúde apresentam valores de média, moda, mediana superiores aos dados tratados de uma forma global e também aos dados referentes à situação dos inquiridos no hospital (exceptuam-se os dados referentes à primeira escala – Caracterização de práticas segundo modelos de enfermagem). No que se refere ao desvio padrão (exceptuando-se a 2ª escala – caracterização de práticas segundo o modelo biomédico) os valores são inferiores aos verificados nas outras duas situações em estudo. Os resultados assim encontrados poderão revelar-nos que os enfermeiros dos Centros de Saúde apresentam nas suas práticas profissionais, os elementos caracterizadores em estudo relativamente mais fortes.

Verificamos ainda que os três primeiros factores apresentam valores mais baixos nas medidas de tendência central e mais elevados de desvio padrão, nos dados que se referem aos enfermeiros dos centros de saúde. O quarto e quinto factor apresentam a situação invertida, considera-se então nas respostas dos inquiridos que “o desenvolvimento completo do processo de cuidados (apreciação, planeamento, execução e avaliação), a realização de formação para a prática de cuidados e o desenvolvimento da relação enfermeiro/utente/equipa, tem maior peso nos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional no Hospital; contudo a disponibilidade e aceitação do utente e a relação específica do planeamento com a execução dos cuidados de enfermagem, aparecem com maior intensidade nos enfermeiros dos centros de saúde.

“As normas da organização e o diagnóstico médico” têm maior peso nos enfermeiros dos centros de saúde do que nos enfermeiros do Hospital. A relação directa da doença com a intervenção do enfermeiro pelo contrário tem maior importância no Hospital onde os valores da média e da mediana são relativamente maiores.

No que se refere aos factores extrínsecos que poderão influenciar as práticas profissionais dos enfermeiros podemos verificar que, “O volume de

trabalho e a complexidade dos cuidados de enfermagem, a natureza académica das práticas segundo modelos de enfermagem e a falta de exigência dos responsáveis pelo processo de cuidados”, apresentam valores mais elevados nas respectivas médias no que se refere aos dados relacionados com os enfermeiros dos centros de saúde. As restantes medidas de tendência central apresentam idêntica tendência (à excepção do 2º factor cujos valores de mediana e moda são iguais nas três distribuições em estudo). O Facto da utilização de um modelo de enfermagem ser considerado um método de trabalho desadequado para a organização, tem um peso relativamente maior nos enfermeiros que trabalham no hospital.

Relativamente aos factores intrínsecos que poderão explicar a não utilização de modelos de enfermagem na prática clínica em enfermagem, podemos verificar que “a perda de poder e a ausência de formação formalizada sobre o modelos de enfermagem, a ausência de conhecimentos teórico/práticos sobre modelos de enfermagem, a falta de tempo e indiferença face aos resultados e às obrigações de natureza legal e a desmotivação”, apresentam valores de *média* mais elevados nos enfermeiros que trabalham nos centros de saúde do que nos enfermeiros que trabalham no hospital. Estes factores têm maior peso nas práticas profissionais dos enfermeiros que trabalham nos centro de saúde. Os valores de media, mediana são idênticos em quase todas as situações. O 4º Factor – que aponta para a utilização de modelos de enfermagem como uma fonte de conflito do enfermeiro com os outros membros do serviço/equipas está relativamente mais valorizada no Hospital do que no centro de saúde, contudo em termos de dispersão de dados os resultados apontam para um dispersão significativamente menor no centro de saúde.

Em resumo podemos verificar que pelos dados referentes às escalas em estudo, apresentam valores mais elevados quando se referem às práticas profissionais dos enfermeiros dos centros de saúde. Os dados recolhidos dos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional nos centros de saúde influenciaram de uma forma mais intensa os resultados globais da análise.

Assim, os dados apontam para que os enfermeiros do hospital perspectivem a enfermagem essencialmente com uma função reparadora, cujo alvo principal é a doença e a finalidade é curar a doença, em regra a enfermagem apresenta assim uma continuidade do trabalho médico, cujo alvo também é a

doença e a finalidade última também é a cura. Os enfermeiros do centro de saúde estão mais desligados destas funções e mais ligados a aspectos relacionados com a promoção da saúde cujos alvos das intervenções de enfermagem são sobretudo os estilos de vida das famílias dos grupos e das comunidades.

Os Enfermeiros dos centros de saúde apresentam maior peso nos elementos de práticas profissionais mais relacionados com modelos de enfermagem do que os enfermeiros do Hospital.

As sugestões apresentadas pelos inquiridos para que no hospital ou centro de saúde os enfermeiros pudessem desenvolver adequadamente a sua actividade relacionaram-se essencialmente com o aumento do número de enfermeiros nas equipas. Coloca-se-nos uma interrogação relacionada com esta pergunta aberta: Porque é que os enfermeiros não apresentam sugestões para o desenvolvimento da sua actividade profissional? Será que não reconhecem a necessidade de desenvolvimento das práticas profissionais?

7 – SUGESTÕES

Torna-se necessário aprofundar os conhecimentos nesta problemática pelo que se deveria agora partir para um estudo em profundidade com o recurso à observação participante a fim de melhor se perceber a dinâmica das práticas profissionais em enfermagem.

Os métodos de observação directa constituem, segundo Quivy, os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho. Nos outros métodos, pelo contrário, os acontecimentos, as situações ou os fenómenos estudados são reconstituídos a partir das declarações dos actores (inquérito por questionário e entrevista) ou dos vestígios deixados por aqueles que os testemunharam directa ou indirectamente (análise de documentos).

O investigador estará particularmente atento à reprodução ou não dos fenómenos observados, bem como à convergência entre as diferentes informações obtidas, que devem ser sistematicamente delimitadas. E a partir de procedimentos deste tipo que as lógicas sociais e culturais dos grupos estudados poderão ser revelados o mais claramente possível e que as hipóteses poderão ser testadas e afinadas (Quivy 1992: 198).

1 - Sugere-se em primeiro lugar, para que as práticas profissionais dos enfermeiros possam ser orientadas por modelos de enfermagem a fim de que se possam: uniformizar os cuidados prestados ao doente/utente valorizando-o como ser único; padronizar a qualidade desses mesmos cuidados; e orientar a tomada de decisões quanto ao planeamento, execução e avaliação que:

a) As equipas de enfermagem escolham um modelo teórico de enfermagem que todos os membros conheçam. Se a equipa de enfermagem não partilhar o mesmo quadro conceptual e não tiver os mesmos objectivos no que se refere ao modelo de práticas que quiser desenvolver na a organização/unidade/serviço, então a escolha do modelo torna-se infrutífera e quase impossível.

b) O modelo de enfermagem apesar de fornecer os ingredientes para a orientação da prática de enfermagem necessita de instrumentos próprios de trabalho. É necessário que as equipas no Hospital ou no Centro de Saúde, determinem e construam os documentos e os guias de orientação que facilitem o processo de cuidados e todo o seu acompanhamento.

2 – Torna-se necessário que na formação em serviço seja considerada esta temática, uma vez que a falta de formação foi considerado um factor muito importante e impeditivo de se orientarem práticas por modelos de enfermagem.

3 – As temáticas relacionadas com os modelos de enfermagem e a sua operacionalização devem ser bem trabalhadas nos cursos de enfermagem, no que se refere aos momentos de formação formal.

4 – Os gestores das Organizações/Unidades/Serviços necessitam de definir políticas de gestão de cuidados que orientem os enfermeiros para práticas profissionais conduzidas por modelos de enfermagem.

5 – As equipas multidisciplinares nestas organizações devem ter conhecimento das funções específicas dos diferentes grupos profissionais e do campo de intervenção de cada grupo. Para isto as equipas precisam de reuniões periódicas onde se possa discutir o campo de acção de cada profissional.

6 – Nas Escolas de Enfermagem e nas acções de formação em serviço, devem ser aprofundados os aspectos relacionados com a vertente relacional das competências profissionais para a prática de enfermagem. O desenvolvimento da vertente relacional promove práticas profissionais mais conducentes com modelos de enfermagem.

7 – As linhas de investigação das organizações devem privilegiar o estudo das práticas profissionais. É desejável desenvolver estudos de investigação/acção que possam facilitar a teorização em enfermagem e permitam diminuir o fosso teoria/prática.

8 – Sugere-se ainda o alargamento deste estudo à realidade alentejana na sua totalidade numa primeira fase, à realidade nacional numa segunda fase e talvez num estudo mais alargado à realidade Europeia em cooperação com outras Universidades. Admite-se como hipótese de partida que os modelos e as práticas profissionais se desenvolvem em contextos organizacionais de uma forma complexa mas em interacção permanente com as realidades quotidianas do trabalho, num processo dinâmico de reconstrução e reactualização.

9 – Sugere-se também o aprofundamento do estudo com o recurso a outros modelos de abordagem nomeadamente com adopção de estratégias de orientação qualitativa como forma de análise intensiva da problemática em causa.

10 – O decurso da análise fez-nos reflectir na necessidade da continuação do estudo numa linha de comparação de Serviços/Unidades, uma vez que estes se configuram com realidades bastante diversificadas pela natureza dos cuidados de saúde que ali se prestam e conseqüentemente pelas características das práticas quotidianas.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABECASIS, L.; MADEIRA, A.; LEAL, Teresa
1999 **Classificação Internacional para a prática de enfermagem**, Lisboa: IGIF.
- ABDELMALEK, Ali Ait; GERARD, Jean-Louis
1999 **Ciências humanas e cuidados de saúde**, Lisboa: Instituto Piaget.
- ADAM, Evelyn
1982 **Hacia donde va la enfermería**, Madrid: Interamericana.
1994 **Ser enfermeira**, Lisboa: Instituto Piaget.
- ALBARELLO, Luc *et al.*
1997 **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**, Lisboa: Gradiva.
- ALBERDI CASTELL, Rosa María
1988 «Sobre las concepciones de la enfermería», **Revista Rol de Enfermería**, (Vol. 115) 11: 25-30.
1993 «Las enfermeras para el tercer millenio», **Revista Rol de Enfermería**, (Vol. 178) 16: 43-50.
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda
2000 **Aplicação do processo de enfermagem**, Porto Alegre: Artmed.
- ALMEIDA, João Ferreira; PINTO, José Madureira
1995 **A investigação nas ciências sociais**, Lisboa: Ed. Presença.
- BABBIE, Earl e HALLEY, Fred
s.d. **Adventures in social research**, London: Pine Force Press.
- BASTO, Marta Lima
1991 «Cuidados de enfermagem em Portugal. O como e o porquê?», **Servir**, (vol. 2) 39: 75-80.
- BRINK, Pamela J.
1989 **Exploratory designes**, Newberg Park: Sage Publications.
- BRYMAN, Alan e CRAMER, Ducan
1992 **Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS**, Oeiras: Celta Editora
- CANALS, Josep
1992 «La imagen femenina de la enfermería», **Revista Rol de enfermería**, (vol. 172) XV: 29-33.

- CARAPINHEIRO, Graça
1993 **Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares**, Lisboa: Ed. Afrontamento.
- COLLIÈRE, Marie Françoise
1990 «Autonomia da profissão de enfermagem», **Boletim Sindical: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**, (vol. 3/4), 11: 43-90.
1989 **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS
1987 **Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, Simpósio: mudanças nos cuidados de saúde e formação dos enfermeiros do século XXI**, Bruxelas: CCE.
- COSTA, Maria Arminda Mendes
1998 **Enfermeiros, dos percursos de formação à produção de cuidados**, Lisboa: Fim de Século.
- DUBAR, Claude
1981 **La socialisation. Construction des indités sociales et professionnelles**, Paris : Armand Colin.
- ESCOFIER, Brigitte; PAGÈS, Jérôme
1990 **Analices factorielles simples e multiples. Objectifs, méthodes et interprétation**, Paris : Dunod.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM PÓS-BÁSICA DE LISBOA
1985 **Modelos teóricos de enfermagem**, Lisboa.(mimeogr.).
- ESPANCA, Túlio
1966 **Inventário artístico de Portugal. Distrito de Évora, Cidade de Concelho**, Lisboa: Academia de Belas Artes.
- FERREIRA-SANTOS, C. A.
1993 **A enfermagem como profissão**, S. Paulo: Ed. da Universidade de S.Paulo.
- FLORES, Francisco Moita
1998 «Imagem social da enfermeira», **Sinais Vitais**, (Vol. 16), p. 9-11.
- FONSECA, Ana Maria Leitão Pinto da
1999 **Desenvolvimento de competências em enfermagem – contributos da formação e da prática profissional**. Tese de mestrado em ciências de enfermagem, apresentada na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- FRADE, Marta Lima Basto Correia
1995 **Implementing change in nurses' professional behaviours. Doctoral Thesis in Organizational Behaviour**. Tese de doutoramento apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Secção de Psicologia Social e das Organizações, Lisboa.

- FREIDSON, Eliot
 1970 **Professional dominance. The social structure of medical care**, New York: Athertons Press.
- 1984 **La profession médicale**, Paris: Payot.
- 1986 **Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge**, Chicago: The University of Chicago Press.
- GAMEIRO, Manuel Henriques
 1999 **O sofrimento na doença**, Coimbra: Quarteto.
- GÂNDARA M. M.; LOPES, M. A. Pereira
 1993 « Cuidar em enfermagem. Uma novidade?», **Enfermagem em Foco**, (Vol. 9), 3: 20-25.
- GÂNDARA M. M. *et al.*
 1992 Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. **Servir**, Lisboa, 40 (3) Mai/Jun., p.115-127.
- GIGLIONE, R.; MATALON, B.
 1997 **O inquérito: teoria e prática**, Oeiras: Celta Editora.
- GIL, António Carlos
 1989 **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 2ª ed., S.Paulo: Atlas.
- GRIFI
 1986 **L'identité professionnelle de l'infirmière**, Paris : Le Centurion.
- HESBEEN, Walter
 2000 **Cuidar no Hospital**, Loures: Lusociência.
- KÉROUAC, Suzanne et al
 1994 **La pensée infirmière**, Laval : Éditions Études Vivantes.
- KERSHAW B.; SALVAGE H.
 1988 **Modelos de enfermeria**, Barcelona: Doyma.
- LOPES, Manuel José
 1999 **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações**, Lisboa: Gráfica 2000.
- LOPES, Noémia da Glória Mendes
 1994 **A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem – Estudo sociológico em contexto hospitalar**. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- MARCONI, M A.; LAKATOS, Eva Maria
 1990 **Técnicas de pesquisa**, S. Paulo: Atlas.
- MARDARÁS PLATAS, Eduardo F
 1985 «Enfermeria y calidad de vida». **Revista Rol de Enfermeria**, (Vol. 83), 8: 16-20.

- MARRINER, Ann
1989 **Modelos y teorías de enfermería**, Barcelona: Ed. Rol.
- MARTIN, Christiane
1991 **Soigner pour apprendre. Acquerir un savoir infirmier**, Paris: L.E.P.
- McKENNA, Gilleen
1994 «Cuidar á a essência da prática de enfermagem», *Nursing*, (Vol. 7), 80: 33-36.
- MERRIAN, S.B.
1990 **Case study research in education: a qualitative approach**, Oxford: J.B.Publishers.
- MORDACQ, Catherine
1972 **Pourquoi des infirmières?**, Paris: Éditions du Centurion.
- MORSE, J.M.
1992 «Confort, refocusing of nursing care», *Clin.Nurs.Res.*, (Vol. 1) 1: 91-106
- MUNHALL, Patricia L.; OILER, Carolyn
1986 **Nursing research. a qualitative perspective**, Sidney: Prentice Hall.
- NÓVOA, António
1987 **Le temps des professeurs**, Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- NUNES, Lucília
1998 «Dos caminhos de ontem às escolhas de hoje». *Nursing*, Lisboa, 118, Janeiro, p. 22-23.
- PARROT, Anny
1973 **L'image de l'infirmière dans la société**, Paris : Le Centurion.
- PATTON, M. Q.
1990 **Qualitative evaluation and research methods**, London: Sage Publications.
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara
1992 **Modelos para o exercício de enfermagem**, Lisboa: ACEPS.
- PEREIRA, Alexandre
1999 **Guia prático de utilização do SPSS. Análise de dados para ciências sociais e psicologia**, Lisboa: Ed. Sílabo.
- PESTANA, M. Helena e GAGEIRO, João Nunes
1998 **Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS**, Lisboa: Ed. Sílabo.
- PETITAT, André
1989 **Les infirmières. De la vocation à la profession**, Montreal: Les Editions du Boréal.

- QUEIRÓS A. A. *et al*
2000 **Educação em enfermagem**, Coimbra : Quarteto.
- QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, LucVan
1992 **Manual de investigação em ciências sociais**, Lisboa: Grávida.
- REBELO, M. T. Santos
1996a «Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais», **Sinais Vitais**, nº 9.
1996b **Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: Contributo para a análise das representações sociais de enfermagem**. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação na Faculdade de Psicologia e Ciências da educação. Lisboa.
- RIBEIRO, Lisete Fradique.
1995 **Cuidar e tratar. formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral**, Lisboa: Educa.
- RIEHL-SISCA, J.
1992 **Modelos conceptuales de enfermería**, Barcelona: Doyma,
- RODRIGUES, Maria de Lurdes
1997 **Sociologia das profissões**, Oeiras: Celta Editora.
- ROPER, Nancy; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J.
1990 **The elements of nursing a model for nursing based on a model of living**. 3rd., Edimburgh: Living Stone.
- SANCHÉZ CARRIÓN, Juan Javier
1995 **Manual de análisis de datos**, madrid: Alianza Editorial.
- SASVAGE, Jane
1993 «Enfermagem: uma perspectiva europeia», **Nursing**, (Vol. 69) 6: 14-15.
- SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.S.; COOK, S.W.
1987 **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2º vol., 2ª ed., São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- SOARES, Maria Isabel
1997 **Da blusa de brim à touca branca**, Lisboa: Educa.
- STAKE, R.E.
1983 **The case study method in social inquiry, evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation**, Boston: K.N. P.
- STUSSI, Elisabeth
1985 «Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro», **Enfermagem**, (Vol. 1) 1: 7-13.

- TRIVIÑOS, Augusto N. S.
1987 **Introdução à pesquisa em ciências sociais**, São Paulo: Atlas.
- WATSON, Jean
1998 **Nursing: Human science and human care: a theory of nursing**.
New York: National League for Nursing.
- WITZ, Anne
1992 *Professions and Patriarchy*, London: Routledge.
- WENNER, Micheline
1988 **Comment e pourquoi devient'on infirmière**, Paris : Lamarre.
- SALE, DIANA
1998 **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde**, Lisboa: Principia,
Publicações Universitárias e Científicas.
- SILVA, Carlos Alberto
1996 **Centros de saúde: cultura organizacional na encruzilhada da
cultura e da identidade profissional**. Estudo de caso de três
Centros de Saúde de Beja, Évora: Universidade de Évora (Tese de
Mestrado em Sociologia).
- KINNEAR, R. Paul e GRAY, Colin D.
1994 **SPSS for windows. Made simple**, Hillsdale: Laurence Erlbaum
Associates.
- YIN, Robert F.
1994 **Case study research. Design and methods**, Newbury Park: Sage
Publications.

Actas do Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real
do Espírito Santo de Évora. Évora, 1996.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

INQUÉRITO

O presente inquérito destina-se à recolha da informação sobre as características do trabalho em enfermagem e a opinião dos enfermeiros relativamente aos factores relacionados com a relação entre a teoria e prática na prestação de cuidados de saúde em enfermagem.

As suas respostas serão tratadas confidencialmente e serão destruídas após a investigação.

Agradecemos a sua colaboração.

Para esclarecimento de quaisquer dúvidas, queiram fazer o favor de contactar:

João Mendes

Tel: 266 - 702 466

Fax: 266 - 743 204

e-mail: jmgmendes@mail.telepac.pt

Escolha uma resposta para cada situação e assinale-a com um X.
 Nas perguntas abertas, descreva a sua opinião ou a sua situação nas linhas em branco.

|_|_|_|_| (código inq.)

A - CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

Q1. Hospital / Centro de Saúde : _____

Q2. Serviço / Unidade onde exerce a sua actividade profissional : _____

Q3. Sexo

Feminino 1

Masculino 2

Q4. Idade |_|_| anos

Q5. Formação (assinale com x as suas múltiplas opções)

- | | | |
|---|--------------------------|-------------|
| Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal | <input type="checkbox"/> | |
| Curso Superior de Enfermagem (bacharelato) | <input type="checkbox"/> | |
| Curso de Especialização em Enfermagem | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem (a frequentar) | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem (concluído) ... | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| Mestrado em enfermagem (a frequentar) | <input type="checkbox"/> | |
| Mestrado em enfermagem (concluído) | <input type="checkbox"/> | |
| Outro Curso Superior (a frequentar) | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| Outro Curso Superior (concluído) | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| Mestrado noutra área (a frequentar) | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| Mestrado noutra área (concluído) | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |

Q6. Ano de conclusão do curso de enfermagem geral ou equivalente 19 |_|_|

Q7. Se possui um curso de especialização em enfermagem ou equivalente, diga, por favor, em que ano conclui o curso? 19 |_|_|

Q8. Se tem outra formação / habilitação académica superior, diga, por favor, em que ano conclui o curso (indique o ano do curso de grau mais elevado) ... 19 |_|_|

Q9. Qual é a sua categoria profissional ?

Enfermeiro 1

Enfermeiro graduado 2

Enfermeiro especialista 3

Enfermeiro chefe 4

Q10. Tempo de exercício na profissão anos

Q11. Antiguidade no Hospital / Centro de Saúde: anos

Q12. Qual é o seu vínculo laboral com a organização?

Recibo verde 1

Contrato a termo certo 2

Contrato administrativo de provimento ... 3

Integrado no quadro / mapa 4

Outra (por favor especifique) 5

Q12.1. Qual ? _____

Q13. Trabalhou sempre na mesma organização ?

Sim 1

Não 2

→ Q13.1 Se respondeu “NÃO”,
Onde é que já trabalhou ? _____
(indique apenas os últimos 3) _____

Q14. E dentro da actual organização, diga por favor se trabalhou sempre no mesmo serviço ?

Sim 1

Não 2

→ Q14.1 Se respondeu “NÃO”,
Quais foram os serviços em que já trabalhou ? _____
(indique apenas os últimos 3) _____

Q15. Pensa sair em breve da organização ou serviço onde trabalha actualmente?

Sim 1

Não 2

→ Q15.1 Se respondeu “SIM”, indique, por favor, as principais razões da desejada mudança

Q16. É membro de alguma associação sindical ?

Sim 1

Não 2

Q17. Aproximadamente, qual é a percentagem de enfermeiros que julga serem sindicalizados na sua organização? %

Q18. É membro de alguma associação profissional?

Sim 1

Não 2

Q19. Desenvolve a mesma actividade profissional noutra local

Sim 1

Não 2

→ Q19.1 Se respondeu “SIM”, indique, por favor, a organização

B - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Q20. Em termos gerais, como classifica as actuais condições de trabalho da enfermagem?

	é muito boa	é boa	é razoável	é péssima
1. A nível europeu	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. A nível nacional	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. A nível da sua Região de Saúde	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. A nível da sua organização	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Q21. Alguma vez, sentiu a necessidade de fazer alguma coisa pela melhoria das condições de trabalho da enfermagem na sua organização?

- Sim 1
 Não 2

Q21.1. Se respondeu "SIM", quais dos seguintes aspectos influenciaram a sua decisão da necessidade de intervir a favor da melhoria das condições de trabalho da enfermagem?
(assinale com x as suas múltiplas opções)

1. Remuneração
 2. Horário de Trabalho
 3. Formação contínua
 4. Condições técnicas
 5. Relações humanas
 6. Outras áreas (por favor especifique)
 6.1. Quais ? _____

Q22. Das seguintes modalidades assinale a que predomina na forma como está organizado o método de distribuição de trabalho de enfermagem no seu Serviço/Unidade:

1. Cada um dos enfermeiros do serviço é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a um número fixo de doentes desde a admissão até à alta 1
 2. Cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados a prestar aos doentes de uma ou várias salas/quartos/unidades, durante um período fixo de tempo, em sistema de rotatividade 2
 3. A cada enfermeiro/a é distribuído diariamente um número de doentes/utentes de que é responsável pelos cuidados a prestar-lhe 3
 4. Cada enfermeiro é responsável por todos os doentes do serviço, sendo o conjunto de cuidados a prestar-lhe repartido pelo total de enfermeiros presentes em cada turno 4
 5. Cada enfermeiro realiza em conjunto com outros enfermeiros as actividades mais padronizadas, tendo simultaneamente um número fixo de doentes de que é individualmente responsável 5
 6. Outras (por favor especifique) 6
 6.1. Quais ? _____

C - RELAÇÃO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM

Q23. Para a prestação de cuidados, no exercício da sua actividade profissional tem como referência:
(aponte apenas uma opção)

- Um modelo de enfermagem 1
 O modelo biomédico 2
 Trabalha sem modelo de referência 3

Q24. Considera que para o exercício da actividade profissional é necessário ter um modelo de enfermagem como referência:

- Sim 1
 Não 2

Q25. Estudou modelos de enfermagem no(s):

(assinale com x as suas múltiplas opções)

- Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal
 Curso Superior de Enfermagem (bacharelato)
 Curso de Especialização em Enfermagem
 Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem
 Mestrado em enfermagem
 Acção de Formação em serviço
 Outra situação
 38.1. Qual ? _____

Q26. Nas perguntas que se seguem relativamente às práticas no seu serviço, identifique o que faz, assinalando com uma das 5 posições que pode encontrar na escala.

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – algumas vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre)

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Recolho dados acerca do utente utilizando todas as fontes de informação disponíveis | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Crio condições para o utente exprimir sentimentos, receios, medos e ideias | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Aceito o utente tal como é, sem exprimir juízos de valor | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Confirmo com o utente os problemas identificados | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Organizo dados no sentido de identificar problemas/alterações nos hábitos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Estou disponível para entender a realidade do utente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Defino objectivos/resultados esperados | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Elaboro planos de cuidados de enfermagem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Integro o utente no processo de cuidados | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Faço preparação global do utente para a execução de intervenções de enfermagem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Executo os cuidados de enfermagem num ambiente relacional terapêutico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Executo cuidados de enfermagem segundo princípios técnico-científicos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Planeio programas de educação para a saúde | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. Avalio cuidados prestados | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. Reavalio as necessidades do utente em cuidados de enfermagem, em função dos resultados da avaliação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. Registo os comportamentos do utente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. Desenvolvo acções que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 18. Realizo ou colaboro em estudos sobre problemas de enfermagem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Q26. (Continuação) Nas perguntas que se seguem relativamente às práticas no seu serviço, identifique o que faz, assinalando com uma das 5 posições que pode encontrar na escala.

(1 – nunca; 2 – raramente; 3 – algumas vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre)

19. Utilizo os resultados dos estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem 1 2 3 4 5
20. Colaboro na formação realizada na unidade de cuidados 1 2 3 4 5
21. Opino e fundamento a minha opinião sobre situações dilemáticas no âmbito do processo de cuidados 1 2 3 4 5
22. Discuto com todos os elementos da equipa de saúde sobre a situação do utente 1 2 3 4 5
23. Ajudo o utente a reconhecer as suas capacidades 1 2 3 4 5
24. Ajudo o utente a lidar com as suas limitações 1 2 3 4 5

Q27. Relativamente ao seu desempenho, e nas situações que a seguir se referem, diga se:

(1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – por vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca)

1. Presto cuidados de enfermagem de acordo com o diagnóstico médico 1 2 3 4 5
2. No processo de cuidados considero sobretudo o local (tecidos, órgãos ou membros) onde está instalada a doença 1 2 3 4 5
3. Considero as normas da organização e as rotinas necessárias no processo de cuidados 1 2 3 4 5
4. No cumprimento das tarefas supero as diferentes situações que posso encontrar no processo de cuidados 1 2 3 4 5
5. A resolução de problemas exige-me um certo afastamento para poder pensar de forma racional 1 2 3 4 5
6. Administrar a terapêutica é uma das actividades mais importantes no processo de cuidados 1 2 3 4 5
7. Nunca me esqueço do diagnóstico do utente/doente e de todo o processo de tratamento 1 2 3 4 5
8. Considero que raramente é necessária a participação do doente para que eu possa desenvolver as minhas actividades 1 2 3 4 5
9. A doença da pessoa é sobretudo o que mais me interessa quando presto cuidados 1 2 3 4 5
10. É mais comum lidar com os aspectos objectivos da situação da pessoa, do que com os sentimentos e a experiência da pessoa 1 2 3 4 5

Q28. Na sua opinião, em que medida os factores extrínsecos afectam a utilização dos modelos de enfermagem (ME):

(1 – discorda inteiramente; 2 – discorda; 3 – não discorda nem concorda; 4 – concorda; 5 – concorda inteiramente)

1. Os cuidados de enfermagem devem ter como referência um modelo de enfermagem (ME) 1 2 3 4 5
2. Acho que um ME não é método para o nosso Hospital/CS 1 2 3 4 5
3. Acho que um ME não é método para o meu serviço/Unidade 1 2 3 4 5
4. O enfermeiro chefe (responsável de serviço) nunca me exigiu utilizar um ME 1 2 3 4 5
5. A direcção de enfermagem do hospital/centro de saúde não tem esse aspecto como prioritário 1 2 3 4 5
6. Ninguém me exige trabalhar com um ME como referência neste Hospital/Centro de Saúde 1 2 3 4 5
7. Trabalhar com um ME como referência é assunto só para os estudantes 1 2 3 4 5
8. Só na escola é que se deve ensinar e praticar a enfermagem segundo um ME 1 2 3 4 5

Q28. (Continuação) Na sua opinião, em que medida os factores extrínsecos afectam a utilização dos modelos de enfermagem (ME):

(1 – discorda inteiramente; 2 – discorda; 3 – não discorda nem concorda; 4 – concorda; 5 – concorda inteiramente)

9. A organização do serviço/Unidade é incompatível com a prática de enfermagem segundo um ME 1 2 3 4 5
10. As rotinas não permitem ir muito além do que se faz habitualmente no serviço/Unidade 1 2 3 4 5
11. O número de doentes que me são habitualmente distribuídos é elevado para poder prestar cuidados tendo um ME como referência 1 2 3 4 5
12. Trabalhar segundo um ME é perder tempo e não fazer o necessário para o que o utente precisa efectivamente 1 2 3 4 5
13. Trabalhar sem ME dá-me ainda menos trabalho 1 2 3 4 5
14. Trabalhando sem modelo de enfermagem dou conta do trabalho que habitualmente me é distribuído, o que não aconteceria se trabalhasse com um ME como referência 1 2 3 4 5
15. O número de doentes que me são distribuídos não é compatível com a utilização de um ME 1 2 3 4 5
16. Os registos de enfermagem segundo um ME são muito complexos 1 2 3 4 5
17. Os registos de enfermagem segundo um modelo ocupam o tempo que preciso para fazer o que tenho que fazer habitualmente no turno 1 2 3 4 5
18. Um modelo de enfermagem não se enquadra habitualmente na realidade do meu serviço 1 2 3 4 5

Q29. Na sua opinião, em que medida os factores intrínsecos afectam a utilização dos modelos de enfermagem (ME):

(1 – discorda inteiramente; 2 – discorda; 3 – não discorda nem concorda; 4 – concorda; 5 – concorda inteiramente)

1. Não sei prestar cuidados tendo um ME como referência 1 2 3 4 5
2. Nunca prestei cuidados tendo um ME como referência 1 2 3 4 5
3. Não vejo diferença nos resultados com um ME de referência 1 2 3 4 5
4. Nunca aprendi a prestar cuidados com um ME como referência 1 2 3 4 5
5. Nunca estudei modelos de enfermagem 1 2 3 4 5
6. Nunca frequentei nenhuma acção de formação sobre este tema 1 2 3 4 5
7. Nunca vi prestar cuidados com um ME como referência 1 2 3 4 5
8. Não me importa o facto de não cumprir a legislação nesta matéria 1 2 3 4 5
9. Não há tempo no serviço para trabalhar segundo um ME 1 2 3 4 5
10. Trabalhar segundo um ME não é um assunto que me preocupe por agora 1 2 3 4 5
11. Já não pretendo mudar de método de trabalho 1 2 3 4 5
12. Sempre trabalhei sem ME como referência, não é agora que vou mudar 1 2 3 4 5
13. Utilizando um ME, iria ter uma quantidade excessiva de trabalho o que interferia com a qualidade da sua realização ... 1 2 3 4 5
14. Utilizando um ME iria ter de realizar tarefas desnecessárias 1 2 3 4 5
15. Não tenho poder suficiente para concretizar as minhas actividades se trabalhar segundo um ME 1 2 3 4 5
16. Com um ME não conheço exactamente os limites das minhas responsabilidades 1 2 3 4 5
17. Com um ME, não conheço exactamente os limites da minha autoridade 1 2 3 4 5
18. Utilizando um ME, não tenho meios adequados para realizar as minhas actividades 1 2 3 4 5

ANEXO 2 – DECRETO-LEI 437/91 DE 8 DE NOVEMBRO

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Decreto-Lei n.º 437/91**

de 8 de Novembro

Passados quase 10 anos sobre a actual carreira de enfermagem, a mesma encontra-se manifestamente desactualizada e desadequada das necessidades e realidades presentes.

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a entrada em funcionamento do curso superior de Enfermagem e a previsão do início dos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, com a atribuição dos correspondentes graus académicos ou equivalentes, devem conduzir a mudanças efectivas ao nível do exercício da enfermagem, cabendo, em parte, à carreira de enfermagem encontrar formas de incentivar e facilitar essas mudanças.

A manutenção, durante um período transitório, da actual formação pós-básica em enfermagem e o enorme esforço que tem sido realizado, de há vários anos a esta parte, dos estabelecimentos de ensino e de saúde e dos próprios profissionais para a concretização dessa formação aconselham que a mesma não seja posta de parte de um momento para o outro, mas antes aproveitada em termos de carreira profissional.

Construiu-se, assim, uma estrutura de carreira e previu-se uma promoção na mesma que tenha em conta a actual e a futura formação dos enfermeiros, valorizando também outras formações que os mesmos possam obter fora do âmbito restrito da enfermagem, mas que a ela possam ser aplicadas, com as necessárias adaptações, como é o caso da gestão.

Da experiência adquirida entende-se também criar uma carreira mais flexível e não exigir para todas as categorias uma formação que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O facto de, paralelamente, estar em curso a criação da carreira dos docentes das escolas superiores de enfermagem leva, necessariamente, a que a área da actuação da docência não seja incluída nesta carreira.

Encontrando-se as carreiras de regime geral dotadas de regulamento de concursos aprovado por decreto-lei, o mesmo deverá acontecer no presente caso, aproveitando-se, por uma questão de economia processual, para incluir num mesmo diploma tal regulamentação, ao mesmo tempo que se reúnem no mesmo decreto-lei as regras relativas a regimes de trabalho que estão dispersas por vários diplomas.

No tocante à avaliação de mérito, a mesma deve ser específica para a carreira de enfermagem e da análise do actual sistema tudo aconselha a que sofra fortes alterações, seguindo-se de perto o modelo utilizado em carreiras docentes, sem prejuízo de se remeter para posterior regulamentação os aspectos complementares do novo sistema introduzido.

A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.

Foram ainda tidas em consideração as previstas mudanças na organização de saúde, designadamente a criação de regiões de saúde, prevendo-se enfermeiros que possam actuar a nível das regiões, quer no âmbito da gestão específica de enfermagem, quer no campo da consultadoria e assessoria em matéria de cuidados de enfermagem especializados.

Por último, a presente carreira denota ainda a preocupação de incentivar e compensar o exercício de funções em áreas de grande penosidade e também estimular a realização de trabalhos de investigação e a aquisição de graus académicos como formas de contribuir para a afirmação e o desenvolvimento da enfermagem.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e as organizações sindicais do sector.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I**Objecto, âmbito e estrutura da carreira****Artigo 1.º****Objecto**

1 — O presente diploma aprova o regime legal da carreira de enfermagem.

2 — Ao pessoal integrado nesta carreira aplica-se o disposto no Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de Outubro, com as especialidades constantes deste diploma.

Artigo 2.º**Âmbito de aplicação**

1 — O presente diploma aplica-se aos enfermeiros providos em lugares de quadro ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde.

2 — O disposto no presente diploma é ainda aplicável aos enfermeiros dos organismos dependentes de outros ministérios, ou por eles tutelados, onde se encontra prevista a carreira de enfermagem, e às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, sem prejuízo das competências administrativas dos serviços regionais.

3 — As normas previstas neste diploma são igualmente aplicáveis aos agentes dos estabelecimentos e serviços referidos nos números anteriores.

4 — Mediante decreto-lei, o regime aprovado pelo presente diploma poderá ainda aplicar-se a instituições privadas de solidariedade social.

Artigo 3.º**Estrutura da carreira**

1 — A carreira de enfermagem aplica-se a três áreas de actuação correspondentes, respectivamente, à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.

2 — A presente carreira estrutura-se e desenvolve-se por categorias, agrupadas em níveis, as quais implicam formação adequada e a que correspondem funções diferenciadas pela sua natureza, âmbito e nível remuneratório.

3 — Os enfermeiros detentores de categorias integradas num determinado nível podem concorrer a qualquer das categorias integradas no nível seguinte, desde que possuam formação adequada.

4 — Os enfermeiros detentores de categorias integradas no mesmo nível podem ainda concorrer a categoria diferente do mesmo nível, sem exigência de tempo de serviço na respectiva categoria, desde que possuam formação adequada.

Artigo 4.º

Níveis e categorias

1 — São os seguintes os níveis e categorias da carreira de enfermagem:

- nível 1, que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado;
- nível 2, que integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe;
- nível 3, que integra as categorias de enfermeiro-supervisor e de assessor técnico regional de enfermagem;
- nível 4, que integra a categoria de assessor técnico de enfermagem.

2 — Às categorias indicadas nos números anteriores correspondem as remunerações base constantes da tabela I anexa ao presente diploma, que dele faz parte integrante.

Artigo 5.º

Remuneração base

1 — A remuneração base mensal correspondente ao índice 100 da tabela I anexa ao presente diploma consta de portaria do Primeiro-Ministro e do Ministro das Finanças.

2 — A remuneração base mensal do cargo de enfermeiro-director corresponde aos índices constantes da tabela II anexa ao presente diploma, que dele faz parte integrante.

3 — Sempre que os enfermeiros integrem órgãos de gestão de estabelecimentos ou serviços, serão remunerados nos termos do que estiver previsto para os membros daqueles órgãos.

Artigo 6.º

Áreas de actuação

1 — À área de actuação da prestação de cuidados correspondem as categorias de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista.

2 — À área de actuação da gestão correspondem as categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor e o cargo de enfermeiro-director.

3 — À área de actuação da assessoria técnica correspondem as categorias de assessor técnico regional de enfermagem e de assessor técnico de enfermagem.

CAPÍTULO II

Conteúdo funcional

SECÇÃO I

Área de actuação da prestação de cuidados

Artigo 7.º

Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista

1 — Ao enfermeiro do nível 1 compete:

- a) Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, com base num modelo teórico de enfermagem;
- b) Elaborar o plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis;
- c) Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado;
- d) Integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família a preparação de alta ou internamento hospitalar;
- e) Responsabilizar-se por prestar cuidados de enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- f) Participar nas acções que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados;
- g) Avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
- h) Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem;
- i) Realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- j) Utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- l) Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados.

2 — Ao enfermeiro graduado compete executar o conteúdo funcional descrito para a categoria de enfermeiro (nível 1) e ainda as funções de orientação e coordenação de equipas de enfermagem na prestação de cuidados.

3 — Ao enfermeiro especialista compete executar o conteúdo funcional inerente às categorias de enfermeiro (nível 1) e de enfermeiro graduado e ainda o seguinte:

- a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;

- b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;
- c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias;
- d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;
- e) Emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;
- f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados;
- g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades;
- h) Elaborar o relatório das actividades de formação em serviço;
- i) Colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço;
- j) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

SECÇÃO II

Área de actuação da gestão

Artigo 8.º

Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro-chefe de enfermeiro-supervisor e do cargo de enfermeiro-director

1 — Ao enfermeiro-chefe compete, a nível de uma unidade de cuidados:

- a) Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial;
- b) Promover e colaborar na definição ou actualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- c) Determinar as necessidades em enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
- d) Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
- e) Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às actividades de enfermagem;
- f) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;

- g) Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, acções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respectiva avaliação;
- h) Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- i) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- j) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- l) Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- m) Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- n) Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- o) Promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- p) Criar condições para que sejam efectuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados;
- q) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- r) Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados;
- s) Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;
- t) Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;
- u) Criar condições para a realização de actividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique.

2 — Ao enfermeiro-supervisor compete, a nível de um sector (conjunto de unidades prestadoras de cuidados):

- a) Colaborar com o enfermeiro-director na definição dos padrões de cuidados de enfermagem para o estabelecimento ou serviço;
- b) Promover o intercâmbio de experiências dos enfermeiros-chefes na gestão das unidades de cuidados, coordenando reuniões periódicas;
- c) Orientar os enfermeiros-chefes na definição de normas e critérios para prestar cuidados de enfermagem, visando a concretização dos padrões de cuidados de enfermagem definidos para o estabelecimento ou serviço;
- d) Colaborar com o enfermeiro-director na admissão de enfermeiros e sua distribuição pelas unidades de cuidados, tendo em conta as necessidades qualitativas e quantitativas;
- e) Colaborar com o enfermeiro-director no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade de pessoal de enfermagem;
- f) Avaliar os enfermeiros-chefes e participar na avaliação de enfermeiros de outras categorias;

- g) Elaborar um plano de acção anual, relativamente ao seu sector, em articulação com os dos enfermeiros-chefes desse sector, assim como o respectivo relatório;
- h) Colaborar com o enfermeiro-director na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no estabelecimento ou serviço, tendo em conta os recursos humanos e materiais das unidades de cuidados;
- i) Orientar os enfermeiros-chefes relativamente à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- j) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento a adquirir para prestação de cuidados;
- l) Colaborar na definição de prioridades para projectos de investigação previstos para o estabelecimento ou serviço;
- m) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- n) Divulgar pelas unidades de cuidados do seu sector a informação com interesse para o respectivo pessoal de enfermagem;
- o) Utilizar os resultados dos trabalhos de investigação na melhoria da gestão das unidades de cuidados;
- p) Participar nos estudos que visem a determinação de custos/benefícios, no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- q) Colaborar com o enfermeiro-director na definição, divulgação e avaliação das políticas ou directivas formativas do estabelecimento ou serviço;
- r) Colaborar com o enfermeiro-director na elaboração de protocolos com os estabelecimentos de ensino relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;
- s) Promover a concretização das políticas ou directivas formativas do estabelecimento ou serviço.

3 — Ao enfermeiro-director de serviço de enfermagem, a nível de um estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde ou região de saúde, compete:

- a) Integrar os órgãos de gestão;
- b) Elaborar um plano de acção anual para o serviço de enfermagem em articulação com o plano global do estabelecimento, serviço ou região de saúde;
- c) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação do serviço de enfermagem do estabelecimento ou serviço;
- d) Definir as políticas ou directivas formativas em enfermagem;
- e) Definir as políticas no âmbito da investigação;
- f) Compatibilizar os objectivos do estabelecimento ou serviço com a filosofia e objectivos da profissão de enfermagem;
- g) Elaborar propostas referentes a quadros ou mapas de pessoal de enfermagem;
- h) Elaborar propostas referentes à admissão de enfermeiros e proceder à sua distribuição;
- i) Participar na mobilidade de enfermeiros, mediante critérios previamente estabelecidos;

- j) Criar e ou manter um efectivo sistema de classificação de utentes/doentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem;
- l) Coordenar estudos para determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- m) Coordenar o trabalho dos enfermeiros-supervisores;
- n) Avaliar os enfermeiros-supervisores e colaborar na avaliação de enfermeiros de outras categorias.

4 — Ao enfermeiro-director de serviço de enfermagem, a nível de região de saúde, compete ainda:

- a) Orientar, coordenar, supervisionar e avaliar os assessores técnicos regionais de enfermagem;
- b) Avaliar se os assessores técnicos regionais de enfermagem em comissão de serviço revelam, ao fim dos dois anos, aptidão para o lugar e, em caso afirmativo, propor o seu provimento em lugar do quadro.

5 — Ao assessor técnico de enfermagem que exerça funções de enfermeiro-director nos serviços de âmbito nacional compete:

- a) Participar na definição das políticas de saúde;
- b) Elaborar anualmente o plano e o relatório das actividades do serviço, em articulação com o plano e relatório globais do respectivo organismo onde se integra;
- c) Orientar, coordenar, supervisionar e avaliar os assessores técnicos de enfermagem e outro pessoal do serviço;
- d) Avaliar a eficácia e a eficiência do respectivo serviço;
- e) Avaliar se os assessores técnicos de enfermagem em comissão de serviço revelam, ao fim dos dois anos, aptidão para o lugar e, em caso afirmativo, propor o seu provimento em lugar do quadro;
- f) Promover estudos que visem a melhoria do exercício de enfermagem;
- g) Estabelecer as necessárias ligações entre o serviço que coordena e o organismo central onde este serviço está integrado.

SECÇÃO III

Área de actuação da assessoria

Artigo 9.º

Conteúdo funcional das categorias de assessor técnico regional de enfermagem e assessor técnico de enfermagem

Ao assessor técnico regional de enfermagem e ao assessor técnico de enfermagem compete, respectivamente, a nível de serviços de âmbito regional ou a nível de serviços de âmbito nacional:

- a) Promover e participar na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem;
- b) Determinar os recursos humanos necessários em função das necessidades existentes;
- c) Definir critérios que permitam adequar os recursos humanos existentes às necessidades identificadas, mediante prioridades estabelecidas;

- d) Estudar e propor a política geral em matéria de exercício da enfermagem e formação contínua em enfermagem, de acordo com as necessidades do País;
- e) Participar nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da carreira de enfermagem;
- f) Conceber, promover, realizar e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso científico da enfermagem em particular e da saúde em geral;
- g) Emitir pareceres técnicos e prestar esclarecimentos e informações em matéria de enfermagem, tendo em vista preparar a tomada de decisão sobre medidas de política e gestão;
- h) Elaborar e divulgar normas orientadoras para os serviços de enfermagem de estabelecimentos e outras instituições de saúde, assim como proceder ao controlo da sua aplicação;
- i) Promover acções que visem a coordenação dos serviços de enfermagem dos estabelecimentos e outras instituições de saúde;
- j) Dar apoio técnico aos serviços de enfermagem, designadamente através de contactos directos nos respectivos estabelecimentos e outras instituições de saúde;
- l) Efectuar auditorias no âmbito do exercício da enfermagem, consoante as competências do serviço a que pertence.

CAPÍTULO III

Ingresso, acesso e progressão

SECÇÃO I

Ingresso na carreira

Artigo 10.º

Condições de ingresso

O ingresso na carreira de enfermagem faz-se:

- a) Pela categoria de enfermeiro (nível 1), de entre os que possuam o título profissional de enfermeiro;
- b) Pela categoria de enfermeiro especialista, de entre os enfermeiros habilitados com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ou equivalente que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem.

SECÇÃO II

Acesso na carreira

Artigo 11.º

Promoção

1 — O acesso à categoria de enfermeiro graduado faz-se de entre os enfermeiros (nível 1) com três anos de serviço na categoria e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

2 — O acesso à categoria de enfermeiro especialista faz-se:

- a) De entre os enfermeiros graduados habilitados com um curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem, independentemente do tempo na categoria, e avaliação de desempenho de *Satisfaz*;
- b) De entre os enfermeiros (nível 1) habilitados com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ou equivalente que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem, independentemente do tempo na categoria, e avaliação de desempenho de *Satisfaz*;
- c) De entre os enfermeiros (nível 1) habilitados com um curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, com três anos de serviço na categoria e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

3 — O acesso à categoria de enfermeiro-chefe faz-se de entre os enfermeiros (nível 1) com seis anos na categoria, os enfermeiros graduados e os enfermeiros especialistas, independentemente do tempo na categoria, desde que detentores de seis anos de exercício profissional, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e que possuam uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar;
- c) Um curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio;
- d) Curso no âmbito da gestão que confira, só por si, pelo menos, o grau académico de bacharel.

4 — O acesso à categoria de enfermeiro-supervisor faz-se de entre os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas com três anos na respectiva categoria ou no conjunto das duas categorias, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e que possuam, pelo menos, uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar;
- c) Curso no âmbito da gestão que confira, pelo menos, o grau académico de licenciado.

5 — O acesso à categoria de assessor técnico regional de enfermagem faz-se de entre os enfermeiros-supervisores, independentemente do tempo na categoria, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas com três anos na respectiva categoria ou no conjunto

das duas categorias, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e com, pelo menos, uma das seguintes habilitações:

Artigo 12.º

Escalão de promoção

A promoção a categoria superior faz-se da seguinte forma:

- a) Para o escalão 1 da categoria para a qual se faz a promoção;
- b) Para o escalão a que na estrutura remuneratória da categoria para a qual se faz a promoção corresponda o índice superior mais aproximado, se o interessado vier já auferindo remuneração igual ou superior à do escalão 1, ou para o escalão seguinte, sempre que a remuneração que caberia em caso de progressão na categoria fosse superior.

Artigo 13.º

Preenchimento do cargo de enfermeiro-director

1 — O enfermeiro-director de serviço de enfermagem, a nível de estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde ou de região de saúde, é nomeado, em comissão de serviço, de entre os enfermeiros de categorias integradas nos níveis 4 ou 3 que possuam uma das habilitações mencionadas no n.º 7 do artigo 11.º, por despacho ministerial, mediante proposta do dirigente máximo do serviço ou estabelecimento, ouvido o órgão de apoio técnico de enfermagem, quando exista.

2 — Nos serviços centrais de ministérios e demais serviços de âmbito nacional onde a carreira de enfermagem é aplicada, o preenchimento do cargo de enfermeiro-director é feito, em comissão de serviço, de entre os assessores técnicos de enfermagem que possuam uma das habilitações mencionadas no n.º 7 do artigo 11.º, por despacho ministerial, mediante proposta do dirigente máximo do respectivo serviço.

3 — A escolha dos enfermeiros-directores deve ter por base as qualificações e a experiência profissional mais adequada ao exercício das funções a desempenhar.

4 — A comissão de serviço mencionada nos n.ºs 1 e 2 do presente artigo terá a duração de três anos e poderá ser renovada, nos termos fixados para o pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central.

5 — O tempo de serviço prestado no cargo de enfermeiro-director é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e de promoção na carreira.

Artigo 14.º

Índices remuneratórios atribuídos ao enfermeiro-director

1 — O enfermeiro-director é posicionado no índice remuneratório, de entre os previstos para o referido cargo, a que corresponda a remuneração imediatamente superior à que é devida ao respectivo titular pela sua categoria de origem, salvaguardando um impulso salarial não inferior a 10 pontos.

2 — A cessação da comissão de serviço no cargo de enfermeiro-director determina, quando do regresso à categoria de que é titular, o posicionamento no índice remuneratório imediatamente superior.

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem ou para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;
- c) Curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;
- d) Curso no âmbito da gestão que confira, pelo menos, o grau académico de licenciado.

6 — Para efeitos de acesso à categoria de assessor técnico regional de enfermagem, do aviso de abertura do respectivo concurso deve constar se é exigida formação no âmbito da gestão ou no da prestação de cuidados de enfermagem especializados.

7 — O acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem faz-se de entre os assessores técnicos regionais de enfermagem e os enfermeiros-supervisores com três anos na respectiva categoria ou no conjunto das duas categorias, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e com, pelo menos, uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;
- c) Curso no âmbito da gestão que confira, pelo menos, o grau académico de licenciado.

8 — Para efeitos de acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem pode, para além de uma das habilitações mencionadas no número anterior, ser exigido um curso que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, o que deve constar do respectivo aviso de abertura do concurso.

9 — Os enfermeiros integrados na carreira docente das escolas superiores de enfermagem podem candidatar-se a concursos para categorias da presente carreira, desde que sejam detentores das habilitações exigidas neste artigo.

10 — Os assistentes podem candidatar-se à categoria de enfermeiro-chefe, desde que possuam seis anos de exercício profissional.

11 — Os professores-adjuntos e os professores-coordenadores podem candidatar-se à categoria de enfermeiro-chefe (nível 2) e às categorias dos níveis 3 e 4, desde que possuam, respectivamente, 6, 9 ou 12 anos de exercício profissional.

Artigo 15.º

Preenchimento dos lugares de assessor técnico regional de enfermagem

1 — O preenchimento dos lugares de assessor técnico regional de enfermagem é feito, em comissão de serviço, por um período de dois anos, findo o qual a sua nomeação se converte automaticamente em nomeação definitiva, independentemente de quaisquer formalidades, a menos que o enfermeiro não tenha revelado aptidão para o lugar, o que implica o seu regresso à categoria que detinha antes da nomeação.

2 — O tempo de serviço prestado em regime de comissão de serviço é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e promoção na carreira.

Artigo 16.º

Preenchimento dos lugares de assessor técnico de enfermagem

1 — O preenchimento dos lugares de assessor técnico de enfermagem é feito, em comissão de serviço, por um período de dois anos, no caso de a nomeação recair em enfermeiro com a categoria de enfermeiro-supervisor, e obedecerá aos trâmites previstos no n.º 1 do artigo anterior.

2 — É dispensada a nomeação em comissão de serviço aos assessores técnicos regionais de enfermagem já providos em lugar de quadro nesta categoria.

3 — Se a nomeação recair em assessor técnico regional de enfermagem que não tenha ainda completado dois anos em comissão de serviço nesta categoria, será a mesma efectuada em comissão de serviço pelo período de tempo necessário para perfazer os dois anos contados no conjunto desta categoria e de assessor técnico de enfermagem, seguindo-se os trâmites previstos no n.º 1 do artigo anterior.

4 — O tempo de serviço prestado em regime de comissão de serviço é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e promoção na carreira.

SECÇÃO III

Progressão na categoria

Artigo 17.º

Progressão

A mudança de escalão dentro de cada categoria verifica-se após a permanência de três anos no escalão anterior e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

CAPÍTULO IV

Concursos

Artigo 18.º

Princípios gerais

1 — O concurso é o processo de recrutamento e selecção normal e obrigatório para o pessoal abrangido pela aplicação do presente diploma.

2 — O disposto no número anterior não se aplica ao recrutamento para o cargo de enfermeiro-director, o qual se processa nos termos do artigo 13.º

3 — O concurso obedece aos seguintes princípios:

- a) Liberdade de candidatura;
- b) Igualdade de condições e oportunidades para todos os candidatos;
- c) Divulgação atempada dos métodos de selecção e do sistema de classificação final a utilizar;
- d) Aplicação de métodos e critérios objectivos de avaliação;
- e) Neutralidade da composição do júri;
- f) Direito de recurso.

Artigo 19.º

Tipos de concurso e objectivos

1 — Os concursos podem ser de ingresso ou de acesso, externos ou internos.

2 — O concurso é de ingresso quando se destina à integração na carreira e de acesso quando visa a promoção na mesma.

3 — O concurso é externo quando, no respeito pela legislação vigente sobre restrições à admissão de pessoal na Administração Pública, seja aberto a todos os indivíduos, estejam ou não vinculados aos serviços e organismos da Administração Pública e aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos públicos.

4 — O concurso é interno geral quando aberto a todos os funcionários e agentes, independentemente do serviço ou organismo a que pertençam, exigindo-se a estes últimos que desempenhem funções em regime de tempo completo, estejam sujeitos à disciplina, hierarquia e horário do respectivo serviço e contem mais de três anos de serviço ininterrupto.

5 — Os concursos podem ser abertos para provimento de todos ou alguns lugares vagos existentes à data da sua abertura, abrangendo, ou não, os lugares que vierem a vagar no decurso do respectivo prazo de validade e que correspondam a necessidades concretas do estabelecimento ou serviço.

6 — A constituição de reservas de recrutamento visa a satisfação de necessidades previsionais de pessoal, independentemente de existirem vagas à data da abertura do concurso, mas no pressuposto de que estas ocorrerão no decurso do respectivo prazo de validade.

Artigo 20.º

Obrigatoriedade de abertura de concursos de acesso

São abertos obrigatoriamente concursos de acesso quando existam pelo menos três vagas orçamentadas na mesma categoria e conforme o plano de actividade, desde que existam nos estabelecimentos ou serviços candidatos que satisfaçam os requisitos de promoção.

Artigo 21.º

Restrições à abertura de concursos

Sob pena de inexistência jurídica, só pode haver lugar à abertura de concursos externos na sequência de despachos de descongelamento das categorias cujos lu-

gares se pretendam prover e após consulta à Direcção-Geral da Administração Pública sobre a existência de excedentes ou de funcionários ou agentes considerados subutilizados, qualificados para o exercício das correspondentes funções.

Artigo 22.º

Competência para abertura de concurso

A abertura de concurso é autorizada por despacho do dirigente máximo do serviço ou organismo competente, ou do órgão colegial, quando exista.

Artigo 23.º

Prazo de validade

1 — O prazo de validade do concurso é de dois anos, contado da data da publicação da respectiva lista de classificação final.

2 — O disposto no número precedente não se aplica aos concursos que visem exclusivamente o provimento das vagas existentes à data da sua abertura, caso em que o concurso se esgota com o preenchimento daquelas.

3 — Os concursos que visem a constituição de reservas de recrutamento são válidos para as vagas que ocorram no prazo máximo de dois anos contado da data de publicação da respectiva lista de classificação final.

Artigo 24.º

Constituição e composição do júri

1 — O júri é constituído por despacho da entidade competente para autorizar a abertura do concurso, mediante proposta do enfermeiro-director nos estabelecimentos ou serviços onde exista, podendo a sua composição ser alterada, por motivos ponderosos e devidamente justificados, até à data do início da aplicação dos métodos de selecção.

2 — O júri é composto por um presidente e por dois vogais efectivos, nomeados de entre enfermeiros integrados na carreira de enfermagem e, sempre que possível, do próprio estabelecimento ou serviço.

3 — O despacho constitutivo do júri designará, para as situações de falta e impedimento, o vogal efectivo que substituirá o presidente, bem como vogais suplentes em número idêntico ao dos efectivos.

4 — Nenhum dos membros do júri poderá ter categoria inferior àquela para que é aberto concurso, mesmo que nomeado para o cargo de enfermeiro-director.

5 — O presidente do júri terá obrigatoriamente categoria superior àquela a que o concurso respeitar, salvo o disposto nos n.ºs 6, 7 e 8 deste artigo.

6 — Nos concursos de acesso à categoria de enfermeiro-supervisor, o presidente do júri e o seu substituto deverão ser designados de entre enfermeiros-directores, assessores técnicos de enfermagem ou assessores técnicos regionais de enfermagem com formação que habilite para a gestão de serviços de enfermagem.

7 — Nos concursos de acesso à categoria de assessor técnico regional de enfermagem, o presidente do

júri e o seu substituto deverão ser designados de entre assessores técnicos de enfermagem, assessores técnicos regionais de enfermagem ou enfermeiros-directores.

8 — Nos concursos de acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem, todos os membros do júri deverão possuir essa categoria.

9 — Nos concursos para a categoria de enfermeiro especialista, pelo menos um dos vogais efectivos e um dos suplentes deverá ser detentor de formação na área de especialização para que o concurso é aberto.

10 — O disposto no número anterior aplica-se igualmente aos concursos de acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem e de assessor técnico regional de enfermagem, sempre que do aviso de abertura conste a exigência de formação que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Artigo 25.º

Competência do júri

1 — O júri é responsável por todas as operações do concurso.

2 — A competência prevista no número precedente não prejudica a faculdade do júri, mediante prévia autorização do respectivo dirigente ou órgão máximo de gestão, poder solicitar a organismos públicos ou privados especializados na matéria a realização do exame psicológico.

3 — O júri poderá solicitar aos serviços a que pertençam os concorrentes os elementos considerados necessários, designadamente os seus processos individuais.

4 — O júri poderá ainda exigir dos candidatos a apresentação de documentos comprovativos de factos por eles referidos que possam relevar para apreciação do seu mérito e, bem assim, a indicação de elementos complementares dos respectivos *curricula* relacionados com os factores e critérios de apreciação em função dos quais promoverá a classificação e ordenação daqueles.

Artigo 26.º

Funcionamento do júri

1 — O júri só pode funcionar quando estiverem presentes todos os seus membros, devendo as respectivas deliberações ser tomadas por maioria.

2 — Das reuniões do júri serão lavradas actas contendo os fundamentos das decisões tomadas.

3 — As actas são confidenciais, devendo ser presentes, em caso de recurso, à entidade que sobre ele tenha de decidir.

4 — Os interessados terão acesso, em caso de recurso, à parte das actas em que se definam os factores e critérios de apreciação aplicáveis a todos os candidatos e, bem assim, àquela em que são directamente apreciados.

5 — As certidões das actas deverão ser passadas no prazo de três dias contado da data da entrada do requerimento.

6 — O júri será secretariado por um vogal por ele escolhido ou por funcionário a designar para o efeito.

Artigo 27.º

Requisitos gerais e especiais de admissão a concurso

1 — Só podem ser admitidos a concurso os candidatos que satisfaçam os requisitos gerais referidos neste artigo e os requisitos especiais previstos nos artigos 10.º e 11.º deste diploma.

2 — Os candidatos deverão reunir os requisitos referidos no número anterior até ao termo do prazo fixado para a apresentação das candidaturas.

3 — São requisitos gerais para admissão a concurso:

- a) Ter nacionalidade portuguesa, salvo nos casos exceptuados por lei especial ou convenção internacional;
- b) Ter cumprido os deveres militares ou de serviço cívico, quando obrigatório;
- c) Não estar inibido do exercício de funções públicas ou interdito para o exercício das funções a que se candidata;
- d) Encontrar-se física e psiquicamente apto para o desempenho das funções e ter cumprido as leis de vacinação obrigatória.

Artigo 28.º

Formas de publicação

1 — O processo de concurso inicia-se com a publicação do respectivo aviso de abertura na 2.ª série do *Diário da República*.

2 — A publicação poderá ainda fazer-se através de órgãos de comunicação social de expansão nacional, sendo obrigatória quando se trate de concursos externos.

Artigo 29.º

Conteúdo do aviso de abertura

1 — Do aviso de abertura deve constar, obrigatoriamente:

- a) Identificação do despacho de autorização da abertura do concurso e das disposições legais permissivas;
- b) Menção obrigatória à existência de despacho de descongelamento e ao parecer da Direcção-Geral da Administração Pública a que se refere o artigo 21.º, no caso de concursos externos;
- c) Tipo de concurso e prazo de validade;
- d) Localidade e estabelecimento ou serviço a que o concurso respeita;
- e) Categoria, número de vagas a preencher e sua distribuição;
- f) Índices remuneratórios correspondentes à categoria publicitada;
- g) Descrição sumária das funções inerentes aos lugares a preencher;
- h) Indicação dos requisitos gerais e especiais de admissão;
- i) Entidade, e respectivo endereço, à qual devem ser apresentadas as candidaturas;
- j) Prazo para apresentação das candidaturas;
- l) Elementos que devem constar do requerimento e os documentos que o devem acompanhar;
- m) Indicação expressa do presente diploma;
- n) Composição do júri;

- o) Métodos de selecção a utilizar, seu carácter eliminatório e sistema de classificação final;
- p) Quaisquer outras indicações julgadas necessárias para melhor esclarecimento dos interessados;
- q) Indicação do local ou locais onde serão afixadas, quando for caso disso, a lista dos candidatos e a lista de classificação final, bem como quaisquer outros elementos julgados necessários para melhor esclarecimento dos interessados.

2 — Quando se tratar de concurso em que se torne necessária uma especialização em enfermagem, deverá o aviso de abertura mencionar expressamente a área de especialização exigida para o efeito.

3 — Sempre que o concurso vise a constituição de reservas de recrutamento, deverá tal objectivo constar expressamente do aviso de abertura.

Artigo 30.º

Apresentação das candidaturas

1 — A candidatura a um concurso faz-se através de requerimento dirigido à entidade que autorizou a abertura do concurso acompanhado da documentação indicada no respectivo aviso de abertura.

2 — Os requerimentos de admissão a concurso, assim como os documentos que os devam instruir, podem ser entregues pessoalmente ou remetidos pelo correio, com aviso de recepção, expedido até ao termo do prazo fixado.

3 — No aviso de abertura poderá ser determinado que o envio dos requerimentos se faça exclusivamente pelo correio, quando se trate de concursos externos.

4 — Os serviços e organismos poderão adoptar requerimentos de modelo tipo a utilizar obrigatoriamente pelos candidatos em substituição dos requerimentos a que aludem os números precedentes.

5 — No caso previsto no número precedente, os serviços e organismos deverão enviar em tempo útil os requerimentos de modelo tipo aos candidatos que, residindo noutra localidade, o solicitarem.

6 — Na entrega pessoal do requerimento de admissão é obrigatória a passagem de recibo pela entidade que o receba.

Artigo 31.º

Prazo para apresentação de candidaturas

O prazo para apresentação de candidaturas não pode ser inferior a 15 nem superior a 30 dias, contado a partir da data da publicação do respectivo aviso de abertura no *Diário da República*.

Artigo 32.º

Documentação a apresentar pelos candidatos

1 — Os requerimentos de admissão a concurso deverão ser acompanhados da documentação exigida no respectivo aviso de abertura, sob pena de exclusão, salvo se a sua apresentação for declarada temporariamente dispensável, caso em que os candidatos declararão nos requerimentos, sob compromisso de honra, a situação precisa em que se encontram relativamente a cada um dos requisitos gerais ou especiais de admissão.

2 — Os serviços e organismos públicos deverão emitir a documentação exigível para admissão a concurso dentro do prazo estabelecido para apresentação das candidaturas, desde que requerida com uma antecedência mínima de três dias.

3 — Os funcionários e agentes pertencentes aos serviços ou organismos para cujos lugares o concurso é aberto são dispensados da apresentação dos documentos comprovativos dos requisitos que constem do respectivo processo individual.

Artigo 33.º

Elaboração e publicação da lista de candidatos

1 — Findo o prazo de apresentação das candidaturas, o júri elaborará no prazo máximo de 30 dias a lista dos candidatos admitidos e excluídos do concurso, com indicação sucinta dos motivos de exclusão, prazo esse que poderá ser prorrogado por igual período em casos devidamente fundamentados, designadamente o elevado número de candidatos, por despacho da entidade competente para a abertura do concurso.

2 — Concluída a elaboração da lista, o júri promoverá a sua imediata remessa para publicação na 2.ª série do *Diário da República*.

3 — Os candidatos excluídos podem recorrer para a entidade que autorizou a abertura do concurso, no prazo de 10 dias a contar da data da publicação ou afixação da lista.

4 — A interposição do recurso não suspende as operações do concurso, as quais prosseguirão até à fase de elaboração da lista de classificação final, exclusiva.

5 — A entidade recorrida deverá decidir do recurso no prazo máximo de 10 dias a contar da sua interposição.

6 — Sempre que seja dado provimento ao recurso, o júri promoverá, no prazo de cinco dias contado da data da decisão o envio para publicação na 2.ª série do *Diário da República*, ou a afixação, nos termos do n.º 2 da alteração à lista dos candidatos.

Artigo 34.º

Métodos de selecção

1 — No concurso serão utilizados os seguintes métodos de selecção, isolada ou conjuntamente:

- a) Avaliação curricular;
- b) Prova pública de discussão curricular;
- c) Exame psicológico de selecção.

2 — Os resultados obtidos na aplicação dos métodos de selecção serão classificados de 0 a 20 valores, excepto no exame psicológico, ao qual serão atribuídas as seguintes menções qualificativas: *Favorável preferencialmente*, *Bastante favorável*, *Favorável*, *Favorável com reservas* e *Não favorável*, correspondendo-lhes as classificações de 20, 18, 12, 8 e 4 valores, respectivamente.

3 — Os métodos de selecção previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1 terão carácter eliminatório.

4 — O método de selecção previsto na alínea c) do mesmo número só poderá ser utilizado conjuntamente com um ou com dois outros métodos nele referidos.

5 — Nos concursos para a categoria de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista o método de selecção utilizado é o de avaliação curricular.

6 — Nos concursos para as restantes categorias serão obrigatoriamente utilizados os métodos referidos nas alíneas a) e b) do n.º 1.

7 — O método de selecção referido na alínea c) do n.º 1 poderá ser utilizado por decisão da entidade competente para autorizar a abertura do concurso no acesso às categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor.

8 — É garantida a privacidade do exame psicológico de selecção, sendo transmitidos aos júris dos concursos os resultados sob a forma de uma apreciação global referente à aptidão dos candidatos relativamente às funções a exercer.

9 — A revelação ou transmissão dos resultados do exame psicológico de selecção a outra pessoa que não o próprio candidato ou o júri do concurso implica quebra do dever de sigilo.

Artigo 35.º

Objectivos dos métodos de selecção

1 — Os métodos de selecção referidos no artigo anterior visam os seguintes objectivos:

- a) A avaliação curricular — avaliar a qualificação profissional dos candidatos, ponderando, de acordo com as exigências da função, a habilitação académica, a formação profissional, a experiência profissional e outros elementos considerados relevantes;
- b) A prova pública de discussão curricular — determinar a competência profissional e ou científica dos candidatos, tendo como referência o perfil de exigências profissionais, genéricas e específicas, da função posta a concurso;
- c) O exame psicológico de selecção — avaliar as capacidades e características de personalidade dos candidatos através da utilização de técnicas psicológicas, visando determinar a sua adequação à função.

2 — A prova pública de discussão curricular tem a duração máxima de sessenta minutos, dos quais quinze destinados ao candidato para uma exposição sobre o seu *curriculum*, no início da prova.

Artigo 36.º

Aplicação dos métodos de selecção

1 — A avaliação curricular deverá estar concluída no prazo de 30 dias, contado da data de publicação da lista de candidatos, sendo o prazo alargado para 60 dias quando o número de candidatos for superior a 30 e inferior a 50 ou 90 dias quando o número de candidatos for de 50 ou mais.

2 — As provas públicas de discussão curricular devem iniciar-se no prazo de 30 dias, contado da data da conclusão da avaliação curricular.

3 — O calendário das provas será afixado, devendo ainda ser enviado aos candidatos ofício registado, por forma que cada candidato tenha conhecimento da data, hora e local da sua prova com, pelo menos, quarenta e oito horas de antecedência.

Artigo 37.º

Classificação final dos candidatos

1 — Finda a aplicação dos métodos de selecção, o júri procederá, no prazo máximo de 15 dias, à classificação e ordenação dos candidatos e elaborará acta da qual constará a lista de classificação final e sua fundamentação.

2 — O prazo previsto no número anterior poderá ser excepcionalmente prorrogado até 30 dias pela entidade competente para autorizar a abertura do concurso quando o número de candidatos o justifique.

3 — A acta a que se refere o n.º 1 será homologada pela entidade competente para autorizar a abertura do concurso, no prazo máximo de 10 dias.

4 — Na classificação final adoptar-se-á a escala de 0 a 20 valores, considerando-se excluídos os candidatos que nos métodos de selecção eliminatórios ou na classificação final obtenham classificação inferior a 9,5 valores.

5 — A classificação final resultará da média aritmética simples ou ponderada das classificações obtidas em todas as operações de selecção.

6 — Em caso de igualdade de classificação nos concursos internos, preferem, sucessivamente, os candidatos já detentores da categoria a que concorrem e os que desempenhem funções no estabelecimento ou serviço interessado.

7 — Em caso de igualdade de classificação nos concursos para enfermeiro-supervisor, preferem, sucessivamente, os candidatos detentores do diploma de estudos superiores especializados em enfermagem ou equivalente, os já detentores da categoria a que concorrem e os que desempenhem funções no estabelecimento ou serviço interessado.

8 — Havendo igualdade de classificação nos concursos externos, preferem, sucessivamente, os candidatos possuidores de habilitação académica de grau mais elevado, de melhor nota final nos cursos de formação básica ou pós-básica exigidos para a admissão ao concurso e que desempenhem funções há mais tempo no estabelecimento ou serviço interessado.

9 — Subsistindo a igualdade de classificação após a aplicação dos critérios referidos nos números anteriores, competirá ao júri estabelecer outros critérios de desempate.

Artigo 38.º

Publicitação da lista de classificação final

Homologada a acta a que se refere o n.º 1 do artigo 37.º, a lista de classificação final deverá ser publicitada nos termos estabelecidos no artigo 33.º, n.º 2, no prazo máximo de cinco dias.

Artigo 39.º

Recurso

1 — Da homologação cabe recurso, com efeito suspensivo, a interpor para o membro do Governo competente; observando-se, quanto ao prazo, o estabelecido no n.º 3 do artigo 33.º

2 — O membro do Governo competente deve decidir no prazo máximo de 15 dias a contar da data da interposição do recurso.

3 — A decisão é passível de recurso contencioso, nos termos gerais.

Artigo 40.º

Prazos

Na contagem dos prazos estabelecidos no presente capítulo serão observados os seguintes princípios:

- a) Os prazos são contínuos, não se considerando, porém, o dia em que ocorrer o evento;
- b) Sempre que os prazos terminem num sábado, domingo ou dia feriado, o seu termo transfere-se para o 1.º dia útil seguinte.

Artigo 41.º

Ordem de nomeação

1 — Os candidatos aprovados serão nomeados para os lugares vagos segundo a ordenação das respectivas listas de classificação final.

2 — Serão abatidos à lista de classificação final os candidatos aprovados que:

- a) Recusem ser nomeados no lugar a que têm direito de acordo com a sua ordenação;
- b) Não compareçam para aceitar o lugar no prazo legal por motivos que lhes sejam imputáveis;
- c) Apresentem documentos que não façam prova das condições necessárias para a nomeação ou não façam a sua apresentação nos prazos legais.

3 — Os despachos de nomeação não poderão ser proferidos antes de decorrido o prazo estabelecido para a interposição do recurso da homologação.

Artigo 42.º

Regulamentação dos concursos

Serão regulamentados por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças os aspectos processuais e administrativos atinentes à tramitação dos concursos previstos no presente diploma, bem como eventuais mecanismos que se mostrem necessários à realização e ultimateção do processo de concurso.

CAPÍTULO V

Avaliação do desempenho

Artigo 43.º

Caracterização da avaliação do desempenho e objectivos

1 — A avaliação do desempenho consiste na avaliação contínua do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e na atribuição periódica de uma menção qualitativa.

2 — A avaliação do desempenho tem como objectivos:

- a) Contribuir para que o enfermeiro melhore o seu desempenho, através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades;
- b) Contribuir para a valorização do enfermeiro tanto pessoal como profissional; de modo a possibilitar a sua progressão e promoção na carreira;

- c) Detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro;
- d) Detectar necessidades de formação.

Artigo 44.º

Casos em que é considerada a menção qualitativa da avaliação do desempenho

A menção qualitativa da avaliação do desempenho é obrigatoriamente considerada na progressão e promoção na carreira.

Artigo 45.º

Menções a atribuir

A avaliação do desempenho exprime-se pelas menções qualitativas de *Satisfaz* e *Não satisfaz*.

Artigo 46.º

Metodologia a utilizar

1 — A avaliação do desempenho efectiva-se através das seguintes actividades:

- a) Entrevistas periódicas de orientação, efectuadas pelo menos uma vez em cada ano de exercício e realizadas a cada enfermeiro pelo enfermeiro de quem este depende directamente;
- b) Entrevistas periódicas para atribuição de uma menção qualitativa correspondente à avaliação do desempenho referente a um período de três anos e realizadas a cada enfermeiro pelos respectivos enfermeiros avaliadores.

2 — A atribuição da menção qualitativa tem por base a análise e discussão de um relatório crítico das actividades desenvolvidas pelo enfermeiro no triénio.

3 — Para efeitos da atribuição da menção qualitativa, terá lugar uma entrevista efectuada pelos enfermeiros avaliadores com o enfermeiro avaliado, na qual é discutido o relatório crítico das actividades.

4 — O enfermeiro avaliado deve entregar a cada um dos enfermeiros avaliadores um exemplar do relatório referido no número anterior até 31 de Janeiro do ano seguinte ao do triénio em avaliação.

5 — Cada estabelecimento ou serviço deverá, em Janeiro de cada ano, publicar internamente a lista dos enfermeiros avaliadores.

6 — As entrevistas para atribuição da menção qualitativa terão lugar até 31 de Maio.

7 — A menção qualitativa será registada na página de rosto do relatório crítico de actividades, datada e assinada pelos enfermeiros avaliadores e pelo enfermeiro avaliado, e será homologada pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço até 30 de Junho.

8 — O enfermeiro avaliado tomará conhecimento da homologação no prazo de cinco dias úteis após o respectivo despacho.

9 — A página de rosto do relatório crítico de actividades, após cumpridas todas as formalidades do processo de avaliação, fará parte do processo individual do enfermeiro avaliado.

10 — Sem prejuízo das entrevistas periódicas de orientação referidas no n.º 1, alínea a), deste artigo,

a primeira atribuição de menção qualitativa tem lugar após três anos de exercício profissional ou, decorrido este mesmo período de tempo, da última classificação de serviço obtida.

Artigo 47.º

Características do relatório crítico de actividades

O relatório crítico de actividades deve descrever:

- a) As actividades inerentes à categoria profissional do enfermeiro que mais contribuíram para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como a respectiva justificação;
- b) Os factores que influenciaram o rendimento profissional do enfermeiro;
- c) As necessidades de formação do enfermeiro e respectiva justificação;
- d) As expectativas futuras do enfermeiro relativamente ao desempenho das suas funções.

Artigo 48.º

Avaliadores para atribuição da menção qualitativa

1 — A avaliação do desempenho dos enfermeiros só pode ser feita por enfermeiros.

2 — Os enfermeiros avaliadores devem possuir categoria superior à do avaliado, podendo, excepcionalmente, ser designado enfermeiro avaliador de categoria igual à do avaliado.

3 — A avaliação do desempenho dos enfermeiros de categorias da área da prestação de cuidados é efectuada pelo enfermeiro-chefe como primeiro avaliador, sendo o segundo avaliador destas categorias profissionais o enfermeiro-supervisor de quem depende funcionalmente o enfermeiro-chefe.

4 — A avaliação do desempenho do enfermeiro-chefe é efectuada pelo enfermeiro-supervisor de quem este depende funcionalmente, sendo o segundo avaliador outro enfermeiro-supervisor da instituição designado pelo órgão de gestão ou o enfermeiro director.

5 — A avaliação do desempenho do enfermeiro-supervisor é efectuada pelo enfermeiro-director.

6 — A avaliação do desempenho do assessor técnico regional de enfermagem é efectuada pelo enfermeiro-director que exercer funções em serviços de âmbito regional.

7 — A avaliação do desempenho do assessor técnico de enfermagem é efectuada pelo assessor técnico de enfermagem que exercer funções de enfermeiro-director em serviços de âmbito nacional.

8 — O enfermeiro-director não está sujeito à avaliação do desempenho nos termos previstos neste diploma.

9 — Quando não existirem dois enfermeiros avaliadores nas condições previstas nos números anteriores, a avaliação será efectuada apenas por um dos enfermeiros, desde que sejam respeitados os demais condicionamentos previstos neste artigo.

10 — Pelo menos um dos avaliadores tem de possuir, no mínimo, um ano de contacto funcional com o enfermeiro avaliado.

11 — Os enfermeiros avaliadores podem, no caso de não terem tido contacto funcional com o enfermeiro avaliado durante todo o triénio, solicitar ao avaliado que comprove as actividades que refere no relatório crítico.

Artigo 49.º

Efeitos da menção qualitativa de *Não satisfaz*

1 — A menção de *Não satisfaz* depende da verificação de uma das seguintes situações:

- a) Deficiente desempenho do conteúdo funcional da respectiva categoria profissional, mediante informações fundamentadas sobre factos comprovados;
- b) Insuficiente ou deficiente relacionamento com o utente, família, grupos ou comunidade e pessoal do respectivo local de trabalho, mediante informações fundamentadas sobre factos comprovados.

2 — A atribuição da menção qualitativa de *Não satisfaz* determina que não seja considerado o período a que respeita, para efeitos de progressão e promoção na carreira.

Artigo 50.º

Suprimento da falta de atribuição de menção qualitativa

1 — A falta de atribuição de menção qualitativa será suprida por adequada ponderação do *curriculum* profissional na parte correspondente ao período não avaliado.

2 — Para efeitos de progressão, a avaliação do *curriculum* profissional será levada a efeito por dois enfermeiros, a designar pelo enfermeiro-director, devendo a selecção obedecer, em princípio, às condições previstas no artigo 48.º

3 — Para efeitos de promoção, a avaliação do *curriculum* profissional é feita pelo respectivo júri do concurso de acesso.

Artigo 51.º

Ausência ou impedimento de avaliadores ou avaliados

1 — Sempre que, por razões não imputáveis quer aos enfermeiros avaliadores quer aos enfermeiros avaliados, não for possível cumprir os prazos previstos para as diversas fases da avaliação do desempenho, serão fixados novos prazos pelo respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, quando se torne necessária a atribuição da menção qualitativa, para efeitos de progressão ou promoção na carreira, recorrer-se-á ao mecanismo de suprimento previsto no artigo 50.º deste diploma.

Artigo 52.º

Reclamações e recursos

1 — O enfermeiro avaliado dispõe do prazo de cinco dias úteis para apresentar aos enfermeiros avaliadores reclamação escrita, com indicação dos factos que julga susceptíveis de fundamentar a revisão da avaliação.

2 — Os enfermeiros avaliadores devem decidir da reclamação no prazo de cinco dias úteis contado a partir da data em que receberam a reclamação.

3 — O enfermeiro avaliado pode, nos cinco dias úteis subsequentes à data em que tomou conhecimento da

decisão proferida pelos enfermeiros avaliadores, requerer ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço que o seu processo seja submetido a parecer da comissão técnica, devendo nesse requerimento indicar somente os factos que julga susceptíveis de fundamentar o seu pedido.

4 — Sempre que o parecer da comissão técnica for discordante da menção qualitativa atribuída pelos enfermeiros avaliadores, cabe ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço decidir da menção a atribuir, mediante despacho fundamentado.

5 — O órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço não pode homologar as menções qualitativas atribuídas antes de decorridos os prazos de reclamação para os enfermeiros avaliadores e para solicitação de parecer da comissão técnica.

6 — Do despacho de homologação cabe recurso para o membro do Governo competente, a interpor no prazo de 10 dias úteis contado a partir do conhecimento da homologação, devendo ser proferida decisão no prazo de 30 dias contado da data da interposição do recurso.

7 — A decisão é passível de recurso contencioso, nos termos gerais.

Artigo 53.º

Regulamentação

O sistema de avaliação do desempenho estabelecido pelo presente diploma será regulamentado por despacho do membro do Governo competente, tendo em vista operacionalizar o relatório crítico de actividades, definir a constituição da comissão técnica e seu funcionamento e pormenorizar outros aspectos relativos à aplicação do sistema.

CAPÍTULO VI

Regimes de trabalho e condições da sua prestação

Artigo 54.º

Modalidades de regime de trabalho

1 — São as seguintes as modalidades de regime de trabalho aplicáveis aos enfermeiros integrados na carreira:

- a) Tempo completo, com a duração de trinta e cinco horas semanais;
- b) Tempo parcial, com a duração de vinte ou vinte e quatro horas semanais;
- c) Regime de horário acrescido, com a duração de quarenta e duas horas semanais.

2 — O tempo completo é o regime normal de trabalho da carreira de enfermagem, correspondendo-lhe as remunerações base mensais referidas no n.º 2 do artigo 4.º

3 — O regime de tempo parcial é autorizado, caso a caso, por despacho do dirigente máximo do estabelecimento ou serviço.

4 — Sem prejuízo do disposto na lei geral, o trabalho prestado em regime de tempo parcial conta-se proporcionalmente ao número de horas de trabalho por semana, para todos os efeitos.

5 — O regime de horário acrescido é aplicável nos casos em que o funcionamento dos serviços o exija, sendo essa necessidade reconhecida pelo órgão máximo de gestão do respectivo estabelecimento ou serviço.

Artigo 55.º

Regime de horário acrescido

1 — Consideradas as necessidades dos serviços, poderá, por despacho ministerial, ser autorizada a aplicação deste regime, até um máximo de 30% do número total dos lugares de enfermeiro previstos no quadro da instituição, mediante critérios de selecção a divulgar previamente.

2 — Em casos excepcionais, pode esta percentagem ser ultrapassada, mediante proposta fundamentada do órgão máximo de gestão e aprovada por despacho ministerial.

3 — A esta modalidade de trabalho corresponde um acréscimo remuneratório de 37% da remuneração base, o qual só é devido em situação de prestação efectiva de trabalho.

4 — A afectação a este regime depende de declaração escrita do enfermeiro manifestando a sua disponibilidade para o efeito.

5 — Este regime poderá ser retirado com fundamento em deficiente cumprimento das obrigações do enfermeiro, se houver modificação na sua situação funcional ou se cessarem as necessidades que o determinaram, observando-se o prazo de 60 dias.

6 — Os enfermeiros podem renunciar ao regime de horário acrescido com pré-aviso de seis meses.

7 — A remuneração referida no n.º 3 deste artigo releva para efeitos de pagamento dos subsídios de férias e de Natal.

8 — Este regime confere direito a um acréscimo de 25% no tempo de serviço para efeitos de aposentação.

9 — Para efeitos de fixação da pensão de aposentação, a remuneração atribuída em função deste regime é considerada nos termos do Estatuto da Aposentação.

10 — Aos enfermeiros com idade superior a 55 anos que venham praticando este regime há, pelo menos, cinco anos será concedida, se a requererem, redução de uma hora em cada ano no horário de trabalho semanal, até que o mesmo perfaça as trinta e cinco horas, sem perda de regalias.

Artigo 56.º

Regras de organização, prestação e compensação de trabalho

1 — A semana de trabalho, entendida de segunda-feira a domingo, é, em regra, de trinta e cinco horas e de cinco dias, podendo sofrer alterações por necessidades do serviço ou do enfermeiro, salvaguardados os interesses do serviço.

2 — Os enfermeiros têm direito a um dia de descanso semanal; acrescido de um dia de descanso complementar, devendo, em cada período de quatro semanas, pelo menos um dos dias de descanso coincidir com o sábado ou o domingo.

3 — A aferição da duração do trabalho normal deve reportar-se a um conjunto de quatro semanas.

4 — São considerados, para efeitos de obrigatoriedade, na organização dos horários de trabalho todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis.

5 — Os enfermeiros-directores ficam isentos de horário de trabalho, sem prejuízo do cumprimento do número de horas de trabalho semanal a que estão sujeitos, não lhes sendo devida qualquer remuneração pela prestação de trabalho extraordinário.

6 — Os enfermeiros podem trabalhar por turnos e ou jornada contínua, tendo direito a um intervalo de trinta minutos para refeição dentro do próprio estabelecimento ou serviço, que será considerado como trabalho efectivamente prestado.

7 — Os enfermeiros com idade superior a 50 anos poderão, se o requererem, ser dispensados do trabalho nocturno e por turnos, desde que daí não advenham graves prejuízos para o serviço.

8 — As enfermeiras que, comprovadamente, amamentem os filhos têm direito, durante um período de 12 meses a partir da data do parto, a requerer a isenção de horário por turnos e de trabalho nocturno, assim como durante os três últimos meses de gravidez, desde que daí não advenham graves prejuízos para o serviço.

9 — São aplicáveis a todos os enfermeiros, independentemente dos estabelecimentos ou serviços em que prestem funções, as disposições contidas no Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de Março, que não colidam com o presente decreto-lei.

10 — As disposições constantes dos números anteriores serão objecto de regulamentação pelos órgãos competentes.

CAPÍTULO VII

Incentivos e bonificações

Artigo 57.º

Compensação pelo exercício de funções em condições particularmente penosas

1 — Os enfermeiros que exerçam funções em unidades de internamento de psiquiatria e de doentes exclusivamente do foro oncológico terão direito, ao fim de um ano de trabalho efectivo nestes serviços, a um período adicional de férias de cinco dias úteis, a gozar no ano seguinte, entre 1 de Janeiro e 31 de Maio, ou entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro, o que não releva para efeitos de atribuição de subsídio de férias.

2 — A contagem do tempo relevante para usufruir das compensações referidas nos números anteriores apenas produz efeitos a partir da entrada em vigor do presente diploma.

3 — Os enfermeiros referidos no n.º 1 do presente artigo poderão ainda, se o requererem, beneficiar de redução no horário de trabalho de uma hora semanal por cada triénio de exercício efectivo, até ao limite de 30 horas semanais, sem perda de regalias.

Artigo 58.º

Incentivos para fixação na periferia

1 — Aplica-se aos enfermeiros integrados na presente carreira o Decreto-Lei n.º 45/84, de 3 de Fevereiro, e demais legislação complementar.

2 — Por portaria conjunta dos Ministros do Planeamento e da Administração do Território, das Finanças e da Saúde, serão estabelecidos os municípios que in-

tegram as zonas de reduzida, média e extrema periferia, para efeitos de atribuição aos enfermeiros dos incentivos para fixação na periferia.

Artigo 59.º

Incentivo para o exercício de funções na área de cuidados de saúde primários

1 — É criado um incentivo para o exercício de funções na área de cuidados de saúde primários, que consiste na redução do tempo necessário para a progressão na carreira.

2 — O tempo de serviço prestado em estabelecimento da área de cuidados de saúde primários determinará, em cada ano, a redução de dois meses para mudança de escalão.

Artigo 60.º

Bonificação por estudos ou trabalhos de investigação

1 — Após cada oito anos de efectivo serviço, podem os enfermeiros requerer a avaliação de estudos ou trabalhos de investigação que realizaram, desde que estes se integrem em áreas ou temas previamente definidos pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço, o qual deverá estabelecer anualmente as áreas ou temas prioritários sobre os quais deverão recair os estudos ou trabalhos de investigação a efectuar.

2 — A avaliação referida no número anterior consiste em:

- a) Apresentação e discussão de um estudo sobre um problema de enfermagem, se se tratar das categorias profissionais de enfermeiro (nível 1) e de enfermeiro graduado;
- b) Apresentação e discussão de um trabalho de investigação em enfermagem, se se tratar das restantes categorias profissionais.

3 — A obtenção na última avaliação periódica de desempenho da menção qualitativa de *Não satisfaz* impede que o enfermeiro requeira a avaliação de estudos ou trabalhos de investigação antes que tenha decorrido uma menção qualitativa de *Satisfaz*.

4 — A avaliação dos estudos ou trabalhos de investigação é feita por um júri nacional, nomeado pelo Ministro da Saúde e constituído por três enfermeiros de categoria profissional superior ou igual à do enfermeiro que requer a avaliação.

5 — Tratando-se de um trabalho de investigação, um dos enfermeiros do júri deverá estar habilitado com formação pós-básica na mesma área que a do enfermeiro que requer a avaliação.

6 — Ao estudo ou trabalho de investigação será atribuída a menção qualitativa de *Satisfaz* ou *Não satisfaz*.

7 — A obtenção do resultado de *Satisfaz* determina, para efeitos de progressão na categoria, a bonificação de dois anos de serviço.

8 — Não poderão ser aceites estudos ou trabalhos de investigação que já tenham sido apresentados e ou avaliados em âmbito diferente.

Artigo 61.º

Bonificação por aquisição de graus académicos

1 — A aquisição do grau de mestre por enfermeiros integrados na carreira determina, quando do acesso a

categoria superior, o posicionamento no escalão imediatamente superior àquele a que terá direito nos termos do artigo 12.º

2 — A habilitação com doutoramento determina, na situação prevista no número anterior, o posicionamento dois escalões acima daquele a que terá direito nos termos do artigo 12.º

Artigo 62.º

Aposentação

Os enfermeiros podem aposentar-se voluntariamente, com direito à pensão completa, independentemente de apresentação a junta médica, desde que reúnam 35 anos de serviço e 57 de idade.

CAPÍTULO VIII

Formação contínua

Formação contínua

1 — As estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros.

2 — Os enfermeiros têm direito à utilização de um período correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.

3 — Poderá o órgão de gestão do estabelecimento ou serviço, para os efeitos previstos anteriormente, autorizar comissões gratuitas de serviço por períodos que ultrapassem as quarenta e duas horas anuais, quando daí resultem benefícios para a instituição.

4 — Depois de cada triénio de serviço efectivo, os assessores técnicos de enfermagem, os assessores técnicos regionais de enfermagem, os enfermeiros-supervisores, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas poderão ser dispensados da prestação do seu trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica.

5 — Consideram-se para efeitos de actualização científica e técnica, nomeadamente, a realização de trabalhos de investigação e estágios não integrados em planos de cursos de enfermagem ou de qualquer outro curso.

6 — Em caso algum as dispensas de cada triénio são susceptíveis de acumulação com as eventualmente concedidas noutra triénio.

7 — O enfermeiro compromete-se a, terminado o período de dispensa, apresentar, no prazo de 60 dias, o relatório da actividade desenvolvida ou cópia do trabalho de investigação realizado.

8 — O não cumprimento do estabelecido no número anterior retira a possibilidade de concessão de nova dispensa e obriga à reposição de todos os vencimentos percebidos pelo enfermeiro durante o período de dispensa.

SECÇÃO I

Formação em serviço

Artigo 64.º

Formação em serviço

1 — A concretização da formação em serviço em cada unidade prestadora de cuidados é cometida, por um período de três anos, renováveis, a um enfermeiro especialista da referida unidade.

2 — A escolha desses enfermeiros é feita mediante o seguinte processo:

- a) Manifestação de interesse por parte dos enfermeiros especialistas;
- b) Selecção dos enfermeiros, efectuada pelo enfermeiro-chefe da respectiva unidade e pelo enfermeiro-supervisor de quem o enfermeiro-chefe depende funcionalmente.

3 — A selecção destes enfermeiros terá por base o seu *curriculum* profissional, relevando ainda a formação em técnicas e métodos no âmbito da pedagogia, a sua experiência profissional e, bem assim, as características pessoais facilitadoras do processo de aprendizagem.

4 — Ao enfermeiro especialista poderá ainda ser cometida a formação em serviço de mais de uma unidade prestadora de cuidados, nos casos em que a dimensão, características, organizações e recursos humanos das unidades de cuidados o justifiquem.

5 — A actividade dos referidos enfermeiros deve ser exercida sob a responsabilidade do enfermeiro-chefe das respectivas unidades.

6 — A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo.

7 — O trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde.

8 — Os enfermeiros especialistas a quem for cometida a formação em serviço serão integrados em escalão a que corresponda um índice remuneratório imediatamente superior àquele que detêm a partir da data em que iniciarem as respectivas actividades, o que deve ser confirmado, por escrito, pelo enfermeiro-chefe.

9 — O tempo de serviço detido no escalão em que os enfermeiros especialistas se encontram posicionados no momento da atribuição do novo escalão releva para efeitos de progressão ao escalão seguinte, desde que aqueles tenham exercido pelo menos por um período de três anos as funções referidas no n.º 1 deste artigo.

10 — Nos casos em que os enfermeiros especialistas não desempenhem pelo menos durante um período de três anos, serão reposicionados no escalão que detinham à data em que lhes foi cometida a formação em serviço, contando-lhes neste escalão o tempo de serviço prestado naquelas actividades.

11 — Quando não existam nos estabelecimentos e serviços enfermeiros especialistas a quem possa ser cometida formação em serviço, nos termos dos números anteriores, esta competência poderá ser atribuída

aos enfermeiros graduados, cujo processo de selecção deverá obedecer ao disposto no n.º 3 do presente artigo.

CAPÍTULO IX

Transições para as novas categorias

Artigo 65.º

Transições

1 — Os enfermeiros que no âmbito deste diploma se encontrem integrados na carreira de enfermagem são providos na nova carreira, de acordo com as seguintes regras:

- a) Como enfermeiro do nível 1, os enfermeiros do grau 1;
- b) Como enfermeiro graduado, os enfermeiros graduados;
- c) Como enfermeiro especialista, os enfermeiros detentores desta categoria;
- d) Como enfermeiro-chefe, os enfermeiros detentores desta categoria;
- e) Como enfermeiro-supervisor, os enfermeiros detentores desta categoria;
- f) Como assessor técnico de enfermagem, os enfermeiros detentores da categoria de técnico de enfermagem;
- g) Como enfermeiro-director, os enfermeiros-directores que se encontram no desempenho deste cargo.

2 — Os enfermeiros de grau 1 e os enfermeiros graduados que se encontrem, à data da entrada em vigor deste diploma, habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, poderão, mediante requerimento a apresentar durante o prazo de um ano contado a partir da data da entrada em vigor do presente diploma, transitar para a categoria de enfermeiro especialista, desde que existam no respectivo estabelecimento ou serviço vagas na categoria, dentro do número fixado para a correspondente especialidade.

3 — Sempre que o número de vagas na categoria de enfermeiro especialista, dentro do número fixado para a correspondente especialidade, for insuficiente para englobar os enfermeiros provenientes de categorias dos graus 1 e 2 habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, transitam para a categoria de enfermeiro especialista os enfermeiros nas seguintes condições:

- a) Os enfermeiros há mais tempo habilitados com o curso de especialização em enfermagem;
- b) Os enfermeiros detentores de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem.

4 — Aos enfermeiros-directores que se encontrem nomeados em comissão de serviço por três anos são aplicáveis, findo esse período, as regras previstas para a respectiva renovação nos termos do n.º 4 do artigo 13.º

5 — Os enfermeiros-directores transitam para o índice imediatamente superior ao que detêm à data da transição.

6 — Aos enfermeiros-directores que se encontrem nomeados em comissão de serviço por tempo indeterminado ser-lhes-á mantida esta nomeação, por tempo indeterminado.

7 — A transição para as categorias da nova carreira faz-se para escalão igual àquele em que o enfermeiro se encontra posicionado.

8 — Se entre o índice remuneratório anterior e o índice remuneratório correspondente ao escalão onde ficar posicionado houver uma valorização superior a 15 pontos, a contagem de tempo de serviço para efeitos de progressão só se inicia a partir da data da transição.

9 — Sempre que na nova carreira não existe escalão correspondente ao que o enfermeiro detinha na anterior carreira, por efeito de diminuição de escalões, transita para o último escalão da categoria respectiva.

10 — Os enfermeiros do grau 1 e os enfermeiros graduados que transitarem para a categoria de enfermeiro especialista de acordo com o n.º 2 deste artigo são posicionados no escalão a que corresponda o índice remuneratório a que teriam direito se transitassem para a categoria de que são detentores ou para a imediatamente superior se não houver coincidência.

11. — A transição para os escalões efectua-se, sem quaisquer formalidades, para além das referidas nas alíneas seguintes:

- a) Cada estabelecimento ou serviço deve elaborar uma lista de transição para as novas categorias e cargo, a afixar em local apropriado e a possibilitar a sua consulta pelos interessados;
- b) Deve ser publicado no *Diário da República* o aviso de afixação da lista referida na alínea anterior;
- c) Da transição cabe reclamação para o órgão máximo do estabelecimento ou serviço, no prazo de 15 dias a contar da data da publicação do aviso, a qual deve ser decidida em idêntico prazo;
- d) Da lista referida na alínea a) é enviada cópia à Direcção-Geral da Contabilidade Pública e à Direcção-Geral da Administração Pública.

CAPÍTULO X

Disposições transitórias e finais

Artigo 66.º

Disposições transitórias

1 — A habilitação com um curso pós-básico de enfermagem que seja necessário para acesso a categoria diferente daquela em que o enfermeiro se encontra posicionado confere, mediante requerimento, para efeitos de progressão na categoria de que o enfermeiro é detentor, a seguinte bonificação:

- a) De três anos, quando se trate de um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio; ou de um curso de administração de serviços de enfermagem;
- b) De quatro anos, no caso de a estes enfermeiros ser concedida a equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;

c) De quatro anos, quando se trate de um curso de estudos superiores especializados em enfermagem.

2 — O disposto no número anterior aplica-se durante um período transitório de cinco anos, contado da data de entrada em vigor do presente diploma.

3 — Os enfermeiros e os enfermeiros graduados habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, que não transitarem para a categoria de enfermeiro especialista de acordo com o n.º 2 do artigo 65.º deste diploma, poderão, mediante requerimento, transitar para essa categoria em lugar de quadro ou mapa de pessoal de estabelecimento ou serviço diferente.

4 — O disposto no número anterior aplica-se transitoriamente durante um período de dois anos contado da data da entrada em vigor deste diploma.

5 — Aos enfermeiros e aos enfermeiros graduados que, à data da entrada em vigor deste diploma, se encontrem a frequentar ou tenham sido seleccionados para frequência de um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, é aplicado, após a conclusão deste, o disposto no n.º 2 do artigo 65.º do presente diploma.

6 — Os enfermeiros referidos no número anterior poderão ainda beneficiar do disposto no n.º 3 até ao termo do prazo fixado no seu n.º 4.

7 — Os enfermeiros que tenham usufruído da bonificação referida no n.º 1 não poderão posteriormente transitar para a categoria de enfermeiro especialista segundo as regras previstas no n.º 2 do artigo 65.º ou as referidas no n.º 3 do presente artigo, a menos que o façam para o escalão a que corresponda o índice remuneratório que detinham antes da bonificação.

8 — Enquanto existirem nos estabelecimentos ou serviços auxiliares de enfermagem e enfermeiros de 3.ª classe, serão mantidos nos quadros ou mapas de pessoal os respectivos lugares, ficando estes profissionais na situação de fora de carreira.

9 — Os lugares previstos no número anterior serão extintos quando vagarem, sendo criado, nos respectivos quadros ou mapas de pessoal, igual número de lugares da categoria de enfermeiro do nível 1.

10 — Aos auxiliares de enfermagem e enfermeiros de 3.ª classe compete, essencialmente, sob a directa orientação dos enfermeiros, colaborar na prestação dos cuidados de enfermagem, executando tarefas que requeiram menores exigências técnicas.

11 — Os enfermeiros da área de actuação da docência que não transitarem para a carreira docente das escolas superiores de enfermagem poderão, mediante requerimento, transitar para as categorias previstas nesta carreira, de acordo com as seguintes regras:

- a) Para enfermeiro graduado; os enfermeiros-monitores;
- b) Para enfermeiro especialista, os enfermeiros-assistentes habilitados com um curso de especialização em enfermagem, nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio;
- c) Para enfermeiro-chefe, os enfermeiros-assistentes habilitados com um curso de especialização em enfermagem, nos termos do

n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, ou com o curso de administração de serviços de enfermagem ou com o curso de enfermagem complementar — secção de administração;

- d) Como enfermeiro-supervisor, os enfermeiros-professores habilitados com o curso de administração de serviços de enfermagem ou com o curso de enfermagem complementar — secção de administração.

12 — A possibilidade de transição prevista no número anterior termina um ano após a entrada em vigor do diploma que vier a regular a carreira docente das escolas superiores de enfermagem.

13 — A transição prevista no n.º 11 implica a existência de vaga na respectiva categoria, no estabelecimento ou serviço para cujo quadro ou mapa de pessoal o enfermeiro docente pretenda transitar.

14 — A aplicação do disposto no n.º 3 do artigo 57.º será faseada nos seguintes termos:

- À data da entrada em vigor do presente diploma, aos enfermeiros com 12 ou mais anos de serviço;
- Um ano após aquela data, aos enfermeiros que contem seis ou mais anos de serviço;
- Dois anos decorridos sobre a mesma data, aos enfermeiros com três ou mais anos de serviço.

15 — Durante um período de três anos a partir da entrada em vigor do presente diploma, poderão os enfermeiros ser admitidos, a título transitório, por contrato administrativo de provimento.

16 — O contrato administrativo de provimento é celebrado por escrito e dele consta, obrigatoriamente:

- O nome dos outorgantes;
- A categoria, a remuneração e a data de início do contrato;
- A data e a assinatura dos outorgantes.

17 — O contrato administrativo de provimento considera-se celebrado por um ano, tácita e sucessivamente renovável por iguais períodos, se não for oportunamente denunciado.

18 — O recrutamento do pessoal contratado nos termos do n.º 15 obedece a um processo de selecção sumário, de que faz parte:

- A publicitação da oferta de emprego em jornal de expansão regional e nacional, incluindo obrigatoriamente a indicação do tipo de contrato a celebrar, o serviço a que se destina, a categoria, os requisitos exigidos e aqueles que constituem condição de preferência, bem como a remuneração a atribuir;
- A apreciação das candidaturas por um júri especialmente designado para o efeito;
- A elaboração da acta contendo obrigatoriamente os fundamentos da decisão tomada e os critérios adoptados para a admissão.

19 — A acta referida na alínea c) do número anterior é fornecida em certidão a qualquer candidato que a solicite.

20 — Só pode ser contratado o pessoal que possua as habilitações previstas no presente diploma.

21 — O tempo de serviço prestado na situação de contratado conta para todos os efeitos legais, desde que se verifique, sem interrupção de funções, a subsequente nomeação na categoria de enfermeiro.

22 — O prazo referido no n.º 15 poderá ser renovado, por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças, enquanto se verificarem carências de pessoal de enfermagem a nível nacional.

Artigo 67.º

Disposições finais

1 — Pela aplicação deste diploma consideram-se automaticamente actualizados os quadros ou mapas de pessoal de enfermagem dos respectivos estabelecimentos ou serviços.

2 — Os lugares de técnico de enfermagem são automaticamente convertidos em lugares de assessor técnico de enfermagem.

3 — Os lugares de assessor técnico regional de enfermagem serão a criar consoante às necessidades.

4 — Os cursos referidos no artigo 11.º, n.º 3, alínea d), n.º 4, alínea c), n.º 5, alínea d), e n.º 7, alínea c), devem situar-se no âmbito da administração geral, da Administração Pública ou da administração da saúde.

5 — Sempre que, para efeitos de admissão a concurso, surjam dúvidas quanto ao enquadramento dos cursos que os candidatos possuam no âmbito referido no número anterior, as mesmas serão esclarecidas pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

6 — Os concursos cujo aviso de abertura se encontra publicado à data da entrada em vigor deste diploma mantêm-se válidos apenas para as vagas postas a concurso, existentes à data da respectiva abertura.

7 — Os candidatos aprovados nos concursos a que se refere o número anterior serão nomeados nas categorias para que transitaram os actuais detentores das categorias a que se candidataram.

8 — O regime previsto no capítulo IV deste diploma não se aplica aos concursos abertos antes da sua entrada em vigor e até ao termo do seu prazo de validade.

9 — O presente diploma entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 1992, incluindo os efeitos de natureza remuneratória.

Artigo 68.º

Revogações

1 — Ficam revogados:

- O Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, e legislação complementar;
- O Decreto-Lei n.º 134/87, de 17 de Março, com excepção do artigo 5.º;
- O Decreto-Lei n.º 34/90, de 24 de Janeiro, com excepção do artigo 10.º, com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 38/91, de 18 de Janeiro;
- O Decreto-Lei n.º 38/91, de 18 de Janeiro, com excepção dos artigos 1.º e 2.º;
- O Decreto Regulamentar n.º 6/91, de 26 de Fevereiro.

2 — Até à entrada em vigor da carreira dos docentes das escolas superiores de enfermagem mantêm-se as disposições contidas nos diplomas referidos no número anterior que sejam aplicáveis à área de actuação da docência.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 12 de Setembro de 1991. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Mário Fernando de Campos Pinto* — *Lino Dias Mi-*

guei — *Luís Miguel Couceiro Pizarro Beza* — *Luís Francisco Valente de Oliveira* — *Jorge Augusto Pires*.

Promulgado em 16 de Outubro de 1991.

Publique-se.

O Presidente da República, **MÁRIO SOARES**.

Referendado em 18 de Outubro de 1991.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

TABELA I

Níveis	Categorias	Índices/escalões								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Assessor técnico de enfermagem	240	250	260	270	285	-	-	-	-
3	Assessor técnico regional de enfermagem	210	220	230	240	255	-	-	-	-
3	Enfermeiro-supervisor	180	190	205	220	235	250	-	-	-
2	Enfermeiro-chefe	150	160	175	190	210	235	-	-	-
2	Enfermeiro especialista	135	145	155	170	185	200	220	-	-
1	Enfermeiro graduado	120	130	140	155	170	185	200	215	-
1	Enfermeiro	100	105	110	120	130	140	155	170	195

TABELA II

(a que se refere o n.º 2 do artigo 5.º)

Cargo	Índices		
	270	290	310
Enfermeiro-director			

ANEXO 3 – DECRETO-LEI 161/96 DE 4 DE SETEMBRO

ou de comissão de serviço, nos termos da legislação em vigor.

3 — Aos funcionários do Estado, de institutos públicos e de autarquias locais que desempenhem funções no IGCP nos termos do n.º 1 continuará a aplicar-se o regime disciplinar que lhes é próprio, cabendo, todavia, ao conselho directivo exercer o correspondente poder disciplinar enquanto permanecerem ao serviço do Instituto.

4 — Aos trabalhadores de empresas públicas na situação referida no n.º 1 sujeitos ao regime de contrato individual de trabalho aplicar-se-á o regime disciplinar que vigorar no IGCP, cabendo ao respectivo conselho directivo exercer o poder disciplinar relativamente a todas as infracções praticadas durante o tempo em que o trabalhador estiver ao serviço do Instituto.

5 — Nos casos previstos nos números anteriores, se os trabalhadores deixarem de prestar serviço ao IGCP antes de proferida decisão sobre o processo disciplinar que lhes tenha sido instaurado, competirá ao IGCP completar a instrução do processo e à entidade em que o trabalhador estiver colocado proferir a decisão.

Artigo 28.º

Segurança social

1 — Os trabalhadores do IGCP que exerçam funções em regime de requisição, de destacamento ou de comissão de serviço manterão o regime de segurança social inerente ao seu quadro de origem, nomeadamente no que se refere a aposentação ou reforma, sobrevivência e apoio na doença.

2 — Os trabalhadores do IGCP que não se encontrem em qualquer das situações referidas no número anterior serão obrigatoriamente inscritos na Caixa Geral de Aposentações e na ADSE, excepto se, estando inscritos em qualquer outro regime de segurança social, quiserem e puderem legalmente optar pela sua manutenção ou se outro regime decorrer da adesão do IGCP a instrumentos de regulamentação colectiva do trabalho.

3 — Para efeitos do número anterior, o IGCP contribuirá para os sistemas de segurança social ou de assistência médica e medicamentosa a que pertencem os seus funcionários, segundo os regimes previstos nesses sistemas para as entidades empregadoras.

4 — No caso dos trabalhadores inscritos na Caixa Geral de Aposentações, as contribuições a que se refere o número anterior deverão ser de montante igual ao das quotas pagas por esses trabalhadores.

5 — Os membros do conselho directivo ficam sujeitos ao regime de previdência dos trabalhadores independentes, salvo se nomeados em comissão de serviço ou requisição, caso em que se lhes aplicará o disposto no n.º 1.

Artigo 29.º

Disposições comuns — Segredo profissional

1 — Os membros dos órgãos do IGCP, o respectivo pessoal e as pessoas ou entidades, públicas ou privadas, que lhe prestem, a título permanente ou ocasional, quaisquer serviços ficam sujeitos a segredo profissional sobre os factos cujo conhecimento lhes advenha do exercício das suas funções ou da prestação dos serviços referidos, e, seja qual for a finalidade, não poderão divulgar, nem utilizar, em proveito próprio ou alheio,

directamente ou por interposta pessoa, o conhecimento que tenham desses factos.

2 — O dever de segredo profissional manter-se-á ainda que as pessoas ou entidades a ele sujeitas nos termos do número anterior deixem de prestar serviço ao IGCP.

3 — Sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que dela resulte, a violação do dever de sigilo estabelecido no presente artigo, quando cometida por um membro dos órgãos do IGCP ou pelo seu pessoal, implicará para o infractor as sanções disciplinares correspondentes à sua gravidade, que poderão ir até à destituição ou à rescisão do respectivo contrato de trabalho, e, quando praticada por pessoa ou entidade vinculada ao IGCP por um contrato de prestação de serviços, dará ao conselho directivo o direito de resolver imediatamente esse contrato.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 161/96

de 4 de Setembro

1 — A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

2 — Verifica-se, contudo, que o exercício profissional da enfermagem não dispõe ainda de um instrumento jurídico contendo a sua adequada regulamentação, carência que o presente diploma precisamente visa colmatar. Com efeito, independentemente do contexto jurídico-institucional onde o enfermeiro desenvolve a sua actividade — público, privado ou em regime liberal —, o seu exercício profissional carece de ser regulamentado, em ordem a garantir que, o mesmo se desenvolva não só com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem como também por forma a proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de enfermagem de qualidade.

3 — O presente diploma clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral.

4 — A regulamentação do exercício profissional da enfermagem, a que agora se procede, corresponde também aos princípios decorrentes da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e, designadamente, aos consignados na alínea c) da base XIV, no n.º 1 da base XV e no n.º 2 da base XL da mesma lei.

5 — Foram ouvidas, sobre o conteúdo do presente diploma, as estruturas associativas e sindicais representativas dos enfermeiros.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da

alínea c) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Objecto e âmbito

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Artigo 2.º

Âmbito institucional

1 — O REPE é, no território nacional, vinculativo para todas as entidades empregadoras dos sectores público, privado, cooperativo e social.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, são aplicáveis aos enfermeiros as normas jurídicas definidoras do regime de trabalho que vigorem nos organismos onde aqueles desenvolvam a sua actividade profissional.

Artigo 3.º

Âmbito pessoal

São abrangidos pelo REPE todos os enfermeiros que exerçam a sua actividade no território nacional, qualquer que seja o regime em que prestem a sua actividade.

CAPÍTULO II

Disposições gerais

Artigo 4.º

Conceitos

1 — Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo 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.

2 — Enfermeiro é 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 de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

3 — Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

4 — Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

Artigo 5.º

Caracterização dos cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
 - d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
 - e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- 4) Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:
 - a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
 - b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
 - c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
 - d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
 - e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.

CAPÍTULO III

Acesso ao exercício profissional

Artigo 6.º

Autorização do exercício

O exercício da profissão de enfermagem é condicionado pela obtenção de uma cédula profissional, a emitir pela Associação Profissional dos Enfermeiros.

Artigo 7.º

Relevância da autorização de exercício

A titularidade de cédula profissional válida e eficaz constitui pressuposto de que foram obrigatoriamente verificados todos os condicionalismos requeridos para o exercício da actividade profissional dos enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Exercício e intervenção dos enfermeiros

Artigo 8.º

Exercício profissional dos enfermeiros

1 — No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

2 — O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

3 — Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Artigo 9.º

Intervenções dos enfermeiros

1 — As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

2 — Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3 — Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

4 — Para efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais:

- a) Organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;
- b) Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade;
- c) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- d) Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/

doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário;

- e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;
- f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;
- g) Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

5 — Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.

6 — Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

- a) Organizand, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros;
- b) Avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- c) Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados;
- d) Dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem;
- e) Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;
- f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem;
- g) Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

Artigo 10.º

Delegação de tarefas

Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO V

Direitos, deveres e incompatibilidades

Artigo 11.º

Dos direitos

Os enfermeiros têm direito:

- 1) Ao livre exercício da sua profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do

- código deontológico, das leis vigentes e dos regulamentos do exercício de enfermagem;
- 2) A serem ouvidos na elaboração e aplicação da legislação respeitante à profissão em particular e à saúde em geral, a nível central, regional e local, através das respectivas estruturas representativas;
 - 3) A que a entidade empregadora se responsabilize pelo especial risco a que estão sujeitos no decurso da sua actividade profissional;
 - 4) A que sejam cumpridos os princípios referentes a prescrições e orientações de outros técnicos de saúde e protocolos daí decorrentes;
 - 5) Ao cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes possam ser aplicáveis e que tenham sido ratificadas pelos órgãos de soberania competentes;
 - 6) A serem respeitado o direito de objecção de consciência nas situações legalmente protegidas;
 - 7) A ser substituídos após cumprimento da sua jornada de trabalho;
 - 8) A usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia profissional;
 - 9) A beneficiar de condições de acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional;
 - 10) A ser informados dos aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e comunidade ao seu cuidado;
 - 11) A beneficiar das garantias e regalias de outros trabalhadores de saúde do sector onde exerçam a profissão, quando mais favoráveis.

Artigo 12.º

Dos deveres

Os enfermeiros estão obrigados a:

- 1) Apoiar todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem;
- 2) Respeitar a decisão do utente de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta, salvo disposição especial da lei;
- 3) Respeitar e possibilitar ao utente a liberdade de opção em ser cuidado por outro enfermeiro, caso tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde;
- 4) Esclarecer o utente e os seus familiares, sempre que estes o solicitem, sobre os cuidados que lhe prestam;
- 5) Assegurar por todos os meios ao seu alcance a manutenção da vida do utente em caso de emergência;
- 6) Manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não forem substituídos, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados;
- 7) Solicitar o apoio de outros técnicos, sempre que exigível por força das condições do utente;
- 8) Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão;
- 9) Comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde do utente ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão;

- 10) Exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados e cumprir os mandatos, só podendo haver interrupção quando devidamente justificada;
- 11) Colaborar em todas as iniciativas que sejam de interesse ou de prestígio para a profissão.

CAPÍTULO VI

Disposições finais

Artigo 13.º

Revisão

O REPE será revisto no prazo de cinco anos contados da sua entrada em vigor, devendo ser recolhidos os elementos úteis resultantes da sua aplicação para introdução das alterações que se mostrem necessárias.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

As disposições contidas no presente decreto-lei que não sejam susceptíveis de aplicação imediata entram em vigor com o Estatuto da Associação Profissional dos Enfermeiros.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 29 de Maio de 1996. — *António Manuel de Oliveira Guterres* — *Mário Fernando de Campos Pinto* — *Artur Aurélio Teixeira Rodrigues Consolado* — *José Eduardo Vera Cruz Jardim* — *Eduardo Carrega Marçal Grilo* — *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina* — *Maria João Fernandes Rodrigues* — *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues* — *Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho*.

Promulgado em 14 de Agosto de 1996.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 21 de Agosto de 1996.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

ANEXO 4 – DECRETO-LEI 412/98 DE 30 DE DEZEMBRO

administração de uma freguesia, o respectivo produto é distribuído da seguinte forma:

- a) 50% para o município;
- b) 25% para a Guarda Nacional Republicana;
- c) 25% para a Polícia de Segurança Pública.

3 — Compete ao município proceder à cobrança da coima e ao posterior rateio do respectivo produto pela forma estabelecida nos números anteriores.

Artigo 30.º

Direito subsidiário

Em tudo que não estiver previsto neste capítulo aplica-se subsidiariamente o disposto:

- a) No Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro;
- b) No Código Penal e no Código de Processo Penal.

CAPÍTULO IX
Disposições finais

Artigo 31.º

Modelos

O requerimento para inumação, cremação e trasladação a que se refere o artigo 4.º obedece aos modelos previstos nos anexos I e II ao presente diploma.

Artigo 32.º

Norma revogatória

1 — São revogados o Decreto-Lei n.º 274/82, de 14 de Julho, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 62/83, de 2 de Fevereiro, e pelo Decreto-Lei n.º 43/97, de 7 de Fevereiro, e os Despachos Normativos n.ºs 171/82, de 16 de Agosto, e 28/83, de 27 de Janeiro.

2 — São também revogadas as normas jurídicas constantes do Decreto n.º 48 770, de 18 de Dezembro de 1968, e dos regulamentos dos cemitérios que contrariem o disposto no presente diploma.

Artigo 33.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor 60 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 5 de Novembro de 1998. — *António Manuel de Oliveira Guterres* — *António Luciano Pacheco de Sousa Franco* — *Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho* — *Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho* — *João Cardona Gomes Cravinho* — *José Eduardo Vera Cruz Jardim* — *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina* — *Elisa Maria da Costa Guimarães Ferreira*.

Promulgado em 14 de Dezembro de 1998.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 16 de Dezembro de 1998.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA TRASLABAÇÃO DE CADAVERES OU OSSADAS

Nome: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Morada: _____ Código Postal: _____
 Documento de identificação (1) _____
 Número Fiscal _____
 Venho, na qualidade de (2), _____ e nos termos dos artigos 1.º e 4.º do Decreto-Lei n.º / 98, de _____, requerer (3) _____
 a trasladação de: _____
 de: _____
 Nome: _____
 Estado Civil à data da morte: _____
 Residência à data da morte: _____
 que se encontra no Cemitério de _____
 e se encontra no Cemitério de _____
 a fim de ser: _____
 - enterrado em paragem: _____
 - cremado em necrópio: _____
 - cremado: _____
 de _____ de _____ de _____
 (Local e data)
 (Assinatura)
 Despacho da Autarquia Local com sua administração, ou _____
 ou a comissão onde se encontra _____
 a celebrar em _____
 e a celebrar em _____
 Data de celebração da trasladação: _____ de _____ de _____
 (1) Bilhete de identidade ou passaporte
 (2) Residente das situações previstas no artigo 1.º (residente, sempre sobrevivente, pessoa que resulte com o falecido em condições análogas as dos cônjuges, herdeiros, ascendentes ou descendentes)
 (3) Autarquia Local sob cuja administração está o cemitério onde se encontra o cadáver ou as ossadas

ANEXO II

REQUERIMENTO PARA INUMAÇÃO OU CREMAÇÃO

Nome: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Morada: _____ Código Postal: _____
 Documento de identificação (1) _____
 Número Fiscal _____
 Venho, na qualidade de (2), _____ e nos termos dos artigos 2.º e 4.º do Decreto-Lei n.º / 98, de _____, requerer (3) _____
 a inumação de cadáver: _____ em sepultura: _____
 a cremação: _____ local de consumação aeróbica: _____
 no cemitério _____ de _____
 de: _____
 Nome: _____
 Estado Civil à data da morte: _____
 Residência à data da morte: _____
 de _____ de _____ de _____
 (Local e data)
 (Assinatura)
 Despacho _____
 Inumação efectuada em _____ de _____ de _____
 Cremação efectuada em _____ de _____ de _____
 (1) Bilhete de identidade ou passaporte
 (2) Residente das situações previstas no artigo 1.º (residente, sempre sobrevivente, pessoa que resulte com o falecido em condições análogas as dos cônjuges, herdeiros, familiares ou quaisquer outras situações)
 (3) Autarquia Local sob cuja administração está o cemitério onde se pretende proceder à inumação ou cremação

Decreto-Lei n.º 412/98

de 30 de Dezembro

O Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, aprovou o regime legal da carreira de enfermagem, dotando-a de mecanismos adequados à natureza da profissão e às características do seu exercício.

Porém, mais de cinco anos volvidos após a entrada em vigor daquele diploma, torna-se urgente introduzir algumas alterações pontuais reveladas pela experiência da sua aplicação e, do mesmo modo, procede-se a uma revalorização salarial.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas e as organizações sindicais representativas dos trabalhadores.

Assim:
Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º e do n.º 5 do artigo 112.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

Os artigos 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º, 11.º, 13.º, 14.º, 15.º, 24.º, 26.º, 29.º, 34.º, 35.º, 37.º, 40.º, 44.º, 48.º, 56.º e 63.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 4.º

Níveis e categorias

São os seguintes os níveis e categorias da carreira de enfermagem:

- a) O nível 1, que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado;
- b) O nível 2, que integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe;
- c) O nível 3, que integra a categoria de enfermeiro-supervisor.

Artigo 5.º

Remuneração base

1 — As remunerações das categorias e cargos previstos no presente diploma são fixadas com base no valor do índice 100 constante de portaria do Primeiro-Ministro e do Ministro das Finanças.

2 — Às categorias indicadas no artigo anterior correspondem as remunerações base constantes da tabela anexa ao presente diploma, que dele faz parte integrante.

3 — A remuneração base mensal do cargo de enfermeiro-director é correspondente ao índice 330.

4 — Sempre que os enfermeiros integrem órgãos de gestão, serão remunerados nos termos do que estiver previsto para os membros daqueles órgãos.

Artigo 6.º

Áreas de actuação

- 1 —
- 2 —
- 3 — À área de actuação de assessoria técnica corresponde o cargo de assessor de enfermagem.

Artigo 7.º

Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista

1 — Ao enfermeiro e ao enfermeiro graduado compete:

- a) Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, de acordo com quadros de referência institucionais;
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i)
- j)
- k)

2 — Ao enfermeiro especialista (nível 2) compete desempenhar o conteúdo funcional inerente às categorias de nível 1 e ainda o seguinte:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i)
- j)

Artigo 8.º

Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor e do cargo de enfermeiro-director

- 1 —
- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i)
- j)
- k)
- m)
- n)
- o)
- p)
- q)
- r)
- s)
- t)
- u)
- 2 —
- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i)
- j)
- k)
- l)
- m)
- n)
- o)
- p)
- q)
- r)
- s)
- 3 —
- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)

- h)
- i)
- j)
- k)
- m)
- n)

4 — Ao enfermeiro-director de serviço de enfermagem compete:

- a) [Corresponde à alínea a) do anterior n.º 5.]
- b) [Corresponde à alínea b) do anterior n.º 5.]
- c) [Corresponde à alínea c) do anterior n.º 5.]
- d) [Corresponde à alínea d) do anterior n.º 5.]
- e) [Corresponde à alínea e) do anterior n.º 5.]
- f) [Corresponde à alínea f) do anterior n.º 5.]
- g) [Corresponde à alínea g) do anterior n.º 5.]

Artigo 9.º

Conteúdo funcional do cargo de assessor de enfermagem

Ao assessor de enfermagem compete o seguinte:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i)
- j)
- k)

Artigo 10.º

Condições de ingresso

O ingresso na carreira de enfermagem faz-se:

- a) Pela categoria de enfermeiro, de entre os que possuam o título profissional de enfermeiro;
- b)

Artigo 11.º

Condições de acesso

1 — O provimento na categoria de enfermeiro graduado depende da permanência de um período de seis anos de exercício de funções na categoria de enfermeiro com avaliação de desempenho de *Satisfaz*, sem prejuízo do disposto no artigo 59.º

2 — A categoria de enfermeiro graduado adquire-se automática e oficiosamente na data em que se encontram reunidos os requisitos referidos no número anterior, vencendo-se o direito à respectiva remuneração no dia 1 do mês seguinte ao da aquisição daquela categoria.

3 — O acesso à categoria de enfermeiro especialista faz-se de entre enfermeiros e enfermeiros graduados habilitados com um curso de especialização em Enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem, independentemente do tempo na categoria, e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

4 — O acesso à categoria de enfermeiro-chefe faz-se de entre enfermeiros graduados e enfermeiros especia-

listas que sejam detentores de seis anos de exercício profissional com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e que possuam uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em Enfermagem;
- b) Curso de Administração de Serviços de Enfermagem ou a secção de administração do curso de Enfermagem Complementar;
- c) Um curso de especialização em Enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio;
- d) Curso no âmbito da gestão que confira, só por si, pelo menos, o grau académico de bacharel, iniciado até à data da entrada em vigor do presente diploma.

5 — (Actual n.º 4):

- a) Curso de estudos superiores especializados em Enfermagem;
- b)
- c) Curso no âmbito da gestão que confira, só por si, pelo menos, o grau académico de licenciado, iniciado até à data da entrada em vigor do presente diploma;
- d) Curso de especialização em Enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em Enfermagem.

6 — (Actual n.º 9.)

7 — (Actual n.º 10.)

8 — (Actual n.º 11.)

Artigo 13.º

Preenchimento do cargo de enfermeiro-director

1 — O enfermeiro-director de serviço de enfermagem é nomeado, em comissão de serviço, de entre enfermeiros-supervisores ou actuais assessores técnicos de enfermagem, por despacho ministerial, mediante proposta do dirigente máximo do serviço, ouvido o órgão de apoio técnico de enfermagem, quando exista.

2 —

3 — A comissão de serviço mencionada no n.º 1 do presente artigo terá a duração de três anos e poderá ser renovada por períodos de idêntica duração.

4 —

Artigo 14.º

Cessação da comissão de serviço do cargo de enfermeiro-director

A cessação da comissão de serviço do cargo de enfermeiro-director determina, quando do regresso à categoria de que é titular, o posicionamento no índice remuneratório imediatamente superior.

Artigo 15.º

Preenchimento do cargo de assessor de enfermagem

1 — O assessor de enfermagem é provido de entre enfermeiros-supervisores, independentemente do tempo na categoria, enfermeiros-chefes e enfermeiros especialistas com três anos nas respectivas categorias

ou no conjunto das duas com avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

2 — O assessor de enfermagem é nomeado, em regime de comissão de serviço, por despacho ministerial, delegável por períodos até um ano, renováveis, tendo em conta as necessidades que deram origem à nomeação inicial.

3 — A nomeação referida no número anterior deve ser precedida de publicitação no *Diário da República* do cargo a prover, podendo os candidatos, no prazo de 10 dias, apresentar as respectivas candidaturas, acompanhadas obrigatoriamente do currículo profissional.

4 — As candidaturas são analisadas por uma comissão composta, no mínimo, por três elementos designados pelo órgão dirigente máximo do estabelecimento ou serviço.

5 — A comissão referida no número anterior procederá à selecção sumária, mediante a discussão dos currículos com os candidatos.

6 — Os fundamentos da ordenação obtida, bem como os critérios adoptados, devem constar de acta, que é fornecida em certidão a qualquer candidato que a solicite.

7 — O tempo de serviço prestado em regime de comissão de serviço nos termos do presente artigo é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e promoção na carreira.

Artigo 24.º

Constituição e composição do júri

1 —
2 — O júri é composto por um presidente e por dois vogais efectivos, nomeados de entre enfermeiros integrados na carreira de enfermagem, pertencentes ao próprio estabelecimento ou serviço, salvo em situações devidamente justificadas.

3 —
4 — Nenhum dos membros do júri pode ter categoria inferior àquela para que é aberto concurso.

5 — O presidente do júri terá obrigatoriamente categoria superior àquela a que o concurso respeitar, salvo o disposto nos n.ºs 6 e 7 deste artigo.

6 —
7 — Nos concursos para a categoria de enfermeiro especialista, pelo menos um dos vogais efectivos e um dos suplentes deverá ser detentor de formação na área de especialização para que o concurso é aberto ou detentor de formação em outras áreas de especialização, sempre que não existam profissionais habilitados naquela área.

Artigo 26.º

Funcionamento do júri

1 —
2 —
3 —
4 — Os interessados têm acesso, nos termos da lei, às actas e aos documentos do procedimento concursal.
5 —
6 —

Artigo 29.º

Conteúdo do aviso de abertura

1 —
a)
b)

- c)
- d)
- e)
- f)
- g)
- h)
- i)
- j)
- l)
- m)
- n)
- o)
- p)
- q)

2 — Entende-se por sistema de classificação final o conjunto de regras constituído pelas médias aritméticas simples ou ponderadas, das classificações a atribuir a cada um dos métodos de selecção a utilizar, pelos factores que os integram e respectivos índices de ponderação.

3 — (Actual n.º 2.)

4 — (Actual n.º 3.)

Artigo 34.º

Métodos de selecção

1 —
a)
b)

2 — Os resultados obtidos na aplicação dos métodos de selecção serão classificados de 0 a 20 valores.

3 —
4 — Nos concursos para a categoria de enfermeiro e de enfermeiro especialista o método de selecção utilizado é o de avaliação curricular.

5 — Nos concursos para as categorias de enfermeiro-chefe e enfermeiro-supervisor serão obrigatoriamente utilizados os métodos referidos nas alíneas a) e b) do n.º 1.

Artigo 35.º

Objectivos dos métodos de selecção

1 —
a)
b)
2 —

Artigo 37.º

Classificação final dos candidatos

1 —
2 —
3 —
4 —
5 —
6 —
7 —
8 — Havendo igualdade de classificação nos concursos externos, preferem sucessivamente os candidatos possuidores de melhor nota final nos cursos de formação básica ou pós-básica exigidos para a admissão ao concurso e que desempenhem funções no estabelecimento ou serviço interessado.
9 —

Artigo 40.º

Prazos

Na contagem dos prazos estabelecidos no presente capítulo será observado o regime previsto no Código do Procedimento Administrativo.

Artigo 44.º

Casos em que é considerada a menção qualitativa da avaliação de desempenho

1 — A menção qualitativa da avaliação do desempenho é obrigatoriamente considerada na progressão e promoção na carreira.

2 — A menção qualitativa atribuída nos termos do número anterior é relevante, para todos os efeitos legais, até à atribuição de nova menção.

Artigo 48.º

Avaliadores para atribuição da menção qualitativa

- 1 —
- 2 —
- 3 —
- 4 —
- 5 —
- 6 — A avaliação do desempenho do assessor técnico de enfermagem é efectuada pelo assessor técnico de enfermagem que exercer funções de enfermeiro-director.
- 7 — O enfermeiro-director e o assessor de enfermagem não estão sujeitos à avaliação do desempenho nos termos previstos neste diploma.

Artigo 56.º

Regras de organização, prestação e compensação de trabalho

- 1 —
- 2 —
- 3 —
- 4 —
- 5 —
- 6 —
- 7 — Os enfermeiros em regime de jornada contínua têm direito, para além do intervalo a que se refere o número anterior, a dois períodos de descanso, nunca superiores a quinze minutos.
- 8 — Os períodos de descanso referidos no número anterior não podem coincidir com o início ou o fim da jornada de trabalho.
- 9 — (Actual n.º 7.)
- 10 — (Actual n.º 8.)
- 11 — (Actual n.º 9.)
- 12 — As disposições constantes dos números anteriores que não sejam susceptíveis de aplicação imediata serão objecto de regulamentação pelos órgãos competentes.

Artigo 63.º

Formação contínua

- 1 —
- 2 —
- 3 —

4 — Depois de cada triénio de serviço efectivo, os assessores de enfermagem, os enfermeiros-supervisores, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas poderão ser dispensados da prestação do seu trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica.

- 5 —
- 6 —
- 7 —
- 8 —

Artigo 2.º

Transições

1 — Os enfermeiros integrados na categoria de enfermeiro e posicionados nos 1.º e 2.º escalões transitam na categoria e no escalão actualmente detidos.

2 — Os enfermeiros integrados na categoria de enfermeiro e posicionados no escalão 2 transitam para a categoria de enfermeiro graduado à medida que perfizerem seis anos de serviço, sem prejuízo do disposto no artigo 59.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

3 — Os enfermeiros graduados, enfermeiros especialistas, enfermeiros-chefes e enfermeiros-supervisores transitam na categoria e no escalão actualmente detidos.

4 — Os enfermeiros integrados na categoria de enfermeiro e posicionados nos escalões 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 transitam para a categoria de enfermeiro graduado, sendo posicionados, respectivamente, nos escalões 1, 2, 3, 4, 5 e 7.

5 — Os enfermeiros abrangidos pelo número anterior que beneficiassem de uma expectativa de progressão mais favorável relativamente à respectiva regra de transição têm direito, sem prejuízo do disposto no n.º 7, a ser repositicionados no escalão imediatamente superior da categoria para a qual transitam.

6 — O direito ao escalão imediatamente superior referido no número anterior vence-se no dia 1 do mês seguinte àquele em que se concretizaria a progressão na categoria de enfermeiro.

7 — Os enfermeiros integrados na categoria de enfermeiro e posicionados no escalão 8 são repositicionados no escalão 7 da categoria de enfermeiro graduado, com efeitos reportados ao dia em que se concretizaria o direito à progressão para o escalão 9 de enfermeiro.

8 — Para efeitos de progressão na categoria de enfermeiro graduado dos enfermeiros que transitam nos termos do n.º 4, o tempo de serviço releva a partir da data da transição.

9 — A transição para os escalões obedece às seguintes formalidades:

- a) Cada estabelecimento ou serviço deve elaborar uma lista de transição para as novas categorias e cargos, a afixar em local apropriado e a possibilitar a sua consulta pelos interessados;
- b) Deve ser publicado no *Diário da República* o aviso de afixação da lista referida na alínea anterior;
- c) Da transição cabe reclamação para o órgão máximo do estabelecimento ou serviço no prazo de 15 dias a contar da data da publicação do aviso, a qual deve ser decidida em idêntico prazo.

Artigo 3.º

Situações especiais

Os recursos apresentados com fundamento na inversão das posições relativas detidas pelos enfermeiros

antes da entrada em vigor do presente diploma e que violem o princípio da coerência e da equidade que presidem ao sistema da carreira serão resolvidos por despacho conjunto dos ministros da tutela e das Finanças e do membro do Governo responsável pela Administração Pública.

Artigo 4.º

Concursos pendentes para a categoria de enfermeiro graduado

1 — Mantêm-se em vigor os concursos cujos avisos de abertura se encontrem publicitados até à data da publicação do presente diploma.

2 — Os enfermeiros candidatos aos concursos referidos no número anterior transitam, a 1 de Julho de 1998, de acordo com as regras previstas no artigo 2.º do presente diploma, sem prejuízo de serem reposicionados de acordo com o seguinte:

- a) Os concorrentes que tenham sido ou vierem a ficar classificados dentro dos lugares vagos que ocorram até 1 de Julho de 1998 e que beneficiassem da expectativa de aquisição de um posicionamento indiciário superior ao que resulte da transição prevista no n.º 4 do artigo 2.º do presente diploma têm direito a ser reposicionados no escalão cujo índice esteja imediatamente a seguir ao que resultaria da promoção;
- b) O reposicionamento previsto na alínea anterior produz efeitos a partir da data do trânsito em definitivo do acto homologatório da lista classificativa final.

Artigo 5.º

Período de faseamento

1 — A aplicação dos novos índices remuneratórios fica sujeita a um processo de faseamento de acordo com o disposto nos mapas I a IV anexos ao presente diploma, do qual fazem parte integrante.

2 — O período de faseamento não prejudica a normal progressão e promoção na carreira, sendo aplicado, nestas situações, o valor do índice remuneratório que estiver em vigor.

3 — Durante o período de faseamento a que se refere o número anterior, é garantida a aposentação calculada com base no valor final do índice correspondente ao escalão a que os enfermeiros teriam direito na data do facto determinante da aposentação.

Artigo 6.º

Actualização de quadros ou mapas de pessoal

Por efeito da aplicação do disposto no presente diploma, consideram-se automaticamente alterados os quadros ou mapas de pessoal de enfermagem das instituições a que se refere o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

Artigo 7.º

Remuneração base do cargo de enfermeiro-director

1 — A remuneração base do cargo de enfermeiro-director a que se refere o n.º 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, na actual redacção, fica sujeita a um processo de faseamento de acordo com o disposto no número seguinte.

2 — Os enfermeiros-directores têm direito aos índices remuneratórios 310, 315, 320 e 330, respectivamente em 1 de Julho de 1998, 1 de Julho de 1999, 1 de Julho de 2000 e 1 de Dezembro de 2000.

3 — Aos enfermeiros-directores é aplicável o n.º 3 do artigo 5.º do presente diploma.

Artigo 8.º

Remuneração base do cargo de assessor de enfermagem

Aos enfermeiros que exerçam o cargo de assessor de enfermagem é atribuído o acréscimo de 5%, a incidir sobre a remuneração estabelecida para a respectiva categoria e escalão.

Artigo 9.º

Actuais assessores técnicos de enfermagem

1 — Os actuais assessores técnicos de enfermagem continuam integrados nos respectivos estabelecimentos em lugares a extinguir à medida que vagarem e são remunerados pelo índice 310.

2 — A aplicação do novo índice remuneratório fica sujeita a um processo de faseamento nos termos do disposto no número seguinte.

3 — Os actuais assessores técnicos de enfermagem têm direito aos índices remuneratórios 287, 300, 305 e 310, respectivamente em 1 de Julho de 1998, 1 de Julho de 1999, 1 de Julho de 2000 e 1 de Dezembro de 2000.

4 — Aos actuais assessores técnicos de enfermagem é aplicável o n.º 3 do artigo 5.º do presente diploma.

5 — Depois de cada triénio de serviço efectivo, os actuais assessores técnicos de enfermagem poderão ser dispensados da prestação do seu trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica.

Artigo 10.º

Norma revogatória

1 — É eliminado o artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

2 — É revogado o Decreto-Lei n.º 34/98, de 18 de Fevereiro.

Artigo 11.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, produzindo todos os efeitos remuneratórios à data de 1 de Julho de 1998.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 22 de Outubro de 1998. — *António Manuel de Oliveira Guterres* — *António Luciano Pacheco de Sousa Franco* — *Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho* — *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*.

Promulgado em 15 de Dezembro de 1998.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 16 de Dezembro de 1998.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

TABELA

(a que se refere o artigo 5.º)

Níveis	Categorias	Índices/escalões							
		1	2	3	4	5	6	7	8
3	Enfermeiro-supervisor	190	210	230	260	290	310	-	-
2	Enfermeiro-chefe	180	195	210	230	255	290	-	-
2	Enfermeiro especialista	145	160	175	190	205	225	250	285
1	Enfermeiro graduado	125	135	150	165	180	195	210	235
1	Enfermeiro	102	110	-	-	-	-	-	-

MAPA I

(a que se refere o n.º 1 do artigo 5.º)

Tabela a aplicar entre 1 de Julho de 1998 e 30 de Junho de 1999

Categorias	Índices/escalões							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Enfermeiro-supervisor	182	192	207	222	237	252	-	-
Enfermeiro-chefe	152	162	177	192	212	237	-	-
Enfermeiro especialista	137	147	157	172	187	202	222	-
Enfermeiro graduado	122	132	142	157	172	187	202	217
Enfermeiro que transitou para enfermeiro graduado	(b) 122	132	142	157	172	187	197	217
Enfermeiro	(a) 112	107	-	-	-	-	-	-

(a) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 3.

(b) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 4.

MAPA II

(a que se refere o n.º 1 do artigo 5.º)

Tabela a aplicar entre 1 de Julho de 1999 e 30 de Junho de 2000

Categorias	Índices/escalões							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Enfermeiro-supervisor	185	195	210	225	240	255	-	-
Enfermeiro-chefe	158	168	180	200	215	240	-	-
Enfermeiro especialista	140	150	160	175	190	205	225	-
Enfermeiro graduado	125	135	145	160	175	190	205	220
Enfermeiro que transitou para enfermeiro graduado	(b) 122	132	142	157	172	187	197	220
Enfermeiro	(a) 115	107	-	-	-	-	-	-

(a) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 3.

(b) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 4.

MAPA III

(a que se refere o n.º 1 do artigo 5.º)

Tabela a aplicar entre 1 de Julho e 30 de Novembro de 2000

Categorias	Índices/escalões							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Enfermeiro-supervisor	187	205	220	250	270	290	-	-
Enfermeiro-chefe	172	182	190	215	240	270	-	-
Enfermeiro especialista	143	157	165	180	195	210	230	250
Enfermeiro graduado	125	135	150	165	180	195	210	225
Enfermeiro que transitou para enfermeiro graduado	(b) 125	135	150	165	180	195	210	225
Enfermeiro	(a) 120	110	-	-	-	-	-	-

(a) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 3.

(b) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 4.

MAPA IV

(a que se refere o n.º 1 do artigo 5.º)

Tabela a aplicar a partir de 1 de Dezembro de 2000

Categorias	Índices/escalões							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Enfermeiro-supervisor	190	210	230	260	290	310	—	—
Enfermeiro-chefe	180	195	210	230	255	290	—	—
Enfermeiro especialista	145	160	175	190	205	225	250	285
Enfermeiro graduado	125	135	150	165	180	195	210	235
Enfermeiro que transitou para enfermeiro graduado	(b) 125	135	150	165	180	195	210	235
Enfermeiro	(a) 125	102	—	—	—	—	—	—

(a) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 3.

(b) Enfermeiros anteriormente posicionados no escalão 4.



DIÁRIO DA REPÚBLICA

Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

AVISO

Por ordem superior e para constar, comunica-se que não serão aceites quaisquer originais destinados ao *Diário da República* desde que não tragam aposta a competente ordem de publicação, assinada e autenticada com selo branco.

Os prazos para reclamação de faltas do *Diário da República* são, respectivamente, de 30 dias para o continente e de 60 dias para as Regiões Autónomas e estrangeiro, contados da data da sua publicação.

PREÇO DESTES NÚMERO 532\$00 (IVA INCLUIDO 5%)



IMPRESA NACIONAL-CASA DA MOEDA, E. P.

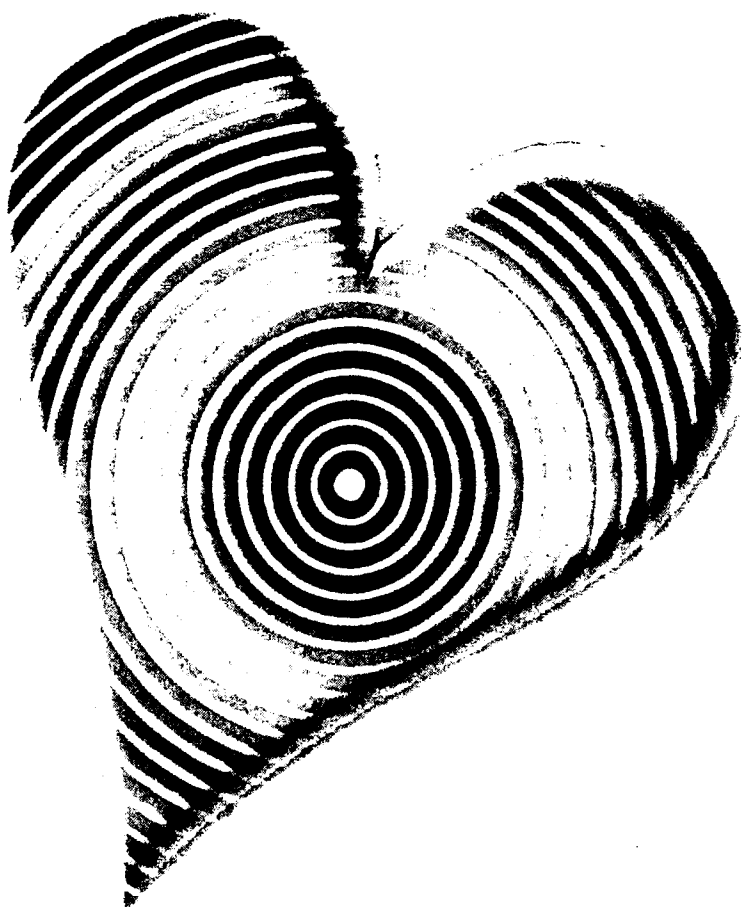
LOCAIS DE INSCRIÇÃO DE NOVOS ASSINANTES,
VENDA DE PUBLICAÇÕES,
IMPRESSOS E ESPÉCIMES NUMISMÁTICOS

- Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1099 Lisboa Codex
Telef. (01)387 30 02 Fax (01)384 01 32
- Rua da Escola Politécnica, 135 — 1250 Lisboa
Telef. (01)397 30 35/(01)397 47 68 Fax (01)396 94 33 Metro — Rato
- Rua do Marquês de Sá da Bandeira, 16-A e 16-B — 1050 Lisboa
Telef. (01)353 03 99 Fax (01)353 02 94 Metro — S. Sebastião
- Rua de D. Filipa de Vilhena, 12 — 1000 Lisboa
Telef. (01)796 55 44 Fax (01)797 68 72 Metro — Saldanha
- Avenida do Engenheiro Duarte Pacheco — 1070 Lisboa
(Centro Comercial das Amoreiras, loja 2112)
Telef. (01)387 71 07 Fax (01)353 02 94
- Avenida Lusíada — 1500 Lisboa
(Centro Colombo, loja 0503)
Telef. (01)711 11 19/23/24 Fax (01)711 11 21 Metro — C. Militar
- Praça de Guilherme Gomes Fernandes, 84 — 4050 Porto
Telef. (02)205 92 06/(02)205 91 66 Fax (02)200 85 79
- Avenida de Fernão de Magalhães, 486 — 3000 Coimbra
Telef. (039)82 69 02 Fax (039)83 26 30

Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://www.dr.incm.pt> • Correo electrónico: dre@incm.pt • Linha azul: 0808 200 110

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e assinaturas do «Diário da República» e do «Diário da Assembleia da República» deve ser dirigida à administração da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, E. P., Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1099 Lisboa Codex

ANEXO 5 – DECLARAÇÃO DE MUNIQUE



Declaração de Munique

Declaração de Munique

Enfermeiras e Enfermeiras Obstétricas: Uma força para a Saúde
17 de Junho de 2000

A 2ª Conferência Ministerial da OMS em Enfermagem e Obstetrícia na Europa consigna o papel único desempenhado pelos 6 milhões de enfermeiras e de enfermeiras obstétricas da Europa no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde. Desde a 1ª Conferência ministerial da OMS, que ocorreu em Viena há cerca de 12 anos, foram dados alguns passos que permitiram fortalecer o estatuto das enfermeiras e das enfermeiras obstétricas e tirar o máximo partido do seu potencial.

Enquanto Ministros da Saúde dos Estados Membros da Região Europeia da OMS participando na Conferência de Munique:

Acreditamos que as Enfermeiras e as Enfermeiras Obstétricas desempenham um papel - chave, e cada vez mais importante, nos esforços da sociedade para fazer face aos novos problemas da saúde pública assim como tem um papel essencial no assegurar cuidados de saúde de alta qualidade, acessíveis, equitativos, eficientes e adaptados que garantam (asseguem) a continuidade de cuidados e que tenham em conta os direitos e as novas necessidades das populações.

Pedimos insistentemente a todas as autoridades da OMS da Região Europeia que intensifiquem a sua acção no sentido de reforçar os cuidados de enfermagem e de obstetrícia através de :

- garantir a participação das enfermeiras e das enfermeiras obstétricas na tomada de decisão a todos os níveis do desenvolvimento e implantação das políticas de saúde;
- enfrentar os obstáculos, em especial os ligados à política de recrutamento, os resultantes do género e do estatuto e os relativos ao domínio médico;
- conferir incentivos económicos e oportunidades para evolução na carreira;
- desenvolver a educação inicial e a educação contínua e o acesso à educação superior em enfermagem e enfermagem obstétrica;
- criar oportunidades para que as enfermeiras, as enfermeiras obstétricas e os médicos estudem em conjunto a nível da formação inicial e da formação pós-graduação, para assegurar maior cooperação e trabalho interdisciplinar com o objectivo da prestação de melhores cuidados aos doentes;

- apoiar a investigação e a disseminação da informação de forma a desenvolver uma base de conhecimentos e de dados científicos para a prática de enfermagem e de enfermagem obstétrica;
- procurar oportunidades de estabelecer e suportar programas e serviços de enfermagem comunitária e de enfermagem obstétrica centrados na família, incluindo, quando apropriado, a Enfermeira de Saúde da Família;
- reforçar o papel das enfermeiras e das enfermeiras obstétricas em Saúde Pública, na Promoção da Saúde e no Desenvolvimento Comunitário.

Aceitamos que os compromissos e os esforços bem conduzidos para o fortalecimento da Enfermagem e da Obstetrícia nos nossos países, sejam suportados por:

- desenvolver estratégias globais de planeamento de efectivos para assegurarem o número adequado de enfermeiras e de enfermeiras obstétricas com bom nível de formação ;
- assegurar a existência de enquadramentos legislativos e de regulamentos necessários a todos os níveis do sistema de saúde;
- estimular as enfermeiras e as enfermeiras obstétricas para que trabalhem de forma racional e eficaz, no pleno uso das suas potencialidades, quer como profissionais autónomos quer como interdependentes.

Comprometemo-nos a trabalhar em parceria com todos os ministérios e organizações relevantes, governamentais e não governamentais, nacionais, regionais e internacionais, para concretizar as aspirações desta Declaração.

Contamos com o Departamento Regional da OMS para a Europa para contribuir para a orientação estratégica e para ajudar os Estados Membros a desenvolver mecanismos de coordenação que lhes permitam trabalhar em parceria com as agências nacionais e internacionais de modo a reforçar a enfermagem e a enfermagem obstétrica. Solicitamos ao Director Regional a divulgação regular de relatórios ao Comité Regional da Europa e a organização de uma 1ª reunião para monitorizar e avaliar o cumprimento da presente Declaração em 2002.

