



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

As competências de gestão no quadro de competências do enfermeiro de cuidados gerais: das conceções à prática

Edgar José Ribeiro Pereira

Coimbra, janeiro de 2019



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

As competências de gestão no quadro de competências do enfermeiro de cuidados gerais: das conceções à prática

Edgar José Ribeiro Pereira

Orientador: Professor Doutor Paulo Queirós (ESEnfC)

Coimbra, janeiro de 2019

"Aprende

A não esperar por ti pois não te encontrarás".

Sophia de Mello Breyner Andresen

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Paulo Queirós, pela orientação e por me ajudar a descobrir o caminho do pensamento expresso nesta dissertação de mestrado.

Agradeço aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor, pelo apoio e por perceberem o tempo que não passei junto deles.

Agradeço aos meus amigos, meus mágicos amigos, pela paciência, pelos infinitos incentivos e pelas inúmeras palavras de desafio e de troça com o intuito de me atirarem para a secretária para escrever. À Joana, em especial, pelas múltiplas leituras.

Agradeço aos enfermeiros que prontamente se disponibilizaram a dar os seus relatos, as suas opiniões, as suas ideias e a partilharem os seus dia-a-dias.

Agradeço aos enfermeiros de hoje, que me mostram todos os dias que é possível fazer a diferença, dentro e fora dos serviços.

Agradeço aos enfermeiros do amanhã, pela esperança.

RESUMO

Os novos modelos de gestão conferem às equipas autonomia para desenvolvimento de projetos, métodos de trabalho e criação de propostas de funcionamento institucional e a inclusão do enfermeiro neste novo panorama revela-se não só pertinente pelo seu papel nas organizações como também necessário para o desenvolvimento do seu conhecimento. A enfermagem encontra-se numa fase de reflexão e redefinição das suas funções e áreas de competência, verificando-se um paradigma de mudança na interação entre a enfermagem, as políticas de saúde e os princípios de gestão. Desta forma, revelou-se pertinente investigar de que forma os enfermeiros fazem uso de competências de gestão através de um exercício de análise documental e de recolha de dados através de entrevistas, comparando-os e delineando um conjunto de propostas que ajustam o quadro legal à realidade efetiva.

Palavras-chave: *enfermagem; gestão; competências.*

ABSTRACT

The new economic management models provide autonomy to teams so they are able to develop projects, work methods and create institutional proposals and the inclusion of nurses in this new scenario is not only pertinent for their role in organizations but also necessary for the development of their core knowledge. Nursing is in a phase of reflection and redefinition of its functions and areas of competence and we verify a paradigm change in the interaction between nursing, health policies and management principles. In this way, it was considered relevant to investigate how nurses make use of management skills by using a documentary analysis and data collection through interviews and then comparing them and outlining a set of proposals that adjust the legal framework to reality.

Keywords: *nursing; management; skills.*

ABREVIATURAS E SIGLAS

OE – Ordem dos Enfermeiros

nº - número

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMÁRIO

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	17
1.PERCURSO METODOLÓGICO	21
1.1.QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E DESENHO	22
1.2.OBJETIVOS E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	22
1.3.RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	22
1.3.1.Análise documental	23
1.3.2.Entrevistas: caracterização e seleção de informantes	23
2.RESULTADOS	25
2.1.ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	25
2.1.1.Evolução das conceções de enfermagem	25
2.1.1.1.Florence Nightingale	26
2.1.1.2.Virginia Henderson	28
2.1.1.3.Jean Watson.....	29
2.1.1.4.Dorothea Orem	30
2.1.1.5.Myra Estrin Levine	31
2.1.1.6.Madeleine Leininger.....	32
2.1.1.7.Afaf Meleis	34
2.1.1.8.Hesook Suzie Kim.....	35
2.1.2.Documentos reguladores da profissão de enfermagem em Portugal	37
2.1.2.1.Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros	37
2.1.2.2.Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais .	40
2.1.2.3.Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	46
2.1.2.4.Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão	54
2.2.ENTREVISTAS.....	56
2.2.1.Experiência profissional e contextos profissionais	57

2.2.2.Fatores de seleção para desempenho de funções na área da gestão	58
2.2.3.Prestação direta de cuidados e o desempenho de funções de gestão	60
2.2.4.Competências de gestão	62
2.2.5.Perspetiva do papel da formação e experiência profissional	64
2.2.6.Funções de gestão de enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros especialistas	65
2.2.7.Visibilidade do trabalho de gestão dos enfermeiros	67
3.DISSCUSSÃO	71
4.CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	81
BIBLIOGRAFIA	85

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista semiestruturada

APÊNDICE II – Grelha de entrevista

APÊNDICE III – Quadro global dos perfis dos enfermeiros submetidos a entrevista

APÊNDICE IV – Entrevista enfermeira A.M.

APÊNDICE V – Entrevista enfermeira T.L.

APÊNDICE VI – Entrevista enfermeiro M.N.

APÊNDICE VII – Entrevista enfermeira S.P.

APÊNDICE VIII – Entrevista enfermeira N.V.

APÊNDICE IX – Entrevista enfermeiro R.R.

APÊNDICE X – Triagem de dados colhidos

INTRODUÇÃO

No âmbito do ciclo de estudos conducente ao título de mestre em enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Gestão de Unidades de Cuidados da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi elaborada a presente dissertação. O contexto de elaboração do presente documento insere-se num período de profunda alteração e discussão relativas às competências atribuídas aos enfermeiros (e dito por enfermeiros, considera-se ambos os enfermeiros generalistas e enfermeiros com título de enfermeiro especialista), considerados genericamente como o pilar do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e as múltiplas mudanças a nível da estrutura e funcionamento das organizações.

Desta forma, dado a realidade atual da Enfermagem em Portugal, a pertinência de um estudo relativo ao quadro de competências dos enfermeiros revela-se necessário. Nesta sequência, a dissertação procurará dar resposta a uma questão de investigação intimamente relacionada com a referida problemática: “Como é que os enfermeiros de cuidados gerais fazem uso de competências de gestão no seu contexto prático, com conseqüente cumprimento, superação ou o não aproveitamento do quadro legal?”

O ser humano contemporâneo nasce, é educado, trabalha e frequenta uma multiplicidade de organizações ao longo do seu ciclo vital, dentro das quais se incluem as organizações que oferecem serviços de saúde e cuidados de enfermagem (Sousa, 1999). Face aos desafios das organizações num contexto socioeconómico como o atual, é necessário que todas as partes integrantes da organização contribuam para os seus interesses, verificando-se a alocação de enfermeiros para funções de gestão. É esta mobilização de enfermeiros que se revela uma problemática, dado que, nas diferentes conceções de enfermagem, muitas vezes não se incluem as funções de gestão.

Segundo Mendes (2008), “Ao procurar compreender o homem contemporâneo ocidental, somos obrigados a questionar as próprias origens da cultura moderna”, ou seja, todo o fruto da obra do homem deve ser enquadrado na sua cultura e nos fatores que o condicionam, que, segundo a mesma autora, assentam, principalmente, no ritmo e particularidades das civilizações, das instituições, mentalidades, políticas, ciclos económicos e das ciências. É comum afirmar-se que, neste momento, constituímos uma “sociedade de organizações” (Sousa, 1999), dado nascermos (maternidade/hospital),

estudarmos (instituições de ensino), trabalharmos (empresas, indústrias, serviços) e até mesmo frequentarmos múltiplas organizações ao longo do nosso ciclo vital (hospital, centro comercial, centro cultural, museu, restaurantes) – contudo verifica-se que a grande maioria das concetualizações de Enfermagem foca-se numa definição baseada nos cuidados à pessoa, às famílias e às comunidades, não prevendo o papel relevante que os enfermeiros possuem o nível das organizações onde se inserem.

Segundo Aguiar, Costa, Weirich, & Bezerra (2005), a enfermagem encontra-se numa fase de reflexão e redefinição das suas funções e, conseqüentemente, das suas áreas de competência, e é neste contexto de mudança que devemos olhar para a enfermagem, para as políticas de saúde e para os princípios de gestão. Segundo Fernandes, Spagnol, Trevizan, & Hayashida (2003), os novos modelos de gestão como o de gestão participativa e o de controlo da qualidade preconizam uma descentralização da tomada de decisão e uma aproximação dos diversos elementos das equipas – sendo conferida às equipas autonomia para desenvolvimento de projetos, métodos de trabalho e criação de propostas de funcionamento institucional. A inclusão do enfermeiro neste novo panorama revela-se não só pertinente pelo seu papel nas organizações como também necessário para o desenvolvimento do seu conhecimento e para a pertinência da sua intervenção no meio onde se insere (Aguiar et al., 2005).

Desta forma, revela-se pertinente uma análise do conhecimento desenvolvido relativamente à intervenção da enfermagem, desde as suas mais diversas conceções devidamente contextualizadas com o cenário socioeconómico da altura, para, posteriormente se realizar um levantamento da realidade contemporânea vivenciada nos contextos clínicos atuais que não só contemplam o utente e seu meio familiar, mas também a organização onde a pessoa é alvo dos cuidados de enfermagem. É esta análise de diferenças, interpretada à luz dos documentos reguladores da profissão de enfermagem em Portugal, que nos fará questionar acerca do quão adequado será ou não a inclusão de competências na área da gestão no quadro de competências do enfermeiro generalista.

Assim, com a elaboração da presente dissertação, é tido como objetivo determinar quais as competências de gestão atribuídas aos enfermeiros generalistas segundo os documentos reguladores da profissão, descrever quais as competências de gestão dos enfermeiros generalistas na prática e aferir se os enfermeiros generalistas fazem uso equivalente das competências de gestão descritas, se as superam ou se não fazem aproveitamento das mesmas.

A metodologia sob a qual assentará o desenvolvimento do presente estudo basear-se-á na análise de documentos reguladores da profissão de enfermagem e entrevista a enfermeiros portugueses destacados para a prestação direta de cuidados e com funções de coordenação de serviço. Desta forma, classifica-se o presente estudo como um estudo observacional descritivo com comparação entre o quadro regulamentar e as práticas efetivas, utilizando uma metodologia de análise documental e entrevistas semiestruturadas.

Constituem ainda como população do estudo os enfermeiros portugueses destacados para a prestação direta de cuidados e com funções de coordenação de serviço em estruturas hospitalares do SNS ou em estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Assim, a presente dissertação integrada no ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem inicia-se com um enquadramento concetual no qual se percorrerão as diferentes conceções de enfermagem ao longo da história da enfermagem moderna, segundo determinadas teóricas cujo contributo para a enfermagem tem significado substancial para uma posterior análise de conteúdos. Esta integração de um quadro concetual tem por objetivo a construção de um *core* teórico relativamente ao preconizado pela teoria da enfermagem relativamente à área de intervenção e às competências dos enfermeiros, que será tido em consideração aquando da realização de análise crítica dos resultados obtidos.

Posteriormente, serão apresentadas análises referentes a documentos reguladores do exercício da profissão de enfermagem em Portugal – os quais serão abordados segundo as competências dos enfermeiros portugueses neles preconizados.

De seguida, proceder-se-á à apresentação de dados recolhidos em entrevistas efetuadas a quatro enfermeiros generalistas com funções na área da gestão no serviço onde trabalham e dois enfermeiros especialistas nas mesmas funções.

Por fim, será realizado um exercício de reflexão crítica no qual serão combinados os conceitos assimilados no quadro concetual teórico (que inclui as questões teóricas da enfermagem segundo as diversas autoras ao longo da história e os pressupostos expressos nos documentos reguladores da profissão) e os elementos de relevo expressos nas entrevistas aos enfermeiros generalistas com funções de gestão nos seus serviços. Desta forma pretende-se comparar a realidade preconizada para a prática de enfermagem com a realidade efetivamente observada no que à assimilação

de funções de gestão diz respeito. Será após esta reflexão e comparação que se procederá à apresentação das conclusões derivadas do processo de discussão dos resultados e sua comparação com pressupostos teóricos e documentos legais, para, posteriormente, apresentar propostas de alterações a incluir nos documentos reguladores da profissão, se necessárias.

Em apêndice irão constar todos os formulários de entrevista com respectivas respostas. A cada apêndice numerado corresponderá uma entrevista a um determinado enfermeiro.

1. PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Poupart, Deslauriers, Groulx, Laparrière, Mayer e Pires (2012), os métodos de pesquisa constituem-se como uma parte diversificada e variável da história das ciências onde a delimitação e caracterização global daquilo que se denomina por “pesquisa qualitativa” se eleva como uma tarefa paradoxal – não surpreende, portanto que o investigador qualitativo tenha dificuldade em caracterizar sumariamente a abordagem a que ele próprio aderira. Nessa perspectiva, os autores consideram falso afirmar a existência de uma metodologia qualitativa ou quantitativa: existem pesquisas qualitativas ou quantitativas (ou ambas em simultâneo).

Emergem, assim, as questões: é possível caracterizar o qualitativo ou o quantitativo pela finalidade da pesquisa exclusivamente? Pode-se afirmar que a pesquisa qualitativa serve apenas para descrever ou explorar determinados aspetos, sendo incapaz de fornecer provas empíricas como apenas as pesquisas quantitativas podem fazer? (Poupart et al., 2012). Os mesmos autores concluem então que a pesquisa qualitativa só se caracteriza por se constituir a partir de material empírico qualitativo, ou seja, material não tratado sob a forma de números, em oposição à pesquisa quantitativa.

Poupart et al. (2012) caracteriza então a pesquisa qualitativa realçando a sua: flexibilidade de adaptação aquando do seu processo de desenvolvimento e de construção do objeto de investigação; capacidade de abordagem de objetos complexos como instituições sociais, grupos instáveis ou objetivos ocultos, por exemplo; capacidade de combinar diferentes técnicas de colheita de dados; capacidade de descrever em profundidade aspetos da vida social ligados à cultura e à experiência vivida; e a sua abertura para o mundo empírico, expressa através de uma valorização da exploração indutiva do campo de observação.

Segundo Guerra (2014) na investigação qualitativa podem-se enquadrar várias práticas de pesquisa diferenciadas das quais decorrem diversas formas de recolha, registo e de tratamento de material. Segundo Guerra (2014), as técnicas interpretativas, utilizadas nos métodos qualitativos, dão mais atenção ao significado dos fenómenos do que à sua frequência.

1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E DESENHO

O presente estudo foi elaborado partindo do método Participantes, Intervenção, Outcomes (Desfecho), (PIO), para construção e determinação da questão de investigação: “Como é que os enfermeiros de cuidados gerais fazem uso de competências de gestão aquando do seu contexto prático, com conseqüente cumprimento, superação ou não aproveitamento do quadro legal?”

Neste contexto, os Participantes (P) refere-se aos enfermeiros de cuidados gerais; a Intervenção (I) remete para o uso de competências de gestão; e os Outcomes (O) é a conseqüente correspondência, superação ou não aproveitamento do quadro legal aquando do seu contexto prático.

O Desenho do Estudo assume-se, assim, como um estudo observacional descritivo com comparação entre o quadro regulamentar e as práticas efetivas, utilizando uma metodologia de análise documental e entrevistas semiestruturadas. Atendendo ao facto que a pesquisa se baseia em material empírico qualitativo, posiciona-se o presente estudo na esfera da pesquisa qualitativa.

1.2. OBJETIVOS E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Desta forma, atendendo à questão de investigação, constituem-se como objetivos do estudo: determinar quais as competências de gestão atribuídas aos enfermeiros generalistas segundo os documentos reguladores da profissão; descrever quais as competências de gestão dos enfermeiros generalistas na prática; e aferir se os enfermeiros generalistas fazem uso equivalente das competências de gestão descritas, se as superam ou se não fazem aproveitamento das mesmas.

Ou seja, o estudo pretende refletir sobre a presente conceção de enfermeiro de cuidados gerais, com potencial impacto ao nível da visão do seu perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais e ao nível da visão das instituições relativamente ao papel ativo dos enfermeiros no seio das mesmas.

1.3. RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Constituem-se como metodologias de recolha de informação para o presente estudo a análise documental direcionada para as conceções teóricas de enfermagem e de

documentos de natureza reguladora da Ordem dos Enfermeiros, e a realização de entrevistas.

1.3.1. Análise documental

Para o esclarecimento da questão inicial e, considerando os objetivos, considerou-se importante proceder a uma pesquisa documental em dois vetores: o da evolução das conceções de enfermagem e o dos documentos reguladores no contexto do estudo em Portugal.

Assim, considerámos, nas conceções, as perspetivas de Florence Nightingale, Virginia Henderson, Jean Watson, Dorothea Orem, Myra Estrin Levine, Madeleine Leininger, Afaf Meleis e Hesook Suzie Kim – desta forma não só se coleciona um conjunto de diferentes conceções em termos de conteúdo como, também, um conjunto de conceções separadas no tempo, o que permite desenhar um fio condutor que espelhe a evolução das conceções de Enfermagem.

Em relação aos documentos normativos, consideraram-se os documentos legais da Ordem dos Enfermeiros que estabeleciam uma ligação às questões relacionadas com as competências dos enfermeiros. Nessa ótica, os documentos analisados foram o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão.

1.3.2. Entrevistas: caracterização e seleção de informantes

Segundo Guerra (2014), existe uma grande diversidade de objetos e contextos de utilização das entrevistas, assim como de suas conceções e estruturas.

Inicialmente, a população em estudo era composta por um conjunto de enfermeiros de cuidados gerais portugueses destacados para a prestação direta de cuidados e com funções de coordenação de serviço ou de apoio à chefia em estruturas integrantes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Desta população constituiu-se uma amostra de três (3) enfermeiros de cuidados gerais que foram submetidos a uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE I), cujas perguntas se referem a determinados tópicos e destinam-se à aquisição de determinada informação esperada, como se pode verificar

na grelha de entrevista elaborada (APÊNDICE II). Porém, após a realização das primeiras duas (2) entrevistas, verificou-se a necessidade de inclusão de enfermeiros especialistas destacados para a prestação direta de cuidados e que assumissem, também, funções de coordenação de serviço e apoio à chefia em simultâneo, para despistar se as visões e realidades vivenciadas pelos enfermeiros eram condicionadas pela detenção de título de especialista – nesta ótica, foram incluídos mais dois (2) enfermeiros especialistas e ainda mais uma (1) enfermeira de cuidados gerais, para além da enfermeira de cuidados gerais já previamente incluída, ainda não entrevistada.

Assim, considera-se como população do estudo o universo dos enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas portugueses destacados para a prestação de cuidados e com funções de coordenação de serviço ou de apoio à chefia no seu serviço, em estruturas organizacionais integrantes do SNS.

A amostra é constituída por seis (6) enfermeiros em destacados para a prestação de cuidados e com funções de coordenação de serviço ou de apoio à chefia no seu serviço, em estruturas organizacionais das regiões centro e sul, integrantes do SNS. Por sua vez, a amostra é constituída por quatro (4) enfermeiros de cuidados gerais e por dois (2) enfermeiros especialistas, com formação individual heterogénea e com diferentes experiências profissionais ao longo dos seus percursos profissionais – perfis sumários dos enfermeiros submetidos a entrevista encontram-se em APÊNDICE III.

Desta forma, à luz de Poupart et al (2012) podemos considerar o tipo de dados do estudo como sendo qualitativos, a modalidade de amostragem como sendo uma amostragem por caso múltiplo e o tipo de amostra como uma amostragem por homogeneização – ou seja, segundo Guerra (2014), trata-se de um estudo de um grupo homogéneo, cujo controlo da diversidade não é realizado face a elementos externos ao grupo selecionado, mas internamente.

Como podemos verificar através da análise dos perfis sumários dos enfermeiros entrevistados (APÊNDICE III), verificamos que existe uma grande diversidade nos seus contextos de trabalho, percursos profissionais e ao nível da sua formação – estas variáveis, terão, por isso, implicações ao nível das visões dos mesmos?

Assim, tendo por base a grelha de entrevista constante em APÊNDICE II, procedeu-se à realização de entrevista aos enfermeiros A.M. (APÊNDICE IV), T.L. (APÊNDICE V), M.N. (APÊNDICE VI), S.P. (APÊNDICE VII), N.V. (APÊNDICE VIII) e R.R. (APÊNDICE IX), efetuadas num período de tempo compreendido entre o dia 26 de janeiro de 2018 e 15 de junho de 2018.

2. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados recolhidos durante todo o percurso metodológico previamente descrito, sendo realizado um enquadramento concetual decorrente da análise das diferentes conceções de enfermagem ao longo da história, uma análise aos documentos legais para a profissão de enfermagem que se revelaram pertinentes para o estudo e um conjunto de entrevistas.

2.1.ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Perante os objetivos previamente enunciados para a presente dissertação integrada no ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem, revela-se necessário a realização de um enquadramento teórico por forma a formar um core teórico que servirá de base para a análise crítica a realizar.

Neste enquadramento serão analisadas diferentes conceções de enfermagem defendidas por múltiplas teóricas ao longo da história e documentos regulares da profissão de enfermagem em Portugal.

2.1.1.Evolução das conceções de enfermagem

A procura da essência da enfermagem e a tentativa de a definir tem vindo a dar origem a diferentes conceções de enfermagem ao longo da história. Estas conceções são fortemente influenciadas pelas personalidades das suas autoras, mas também pelas condições socioeconómicas da época em que foram formuladas, não excluindo também o background cultural de cada uma como um fator de maior relevância. Verifica-se, contudo, que ao longo dos anos, as teorias evoluem tendo por base as conceções anteriores, complementando o conhecimento anterior com novas luzes trazidas pelo desenvolvimento científico-humanístico.

Segundo Tomey e Alligood (2003), a teoria é importante quer para a disciplina de enfermagem (diretamente ligada ao ensino da enfermagem) quer para a profissão

(campo prático). As mesmas autoras (Tomey & Alligood, 2002), definem teoria como todo um grupo de conceitos que se interrelacionam e dos quais resultam ações condutoras das práticas. Ou seja, a teoria produz uma influência direta na componente prática, sendo que esta última produz questões que são problematizáveis e que dão origem a investigação e produção de conhecimento, com consequente produção de novos conceitos que irão ter uma influência nos conceitos pré-definidos e que constituem a teoria, alterando a teoria.

É por isso importante definir-se filosofia de enfermagem: esta dá a conhecer o significado de fenómenos de enfermagem através da sua análise, contribuem para os conhecimentos de enfermagem dando indicações à disciplina e constituindo os princípios básicos do saber profissional de forma a originar um novo entendimento teórico (Tomey & Alligood, 2002). Contudo, filosofia de enfermagem é diferente de modelos conceituais de enfermagem, dado estes serem um conjunto de conceitos, definições e proposições interrelacionados por forma a criar uma perspetiva lógica e sequencial de observação de fenómenos (Tomey & Alligood, 2002).

Desta forma, torna-se pertinente uma análise das principais teorias de enfermagem para uma compreensão das práticas e sua respetiva evolução.

2.1.1.1.Florence Nightingale

Segundo Tomey e Alligood (2003), Florence Nightingale nasceu a 12 de maio de 1820, no seio de uma família aristocrata inglesa. Durante a sua infância, recebeu uma educação muito mais rigorosa e completa que a maioria das crianças recebiam no seu tempo: constam-se aulas de matemática, línguas, religião e filosofia – disciplinas que, posteriormente, teriam um forte impacto na sua conceção de enfermagem (Tomey & Alligood, 2003).

Nightingale refere que o conteúdo daquilo que escreve pretende dar pistas de reflexão para a mulher que tem a seu cargo a saúde de outrem e que o mesmo se adequa pois as mulheres, ou pelo menos a maioria, têm, em algum período da sua vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, seja criança ou inválido: toda a mulher é uma enfermeira (Tomey & Alligood, 2003). Referem ainda que Nightingale havia envergado pela enfermagem pois mencionara ter recebido um chamamento divino, tendo inclusive realizado a sua formação numa comunidade religiosa protestante que

atuava em instalações hospitalares em Kaiserwoth, na Alemanha (Tomey & Alligood, 2003).

Ou seja, verificamos que, inicialmente, a enfermagem assentava numa base de alicerces de natureza religiosa, resultado de “chamamento divino”, e numa visão que apenas admitia a figura da mulher como enfermeira, visto estar diretamente ligada ao papel social da mulher enquanto prestadora de cuidados num contexto familiar. Contudo, Nightingale (1859) expande o espectro das intervenções da enfermagem ao afirmar que a enfermagem não se podia limitar à administração de medicação e à aplicação de cataplasmas. Deste modo a autora acrescenta que enfermagem devia significar também “a utilização correta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta como da forma de a administrar – tudo com o mínimo de dispêndio da energia vital do doente” (p. 21)

Podemos então afirmar que a teoria de Florence Nightingale assentava na gestão do ambiente no qual a pessoa recebia os cuidados de enfermagem.

Segundo Murray e Zenther (1975), considera-se por “ambiente” a totalidade de condições e influências externas causadoras de impacto na vida e desenvolvimento de um organismo, sendo capazes de impedir, reprimir ou contribuir para a doença, ocorrência de acidentes ou para a morte. É ao colocarmos lado-a-lado a definição de Murray e Zenther com os focos ambientais descritos por Florence Nightingale (ventilação e aquecimento, condições sanitárias, ruídos, alimentação, iluminação e higiene dos quartos e higiene pessoal), que podemos afirmar que Nightingale se focou essencialmente em questões apenas relacionadas com o ambiente físico. Contudo verifica-se que a teórica também se preocupava com o modo como essas questões físicas influenciavam as questões emocionais e sociais do doente – presumia que estes aspetos eram parte integrante do ambiente do doente e que se interrelacionavam. De acordo com Fitzpatrick e Whall (1983), os elementos externos enunciados por Nightingale que afetam a saúde das pessoas doentes e saudáveis iam desde a alimentação à interação verbal e não-verbal com o doente, possuíam uma abrangência tal pouco era excluído da sua definição.

Tomey e Alligood (2003) mencionam ainda outra componente da teoria de Nightingale: gestão secundária. Segundo as autoras, Nightingale afirmava que à enfermeira era atribuída a responsabilidade de controlar o ambiente tanto física como administrativamente – ou seja, a enfermeira tinha de controlar o doente para o proteger de danos de natureza física e psicológica (gerindo visitas ou gerindo informações que o

pudessem perturbar) e que a enfermeira permanecia encarregue pelo ambiente mesmo quando não estava fisicamente presente, pois devia orientar as colegas que trabalhavam na sua ausência nesse mesmo sentido.

Um outro aspeto enunciado por Nightingale com uma transferência direta para a realidade atual dos contextos de saúde era a questão do controlo da infeção. Segundo ela, um ambiente sujo era fonte de infeção através da matéria orgânica que continha e que, apesar de um ambiente ser adequadamente ventilado, a presença de matéria orgânica criava zonas sujas – desta forma, os fluidos orgânicos deviam ser corretamente manipulados e despejados sem causar contaminação das superfícies, os doentes deviam tomar banho frequentemente e as enfermeiras deviam tomar banho diariamente, usar roupa limpa e lavar as mãos com frequência (Tomey & Alligood, 2003).

Nightingale (1859) afirmava então que condições sanitárias e de arquitetura deficientes, e uma organização administrativa com sucessivas lacunas impossibilitam a prática da enfermagem, mas a enfermagem deveria incluir essas mesmas condições de natureza organizacional que, por si mesmas, tornam possível a assistência de enfermagem.

2.1.1.2. Virgínia Henderson

Virgínia Henderson nasceu em 1897, no estado do Missouri, Estados Unidos da América, tendo revelado um denotado interesse pela Enfermagem aquando da Primeira Guerra Mundial (Tomey & Alligood, 2003).

Em *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education* (1966), Henderson apresentava uma definição de enfermagem de acordo com termos funcionais, afirmando que a única função da enfermeira era assistir o indivíduo doente ou saudável no desempenho das suas atividades diárias por forma a contribuir para a saúde, recuperação da mesma ou morte pacífica – atividades essas que seriam levadas a cabo sem auxílio se o indivíduo possuísse força, vontade e os conhecimentos necessários. Ou seja, para Henderson, o papel da enfermeira era acompanhar o indivíduo para um eixo de independência o mais rapidamente possível.

Henderson (1964) definia então a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem como um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou a morte pacífica, com a salvaguarda que corpo e mente são inseparáveis e a família é integrada na unidade que define a pessoa. Henderson e Nite (1978) referem que o estado de saúde do indivíduo pode ser definido pela capacidade em desempenhar catorze (14)

componentes dos cuidados de enfermagem (14 necessidades humanas), sem necessidade de assistência, sendo que cabe à enfermeira avaliar as suas necessidades face a essas mesmas 14 componentes.

Porém, segundo Safier (1977), Henderson admitia que as necessidades dos doentes eram passíveis de mudanças, bem como a definição de enfermagem. Ou seja, para a autora, as necessidades modificar-se-iam com as épocas, estando dependentes das alterações socioeconómicas, e o mesmo era aplicável à enfermagem – esta é modificada pela época em que é praticada, dependendo maioritariamente do que fazem os restantes profissionais de saúde.

2.1.1.3. Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson nasceu em West Virginia, tendo sido criada nos anos 40 e 50 numa família de 8 irmãos, numa comunidade familiar alargada (Tomey & Alligood, 2003). Dedicou grande parte da sua vida ao estudo da enfermagem numa perspetiva humanista, tendo sido fortemente influenciada pelos fatores de cura enunciados por Yalom, a partir dos quais formulou os seus 10 fatores do cuidar em enfermagem (Watson, 1979).

Segundo Watson (1979) existem 10 fatores de cuidar: 1-Formação de um sistema de valores humanista-altruísta; 2-Instilação da fé-esperança; 3-Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros; 4-Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança; 5-Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; 6-Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; 7-Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais; 8-Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio; 9-Auxílio na satisfação das necessidades humanas; e 10-Permissão de forças fenomenológicas-existenciais. Contudo, Watson defendia ainda que as enfermeiras devem, para além de atuarem sobre os fatores mencionados, de empreender ações de saúde de carácter preventivo através da realização de ensinamentos aos doentes relativo a quais as mudanças pessoais necessárias e como as fazer de forma a promover a saúde.

Segundo Tomey e Alligood (2003), a teoria de Watson fornece orientações essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem – como, por exemplo, o uso de si mesmo, identificação de necessidades do doente, o processo de cuidar e o sentido espiritual

humano – dotando as enfermeiras e os doentes de conceitos que potenciem a descoberta de significado e harmonia da relação.

2.1.1.4. Dorothea Orem

Dorothea Orem nasceu em Baltimore, Maryland, Estados Unidos da América, e realizou a sua formação académica na Universidade Católica da América. Durante o seu percurso de desenvolvimento académico, a autora desenvolveu a sua Teoria do Déficit do Autocuidado na enfermagem, sendo esta composta por outras três teorias: teoria do autocuidado (como e porquê de as pessoas cuidarem de si próprias); teoria do déficit do autocuidado (como é que as pessoas podem ser ajudadas); e teoria dos sistemas de enfermagem (quais as ações a serem desenvolvidas para que se produza enfermagem) (Tomey & Alligood, 2003).

Segundo Orem (1995), entende-se por autocuidado a prática de atividades desempenhadas dentro de espaços de tempo específicos, para seu benefício próprio e com o objetivo de preservar a vida e o funcionamento saudável, aliado à necessidade de continuidade de desenvolvimento e bem-estar pessoal. A autora considera ainda que existem seis requisitos de autocuidados considerados universais: 1-manutenção de uma ingestão suficiente de ar, alimentos e água; 2-cuidados associados processos de eliminação de excrementos; 3-manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso; 4-preservação de um equilíbrio entre solidão e momentos de interação social; 5-prevenção de riscos de vida; e 6-promoção de um funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial humano de cada um.

Segundo Tomey e Alligood (2003), o estado de doença e as lesões afetam estruturas específicas do corpo humano, o que leva a um impacto de todo o funcionamento humano integrado – o que pode, por isso, levar a uma diminuição da capacidade de atuação do indivíduo quer permanentemente, quer temporariamente, verificando-se um desvio de autocuidado.

Nesta perspetiva, a enfermagem leva a cabo um método de ajuda, isto é, uma série de ações levadas a cabo para ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para empreender alíes de regulação do seu funcionamento e desenvolvimento ou daqueles que lhe são dependentes (Tomey & Alligood, 2003). As ações de enfermagem podem variar desde: atuar por ou fazer por outrem; orientar e

dirigir; fornecer apoio físico ou de natureza psicológica; proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar (Orem, 1995).

Deste modo, podemos considerar que a Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem (assente sobre a teoria dos sistemas de enfermagem, teoria do déficit de autocuidado e teoria do autocuidado), tem como pressuposto a capacidade do enfermeiro em avaliar desvios funcionais da pessoa cuidada e gerir as capacidades da pessoa segundo um plano que a encaminhe para ganhos de capacidade no autocuidado. Cabe, então, ao enfermeiro, gerir as capacidades dos utentes e adequar o plano de enfermagem a levar a cabo e a metodologia a adotar cabo junto dele.

2.1.1.5. Myra Estrin Levine

Myra Estrin Levine realizou grande parte dos seus estudos na Universidade de Chicago, nomeadamente o seu curso de mestrado, numa época em que o currículo de Hutchins se encontrava a ser implementado nessa referida instituição de ensino: aos alunos era pedido que realizassem estudos nas áreas das ciências biológicas, ciências físicas, ciências sociais e nas humanidades, o que teria um grande impacto na obra e pensamento de Levine (Tomey & Alligood, 2003).

A autora, posteriormente, apresentou aquele que seria designado por Modelo de Conservação e assumiu como seus principais conceitos: totalidade (holismo), a adaptação e a conservação (Tomey & Alligood, 2003). Neste seguimento, revela-se pertinente a definição de cada um desses conceitos para uma melhor compreensão do pensamento de Levine.

Relativamente ao conceito de totalidade, Levine possuía uma visão em linha com a de Erikson: a necessidade de explorar partes do todo para conseguir compreender a totalidade do mesmo (Levine, 1996). A autora considerava que a integridade de um indivíduo se traduzia na sua unicidade e que as respostas que dele vem são integradas de uma forma singular nas mudanças ambientais a que é submetido (Tomey & Alligood, 2003).

Já o conceito de adaptação reside num processo de mudança através do qual a pessoa retém a sua integridade num contexto das realidades do seu ambiente externo e interno, sendo o seu estado de conservação o resultado da adaptação (Levine, 1973). Contudo, segundo a autora, não existe um estado de inadaptação mas sim diferentes graus de sucesso das adaptações levadas a cabo - segundo Levine (1991), o conceito de

adaptação é caracterizado pela sua historicidade e especificidade (cada espécie fixou padrões de resposta concebidos para assegurar o sucesso nas atividades essenciais de vida ao longo da história, sendo específica de cada espécie) e pela sua redundância (a perda de escolhas redundantes por trauma, envelhecimento, doença ou condições ambientais dificulta o processo de preservação da vida, sendo que a redundância falhada dos processos fisiológicos e psicológicos pode levar ao envelhecimento). A este nível, a pessoa desencadeia uma resposta do organismo, a qual traduz a capacidade de adaptação do indivíduo às condições ambientais – esta resposta pode compreender uma resposta de luta ou fuga, de resposta inflamatória, de resposta ao stress ou de consciência perceptual (Levine, 1973).

Conservação é tida como a descrição da forma como os sistemas complexos mantêm a sua capacidade de continuar a funcionar integralmente aquando de um estímulo desafiante: o objetivo deste mecanismo é a conservação da saúde e força para fazer face aos estados de incapacidade e regem-se por quatro objetivos (que constituem os objetivos do Modelo de Conservação): conservação da energia (Levine, 1990), conservação da integridade estrutural (Levine, 1996), conservação da integridade pessoal (Tomey & Alligood, 2003) e conservação da integridade social (Levine, 1969).

Levine (1991) define assim pessoa como um sistema único, expressando a organização de todas as partes que o constituem na sua totalidade, e que esta experimenta a vida através da adaptação com o objetivo major de conservação.

Face a todos estes pressupostos, cabe à enfermagem a participação ativa no ambiente de cada indivíduo doente, sendo o objetivo das suas intervenções fornecer apoio às adaptações da pessoa enquanto vivencia a situação de doença (Levine, 1966). Quando a intervenção de enfermagem favorece a adaptação (ou promove bem-estar social), então o enfermeiro demonstra um sentido terapêutico da sua ação, porém quando a resposta da pessoa não é favorável, cabe à enfermagem garantir cuidados de apoio – o papel do enfermeiro é promover a adaptação e manter a totalidade da pessoa (Levine, 1971).

2.1.1.6. Madeleine Leininger

Madeleine Leininger é considerada a fundadora da enfermagem transcultural, tendo sido a primeira enfermeira profissional com uma graduação em enfermagem a doutorar-se em antropologia cultural e social (Tomey & Alligood, 2003). Contudo, foi no seu

contexto prático profissional que Leininger ficou despertas para questões relacionadas com as formações culturais: observou diferenças nas formações culturais das crianças submetidas a tratamentos e cuidados psiquiátricos, diferenças essas inerentes a fatores culturais que careciam de compreensão e que influenciavam o comportamento das crianças (Tomey e Alligood, 2003).

Perante estas observações, Madeleine Leininger formulou a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidar Cultural (Leininger, 1991), assente sobre os seguintes pressupostos: 1 - o cuidado é a essência da enfermagem, sendo um ponto unificador, distinto, central e dominante; 2 - o cuidar é essencial para o estado de bem-estar, saúde, crescimento, cura, sobrevivência ou para a morte; 3 - o cuidar cultural é a forma holística de saber, explicar, interpretar e prever fenómenos do cuidar cultural por forma a desenvolver as práticas do cuidar em enfermagem; 4 - a enfermagem é uma disciplina científico-humanística do cuidar transcultural cujo o objetivo é servir as pessoas de todo o mundo; 5 - o cuidar é essencial ao tratamento e cura, não existindo cura sem cuidar; 6 - os conceitos, significados, expressões, padrões, processos do cuidar cultural e as formas estruturais são diversas e semelhantes entre todas as culturas do mundo; 7 - toda a cultura humana possui conhecimentos e práticas genéricas, que podem ser laicas, populares ou indígenas, sobre o cuidar e práticas do cuidar tidas como normais que variam transculturalmente; 8 - os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciadas (e são também parte integrante) pela visão do mundo, língua, contexto religioso, contexto social e de parentesco, contexto político, educativo, económico, tecnológico, etno-histórico e ambiental que constituem uma cultura específica; 9 - o cuidar culturalmente baseado é benéfico, saudável e satisfatório e contribui para o bem-estar do indivíduo, família e dos grupos e comunidades que fazem parte do seu ambiente; 10 - o cuidar em enfermagem congruente ou benéfico ocorre quando o indivíduo, grupo, família, comunidade ou os valores, expressões e padrões de cuidar cultural são conhecidos e adequadamente usados pelo enfermeiro na abordagem à pessoa; 11 - as diferenças e semelhanças do cuidar entre cuidadores profissionais e clientes (genericamente falando) existem em qualquer cultura do mundo; 12 - um cliente que recebe cuidados de enfermagem não congruentes com as suas crenças, valores e modos de vida irá demonstrar conflitos culturais através de falta de condescendência, preocupações éticas ou morais e situações de tensão; e 13 – o paradigma qualitativo fornece novas formas de conhecimento e diferentes formas de descobrir, transculturalmente, as componentes epistémicas e ontológicas do cuidar.

Foi a partir da sua teoria, que Madeleine criou o Modelo Sunrise, com o intuito de descrever as componentes essenciais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural (Tomey & Alligood, 2003). Segundo o Modelo de Sunrise, assume-se como princípio básico da teoria que a pessoa é inseparável dos seus antecedentes culturais, da estrutura social, linguagem e etnohistória, contexto ambiental e visão do mundo (Leininger, 1979). Fatores individuais como raça, idade, idade, género são incluídos nos fatores de estrutura social e as dimensões emocional e biológica são estudadas do ponto de vista holístico – ou seja, esta teoria pode ser utilizada no estudo de indivíduos, como também no estudo de famílias, comunidades ou diversas culturas (ou fenómenos de larga escala) (Tomey & Alligood, 2003).

Segundo Tomey e Alligood (2003), começa a evidenciar-se uma necessidade de a enfermagem se assumir como estando preparada para prestar cuidados culturalmente competentes, dado que, devido aos movimentos migratórios frequentes que se observam atualmente, a maioria das comunidades do mundo podem ser designadas como multiculturais. Segundo Tomey e Alligood (2003, p. 578), “Os imigrantes e as pessoas de culturas estranhas esperam que as enfermeiras respeitem e respondam aos valores, crenças, modos de vida e necessidades. As enfermeiras já não podem praticar enfermagem unicultural”.

Desta forma, podemos afirmar que a teoria de enfermagem transcultural tem significado atual e pertinente: a prestação de cuidados próprios de uma cultura é um novo objetivo, contudo, um objetivo necessário na enfermagem (Tomey & Alligood, 2003). Cabe por isso, ao enfermeiro encontrar formas de cuidar culturalmente competentes por forma a prestar um cuidado adequado, individualizado e holístico a cada pessoa de forma a garantir o processo de tratamento e cura.

2.1.1.7. Afaf Meleis

Segundo Meleis (2010), pode-se considerar como sendo uma transição, a passagem de uma fase da vida, condição ou status para um outro diferente, referindo-se a ambos o processo e o resultado da interação pessoa-ambiente¹ (Meleis, 2010, p. 76) (tradução).

¹ “A passage from one life phase, condition, or status to another... transition refers to both the process and the outcome of complex person-environment interactions” (Meleis, 2010, p. 76) (citação original).

A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desestabilizadores, com ruturas nas relações e rotinas, ou com ideias, percepções e identidades, induzindo formação de novos conhecimentos, alterações comportamentais e alterações do autoconceito e do papel social da pessoa que vivencia a transição (Meleis, 2010).

Deste modo surgem três categorias de transições: de desenvolvimento (relacionado com o processo de crescimento e/ou de envelhecimento); situacionais (ocorrência de nascimentos ou de mortes); saúde-doença (mudança súbita ou gradual de papéis resultante da passagem de um estado de saúde e bem-estar para um estado de doença e mudança súbita ou gradual de papéis resultante da passagem de um estado de doença para um estado de saúde e bem-estar); e, por fim, organizacionais (alterações no ambiente físico, social, político ou económico, bem como mudanças estruturais e de dinâmicas dentro de uma organização). Meleis, afirma assim, o papel do enfermeiro dentro de uma organização ao prever o papel do mesmo num tipo de transições que designa por “organizacionais”.

Para Meleis (2012), a enfermagem é definida por aspetos particulares, pela história da própria profissão, pelo contexto sociopolítico em que os cuidados de enfermagem são prestados e pela natureza da orientação dos enfermeiros, bem como da disciplina. Contudo, existem quatro focos permanentes que definem a Enfermagem enquanto ciência: a natureza da ciência de enfermagem enquanto ciência humana; os aspetos da prática de enfermagem; as relações de cuidado desenvolvidas entre os enfermeiros e os utentes; e uma perspetiva de alcance de saúde e bem-estar (Meleis, 2012).

Para Meleis (2012) as disciplinas são moldadas e refletem as conceções que lhes são dadas pelos seus próprios membros e pela sociedade em geral – assim, as várias definições de enfermagem podem conduzir o processo e os objetivos do desenvolvimento do conhecimento no âmbito da disciplina, definindo a estrutura da própria disciplina.

2.1.1.8. Hesook Suzie Kim

Segundo Hesook Suzie Kim (2012), o conhecimento teórico é um tipo de conhecimento que tem vindo a ser considerado como sendo fundamental para a formulação de estratégias generalizadas que levam à melhoria das condições humanas e à formulação de um conjunto de práticas especializadas de uma área específica tendo por base as evidências.

A mesma autora, refere ainda que ao longo dos anos se tem vindo a assistir a uma tentativa de estabelecer a enfermagem como uma ciência específica – Rogers referenciado por Kim (2010), referiu-se à enfermagem como uma ciência básica cujo foco é a unicidade dos seres humanos em constante interação com os seus ambientes, enquanto Barrett referenciado por Kim (2010) considera a enfermagem como um tipo de conhecimento disciplinar específico focado num processo composto pela tríade ser humano-universo-saúde, constantes encontradas nas várias evidências e teorias de enfermagem.

Segundo Kim (2010), a epistemologia da enfermagem é considerada a base a partir da qual todos os tipos de conhecimento necessários à prática da enfermagem podem e devem ser organizados e delineados – para a autora, este conhecimento é baseado na noção de que a enfermagem é uma disciplina humana de cariz prático talhada para responder às questões teóricas da disciplina e a cada um dos enfermeiros.

Kim (2010) propõe, assim, cinco tipos de necessidades cognitivas baseadas em quatro focos ontológicos do ser humano: necessidade cognitiva inferencial baseada na ontologia da natureza humana; necessidade cognitiva referencial baseada na ontologia das vivências humanas; necessidade cognitiva transformativa, baseada na ontologia da atividade humana; e necessidades cognitivas normativa e cognitiva diserativa, baseada na ontologia da prática – e a partir destas cinco necessidades cognitivas são gerados os tipos de conhecimento necessários à prática de enfermagem. Assim, Kim (2010) atribui: à necessidade cognitiva referencial a esfera do conhecimento hermenêutico situacional, estabelecendo, assim, uma ponte com o conhecimento proveniente da análise e procura de respostas a questões subjetivas do “viver” (como a necessidade de atribuição de sentido) enquanto ser humano, sendo por isso um conhecimento referencial e não inferencial dado que nos oferece compreensão, sensibilidade e pontos de vista que permitem o entendimento subjetivo das experiências de cada um e do próprio enfermeiro (a chave para a individualização dos cuidados); à necessidade cognitiva transformativa a esfera do conhecimento hermenêutico crítico, referindo-se ao conhecimento derivado das capacidades de interpretação, capacidade crítica e dos resultados provenientes das experiências de emancipação; à necessidade cognitiva normativa, a esfera do conhecimento ético, ao qual se atribui o conhecimento necessário em enfermagem para se determinar o que é normalmente expectável e o que é que se aspira a alcançar na prática, sendo um tipo de conhecimento que abrange os parâmetros normativos gerais e específicos da prática de enfermagem, os seus valores e os seus campos de intervenção ética; à necessidade cognitiva diserativa remete a

ontologia da prática, ou seja, a forma de apresentação e de expressão pessoal, conhecimento estético.

Kim define assim como pressupostos da enfermagem: os seres humanos são seres complexos; é impossível conhecer os seres humanos no seu todo; a mutualidade é necessária à prática da enfermagem; a prática de enfermagem assenta em conhecimento científico e princípios normativos, morais e estéticos; o conhecimento em enfermagem é complementar e inclusivo e não competitivo e exclusivo; e o conhecimento em enfermagem é um conhecimento de síntese que releva dos conhecimentos apenas pelo acesso à prática (Kim, 2010).

Assim, Kim (2015) define a prática de enfermagem como: dirigida por objetivo; deliberativa; orientada para a ação; é um trabalho para e com os utentes; pressupõe partilha de realidades ontológicas das características humanas e da vida entre utentes e enfermeiros; envolve utentes e enfermeiros como agentes humanos; engloba aspetos de resolução de problemas científicos e tecnológicos; pressupõe ligação humano-a-humano; é um serviço a pacientes com as suas necessidades especiais; e ocorre em situações sociais de cuidados de saúde nas quais os enfermeiros assumem determinadas responsabilidades.

2.1.2.Documentos reguladores da profissão de enfermagem em Portugal

Como meio intermédio entre as conceções teóricas relativas ao que é entendido por enfermagem, qual o objeto e o objetivo da enfermagem e quais são as competências e funções dos enfermeiros (e de que forma estas são caracterizadas) e a prática efetiva de enfermagem, surgem os documentos reguladores da profissão. São estes documentos que realizam uma tentativa de transposição do core teórico que nos chega até à atualidade para a realidade prática, constituindo-se como a teorização da prática.

Ou seja, passar-se-á a analisar os documentos orientadores da prática profissional, cujas raízes se baseiam no conhecimento teórico. Como já mencionado anteriormente, são eles os o REPE, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão.

2.1.2.1.Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Segundo o decreto-lei número (nº) 161/96 de 4 de setembro, a enfermagem apresentou uma evolução ao nível da formação base relativamente à complexidade do seu exercício profissional e ao valor do papel do enfermeiro dentro da comunidade científica em saúde e na qualidade e eficácia dos cuidados de saúde. Assume-se, assim, o inegável impacto do papel do enfermeiro na garantia da qualidade dos cuidados. É a partir desta base concetual na qual se baseia o decreto supra referido que se constitui e define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros – constitui-se, assim, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

De realçar que, segundo o REPE, são abrangidos por este regulamento todos os enfermeiros que exerçam a sua atividade no território nacional, independentemente do seu regime de atividade. É também um documento vinculativo para todas entidades empregadoras públicas, privadas, cooperativas e sociais do território nacional.

Segundo a OE (1996), a Enfermagem é a profissão da área da saúde que tem como princípio a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo de todo o seu ciclo vital e aos grupos sociais onde este está integrado de forma a não só melhorar, mas também de forma a manter e a recuperar saúde – ajudando-os, assim, a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível. O mesmo autor acrescenta ainda que cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes levadas a cabo pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

Desta forma, coloca-se então a questão: quais são as qualificações profissionais de um enfermeiro?

Em resposta a esta interrogação, o REPE faz uma caracterização sumária dos cuidados de enfermagem. Declara que estes são caracterizados pela interação enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (pois estabelecem uma relação de ajuda com o utente), por fazerem uso de uma metodologia científica e por atuarem de acordo com o grau de dependência do utente (no sentido de substituir e completar as competências funcionais da pessoa, orientar e supervisionar cuidados, promover a intervenção de técnicos mais especializados e de avaliar os resultados das intervenções a que a pessoa é submetida).

Posteriormente, no artigo 9º do REPE, a OE enuncia as intervenções dos enfermeiros. Nesta ótica, torna-se importante a realização de uma distinção entre cuidados de enfermagem e as intervenções dos enfermeiros: apesar de aos enfermeiros ser atribuída a prestação de cuidados de enfermagem, a eles são também atribuídos uma

série de funções no âmbito dos cuidados de saúde que nem sempre pressupõem uma efetiva prestação direta de cuidados ou que, por outro lado, incluem os momentos anteriores e posteriores aos mesmos.

Segundo o artigo 9º, as intervenções dos enfermeiros são designadas como sendo interdependentes, mas também como sendo autónomas (OE, 1996). Consideram-se como intervenções as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, conjuntamente com outros técnicos, por forma a alcançar um objetivo comum decorrente de um plano elaborado por uma equipa multidisciplinar na qual os enfermeiros se integram (OE, 1996). Por sua vez, as intervenções designadas por autónomas são todas as ações realizadas pelos enfermeiros sob sua única e exclusiva iniciativa responsabilidade, dentro do espetro das suas qualificações profissionais, nas áreas da prestação de cuidados, ensino, formação, assessoria ou gestão, sempre à luz do conhecimento decorrente da investigação em enfermagem (OE, 1996).

O mesmo artigo, no ponto 4, faz menção às intervenções de enfermagem executadas à luz de diagnósticos de enfermagem, afirmando que os enfermeiros: organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções ao nível dos 3 níveis de prevenção; levam a cabo um processo de tomada de decisão relativamente a técnicas e meios a usar aquando da prestação de cuidados por forma a potenciar e rentabilizar os recursos existentes (incluindo aqui, também, os recursos familiares e comunitários); utilizam técnicas de enfermagem com o propósito de garantir a manutenção e recuperação das funções vitais da pessoa; coordenam e dinamizam atividades inerentes ao estágio do utente em saúde/doença nos contextos de internamento, ambulatório ou domiciliário; procedem à administração de terapêutica prescrita, atuando em conformidade com os seus efeitos, e agindo em caso de emergência com os conhecimentos e qualificações que detém por forma a recuperar as funções vitais ou a mantê-las; participam na elaboração de protocolos de normas e critérios para administração de medicação e tratamentos; e realizam ensinamentos ao utente sobre a administração e utilização de medicamentos e tratamentos (OE, 1996).

De acordo com o ponto 5 do artigo 9º do REPE, cabe ainda ao enfermeiro a realização, promoção e participação em trabalhos de investigação que tenham como objetivo o desenvolvimento da enfermagem e da área da saúde em geral (OE, 1996).

Já no ponto 6, verifica-se a afirmação do enfermeiro como tendo um papel de relevo nas áreas da investigação, formação e assessoria e gestão. Nesta visão, assume-se que o

enfermeiro: organize, coordene, execute, supervisione e avalie a formação dos enfermeiros; avalie e proponha recursos humanos para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecendo critérios e normas de atuação e que avalie o desempenho de outros enfermeiros; proponha protocolos e sistemas de informação que sejam adequados para a prestação de cuidados às pessoas; emita pareceres relativos a instalações, materiais e equipamentos entre outros recursos necessários à prestação de cuidados de enfermagem; colabore na elaboração de protocolos entre instituições de saúde e instituições de ensino; participe na avaliação de necessidades das populações e de recursos de enfermagem existente, propondo a política geral para o exercício da profissão, formação e ensino em enfermagem; promova e participe em estudos de forma a contribuir para reestruturações, atualizações e valorização da profissão de enfermagem (OE, 1996).

Na sequência dos cuidados e intervenções de enfermagem, surge, no Artigo 10º do REPE, a regulamentação da questão de delegação de tarefas por parte dos enfermeiros. Segundo o referido artigo, o enfermeiro só pode delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente. Deve ter em atenção que a delegação só pode acontecer quando o pessoal a quem delega revela a preparação necessária para as executar – deve o enfermeiro, por isso, realizar uma avaliação prévia da capacidade efetiva de a quem vai delegar – sendo necessário atentar na natureza da tarefa e no grau de dependência de cuidados de enfermagem do utente (OE, 1996).

2.1.2.2.Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Segundo OE (2012), o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais foi construído tendo por base o documento *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse* e consiste numa compilação de um total de 96 competências definidas e agrupadas.

O documento assenta em três pressupostos descritos no seu preâmbulo: o exercício profissional da Enfermagem é centrado na relação entre o enfermeiro e a pessoa (ou grupos de pessoas, como família e comunidade), com respeito pelos desejos, crenças e valores individuais decorrentes das condições em que a pessoa vive out se desenvolveu; a tomada de decisão do enfermeiro deve ser sistémica e sistemática, devendo seguir um método que se inicia na identificação de uma necessidade de cuidados, seguida do planeamento e implementação de um conjunto de intervenções por forma a evitar riscos, detetar antecipadamente problemas potenciais e contribuir

para a resolução dos problemas identificados; a prática de enfermagem deve ter como base os princípios humanistas de respeito pela liberdade e dignidade da pessoa, bem como pelos seus valores, respeitando os deveres previstos pelo Código Deontológico. Assim, e de acordo com o Artigo 1º, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais define o perfil de competências do enfermeiro generalista (OE, 2012). Segundo o Artigo 2º, esse perfil de competências devem ter um enquadramento regulador de modo a que sejam certificadas para que os cidadãos tomem conhecimento acerca do que podem esperar por parte de um enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012).

O enfermeiro possui assim três domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; prestação e gestão dos cuidados; e desenvolvimento profissional (OE, 2012).

Ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais considera como competências o desenvolver uma prática profissional responsável (demonstrando um exercício seguro, responsável, profissional e consciente do seu contexto de intervenção, assente num corpo de conhecimento e numa atitude de avaliação constante por forma a promover uma tomada de decisão fundamentada) e o exercício de enfermagem respeitando os quadros ético, deontológico e jurídico (OE, 2012). Relativamente a esta última competência, são ainda discriminados, no Anexo I do documento supra referido, os seus critérios de competência que assentam: no exercício da enfermagem de acordo com o Código Deontológico; no envolvimento nas tomadas de decisão éticas; na defesa dos direitos humanos; respeito pelo direito à informação, à privacidade e à escolha e autodeterminação dos cuidados; aborda práticas de cuidados que possam por em causa os princípios de segurança, privacidade e dignidade da pessoa; identifica e intervém sobre práticas de risco; reconhece a influência das suas próprias crenças e valores na sua prestação de cuidados; respeita os valores, crenças, costumes e práticas da pessoa cuidada; presta cuidados considerados culturalmente sensíveis; assume uma prática que respeita a legislação em vigor; assume uma prática de acordo com as normas locais e nacionais quando estas não colidem com os princípios expressos no Código Deontológico dos enfermeiros; e reconhece e atua nas situações da prática de enfermagem que constituem infração da Lei ou do Código Deontológico (OE, 2012).

Relativamente ao segundo domínio de competências preconizado, Prestação e gestão de cuidados, uma das grandes competências descritas é a de atuar de acordo com os fundamentos para a prestação e gestão dos cuidados (OE, 2012). Neste sentido, é

esperado que o enfermeiro: aplique os conhecimentos e técnicas mais adequados aquando da sua prática; incorpore na sua prática resultados de investigação válidos entre outras evidências; inicie e participe em discussões relativas a inovações e mudanças nos cuidados de enfermagem e de saúde; aplique técnicas de resolução de problemas e o seu pensamento crítico; tome decisões devidamente fundamentadas aquando do contexto da prestação de cuidados; forneça a fundamentação para os cuidados prestados; seja capaz de gerir o seu trabalho, gerindo eficazmente o seu tempo; compreenda os processos de direito que se prendem com os cuidados em saúde; atue como um recurso para indivíduos, famílias e comunidades em situações de desafios de saúde, deficiência ou morte; apresente informação de forma objetiva e sucinta; interprete adequadamente os dados objetivos e subjetivos e seus significados, garantindo uma prestação de cuidados segura; e compreenda os planos de atuação em emergências para situações de catástrofe (OE, 2012).

A segunda competência que se encontra descrita refere a ideia principal de que o enfermeiro “Contribui para a promoção da saúde”, através da mobilização de conhecimentos de natureza técnico-científica por forma a formular diagnósticos de situação, aquando do estabelecimento de planos de ação decorrentes de políticas de saúde e políticas sociais (OE, 2012). Assim, o enfermeiro dota as populações de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores num processo de educação das comunidades que visa a capacitação para a tomada de decisão adequada à promoção ou manutenção de um estado de saúde (OE, 2012). Nesta ótica e face à natureza do domínio de competência supra descrito, é tido como critério de competência do enfermeiro de cuidados gerais: demonstração de compreensão das políticas de saúde e políticas sociais; a capacidade de trabalho com outros profissionais e com as comunidades; consideração pelas diversas determinantes de saúde, tendo uma visão holística do indivíduo, família e comunidade; participação e avaliação de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; atuação no sentido de dar poder ao indivíduo, família e comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis; fornecimento de informação de saúde relevante por forma a ajudar os indivíduos, famílias e comunidades a alcançarem níveis ótimos de saúde e de reabilitação; demonstração de uma compreensão das práticas tradicionais e dos sistemas de crenças em saúde dos indivíduos, populações e comunidades; uma atitude de apoio para com o desenvolvimento ou manutenção das capacidades por forma a promover a independência dos indivíduos; reconhecimento do potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem; aplicação do conhecimento sobre estratégias de

ensino e de aprendizagem nas interações com indivíduos, famílias e comunidades; e avaliação da aprendizagem e de práticas relacionadas com a saúde (OE, 2012).

Ao nível da terceira competência, “Utiliza o Processo de Enfermagem”, faz referência à competência do enfermeiro para a formulação de diagnósticos de enfermagem, elaboração de planos de cuidados fundamentados e realização da avaliação de todo o processo implementando as alterações necessárias por forma a promover a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2012). Relativamente a este domínio, constituem-se como critérios de competência: a capacidade de efetuar, sistematicamente, uma apreciação sobre os dados pertinentes à conceção dos cuidados de Enfermagem; a realização de uma análise, interpretação e devida documentação de dados com exatidão; o facto de formular um plano de cuidados em colaboração com os clientes e cuidadores (quando estes últimos são figura integrante); se consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais; se garante que o cliente e os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados prestados; a capacidade de estabelecer prioridades para os cuidados em colaboração com os clientes e seus cuidadores (quando estes últimos existem); se identifica resultados esperados e o respetivo intervalo temporal para que estes sejam atingidos ou revistos, num processo de colaboração com os clientes e cuidadores; se revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e cuidadores; se documenta o processo de cuidados; se implementa os cuidados de Enfermagem planeados com o fim de atingir resultados esperados; o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem de uma forma que respeite os limites de uma relação profissional com o cliente; se documenta a implementação das intervenções; a capacidade de dar uma resposta eficaz em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente; a capacidade de responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe; se avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados; se colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados; e se demonstra uma utilização dos dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados (OE, 2012).

O enfermeiro faz recurso de capacidades interpessoais e de uma comunicação apropriada por forma a estabelecer uma relação terapêutica com ambos o cliente e seu cuidador – assim se define a quarta competência incluída no segundo domínio de competência constante no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2012), “Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes”. Considera-se que o enfermeiro de cuidados gerais competente ao nível deste domínio aquele que pode ser incluído nos seguintes critérios:

inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e cuidadores, pelo recurso a comunicação apropriada e capacidades interpessoais; comunica consistentemente informação relevante, correta e compreensível, relativa ao estado de saúde do cliente, de forma escrita, oral e eletrónica, no respeito pela sua área de competência; assegura que a informação fornecida ao cliente e aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara; responde de forma apropriada às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência; comunica com o cliente e familiares, de forma a dar-lhes poder; utiliza as tecnologias de informação disponíveis, de forma eficaz e apropriada; e demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde (OE, 2012).

Também inserida no segundo domínio de competência encontra-se “Promove um ambiente seguro”, baseado no descritivo de que o enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência entre a pessoa e o ambiente, procurando conhecer com acuidade o seu campo de ação, recorrendo estratégias para garantia da qualidade e para gestão do risco (OE, 2012). Para isso, cabe ao enfermeiro: criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco; utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais; garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas; implementar procedimentos de controlo de infeção; e o registo e comunicação de preocupações relativas à segurança às autoridades competentes (OE, 2012).

A sexta competência prevista no domínio da prestação e gestão de cuidados constitui-se como “Promove cuidados de saúde interprofissionais” – enfermeiro é o interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional, estando no centro dos cuidados com o cliente e seus cuidadores (quando estes se verificam), com estratégias de articulação baseadas numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática (OE, 2012). São critérios da referida competência: a aplicação do conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes; o estabelecimento e manutenção de relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa; a contribuição para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração; a valorização dos papéis e das capacidades de todos os elementos constituintes da equipa de saúde e equipa social; a participação na tomada de decisão referente ao cliente juntamente com os restantes membros da equipa de saúde; a revisão e avaliação dos cuidados com os

membros da equipa de saúde; e a consideração pela perspetiva dos clientes e cuidadores na tomada de decisão por parte da equipa interprofissional (OE, 2012).

Por fim, a última competência descrita como “Delega e supervisiona tarefas”, tem em consideração que o enfermeiro avalia a necessidade e o tipo de cuidados a prestar ao cliente, e na sua priorização, assume a delegação de tarefas e a respetiva supervisão a pessoal funcionalmente dependente de si, assumindo a total responsabilidade pelos cuidados prestados (OE, 2012). São tidos como critérios de competência relativos à delegação e supervisão de tarefas: delegar atividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática; utilizar estratégias de suporte aquando da supervisão de aspetos dos cuidados delegados a outro; e manter responsabilidade quando delega aspetos dos cuidados a terceiros (OE, 2012).

O terceiro e último domínio de competências preconizado no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais é o domínio do Desenvolvimento Profissional, que integra as competências “Contribui para a valorização profissional”, “Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem” e “Desenvolve processos de formação contínua” (OE, 2012). Segundo o Anexo I do documento considerado, descreve-se a competência “Contribui para a valorização profissional” como a medida em que o enfermeiro assume o seu papel fulcral nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade ao seu espaço no trabalho pluriprofissional e assumindo a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal, constituindo-se como critérios de competência: a promoção e manutenção da imagem profissional da Enfermagem; defesa do direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas; a contribuição para o desenvolvimento da prática de Enfermagem; a valorização da investigação como um contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para aperfeiçoamento de padrões de qualidade dos cuidados; atuação como um modelo efetivo; e a capacidade de assumir a responsabilidade de liderança quando esta é relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem e dos cuidados de saúde (OE, 2012).

O mesmo anexo descreve também a competência “Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem”, tendo em consideração que o enfermeiro participa em programas de melhoria da qualidade e atua, simultaneamente, como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando novos conhecimentos sobre boas práticas de uma forma contínua. Assim, o enfermeiro utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem e participa em programas de

melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade, considerando estas ações como critérios de competência (OE, 2012).

Relativamente à competência “Desenvolve processos de formação contínua”, é expectável que o enfermeiro adote uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de necessidade de formação, de forma a procurar colocar-se na vanguarda da qualidade dos cuidados numa ótica de aperfeiçoamento contínuo das suas práticas: leva a efeito uma revisão regular da sua prática; assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida, pela manutenção e pelo aperfeiçoamento das competências; atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação; contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e de colegas; atua como um mentor ou tutor eficaz; e aproveita oportunidades de aprender em conjunto com os outros de forma a contribuir para os cuidados de saúde (OE, 2012).

2.1.2.3.Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), é tido por “Especialista” o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, segundo respostas humanas aos processos de vida e os problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

O conjunto de competências clínicas preconizadas para o enfermeiro especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e em competências específicas (OE, 2010). Nesta ótica, visa o perfil de competências comuns e específicas em prover um

enquadramento de natureza reguladora para a certificação das competências e para transmitir aos cidadãos o que podem esperar – sendo que a certificação de competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista detenha um conjunto de capacidades, conhecimentos e habilidades capaz de mobilizar em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas e a todos os níveis de prevenção (OE, 2010). Deve-se ter, por isso, em consideração: são tidas como “competências comuns” as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte ao exercício profissional especializado nos domínios de formação, investigação e assessoria; consideram-se “competências específicas” as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, sendo estas demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas; e que são designadas por “competências acrescidas”, as que possibilitam uma resposta dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, devido à complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, sendo estas certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas (OE, 2010).

No artigo 4º, são definidos os domínios de competências comuns aos enfermeiros especialistas, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). Procederemos, agora, à análise de cada uma das competências preconizadas, recorrendo aos anexos ao documento principal que contemplam, também, descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação de cada um dos domínios.

Relativamente ao domínio da responsabilidade ética e legal, assume como uma das competências nele integrada o “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, sob o descritivo que o enfermeiro demonstra um exercício seguro, profissional e ético, recorrendo a habilidades de tomada de decisão ético-deontológica, sendo uma competência que se baseia num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pelas preferências do cliente (OE, 2010)

Assim, surgem como primeira unidade desta competência, “o enfermeiro demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”, sustentada pelos seguintes critérios de avaliação: as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente; o juízo baseado no conhecimento e experiência tem impacto direto na tomada de decisão do enfermeiro; a autonomia de julgamento fundamentado reflete-se claramente no processo de tomada de decisão nas diversas situações da prática clínica; o enfermeiro tem papel ativo na construção da tomada de decisão em equipa; e as respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um leque de opções amplo e diversificado. Como segunda unidade desta competência considerou-se o princípio de que o enfermeiro “Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”, cujos critérios de avaliação são: o enfermeiro avalia as diferentes situações da sua prática usando técnicas de tomada de decisão; as decisões do enfermeiro são guiadas pelo Código Deontológico; o enfermeiro incorpora elementos de enquadramento jurídico no seu julgamento de enfermagem; e o enfermeiro assume-se como uma entidade promotora do o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde se integra. A terceira unidade de competência preconiza que o enfermeiro “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade”, pelo que assume como critérios de avaliação desta unidade: o enfermeiro demonstra ser capaz de desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade; o enfermeiro reconhece a sua própria competência na área da sua especialidade; demonstra-se ativo na iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão; e recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões tomadas. Como quarta e última unidade desta competência, considera-se que o enfermeiro “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”, estando, então, assente nos seguintes critérios de avaliação: o enfermeiro afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e o exercício de ponderação realizado; e o enfermeiro promove o desenvolvimento da prática especializada através avaliação e partilha de resultados do processo da sua tomada de decisão (OE, 2010).

Relativamente ao domínio da responsabilidade ética e legal, delineia como outra das suas competências “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, considerando que qualquer enfermeiro especialista demonstra uma prática respeitadora dos direitos humanos, que analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo, desta forma, a responsabilidade de gerir situações possam comprometer os seus clientes (OE, 2010).

Emergem, dentro deste domínio, duas unidades de competência: a que o enfermeiro “promove a proteção dos direitos humanos”; e que “gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”. Relativamente à primeira unidade, figuram os seguintes critérios preconizados: assume a defesa dos Direitos Humanos, de acordo com o Código Deontológico, relevando a sua área de especialidade; promove o respeito pelo direito dos clientes à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido; promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida, na equipa de Enfermagem onde está inserido; promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido; promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, no contexto da equipa de enfermagem onde está inserido; o enfermeiro reconhece e aceita os direitos dos outros; e procede no sentido de manter um processo efetivo de cuidado, perante o confronto com diferentes valores (OE, 2010). Quanto à segunda unidade, verificamos que um enfermeiro especialista: reconhece a necessidade de prevenção e identifica práticas de risco; adota e promove a adoção de medidas adequadas, com recurso às suas competências especializadas; demonstra uma conduta preventiva, antecipatória de intercorrências; é capaz de recolher e analisar informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, numa dimensão ética e deontológica; identifica as ações a serem levadas a cabo em circunstâncias específicas; e segue incidentes de prática insegura de forma a prevenir sua nova ocorrência (OE, 2010).

Posteriormente, é apresentado o domínio da “Melhoria da Qualidade”, que prevê como sua primeira competência o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica – ou seja, o enfermeiro especialista colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade, efetuando ainda a disseminação necessária à sua apropriação até o nível operacional (OE, 2010). Esta competência, pressupõe ainda a inclusão de duas unidades de competência: “Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade” e “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”. Quanto a “Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade”, é expectável que o enfermeiro especialista: participe na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional; desenvolva aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; colabore na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras

instituições; e comunica resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores. Quanto à segunda unidade de competência enunciada, é tido que o enfermeiro especialista detenha conhecimentos avançados relativamente às diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, que divulgue experiências avaliadas como sendo de sucesso e promova a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

A competência seguinte do domínio da “Melhoria da Qualidade” preconiza que o enfermeiro especialista concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, na qual, para o reconhecimento da melhoria da qualidade é necessário envolver análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliação de qualidade e implementação de programas que visem a melhoria contínua partindo dos resultados (OE, 2010). Uma das suas unidades de competência é “Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”, cujos critérios de avaliação definidos pressupõem que o enfermeiro especialista: acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade; define indicadores para medição válida da qualidade de acordo com as necessidades; utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao relativamente à organização, recursos humanos e materiais; efetua auditorias clínicas; e aplica instrumentos de avaliação de resultados (OE, 2010). A segunda unidade de competência definida é “Planeia programas de melhoria contínua”, na qual se preconiza que o enfermeiro especialista: identifique oportunidades de melhoria; estabeleça prioridades de melhoria; selecione estratégias de melhoria; e elabore guias orientadores de boas práticas (OE, 2010). A terceira unidade – “Lidera programas de melhoria” - pressupõe que o enfermeiro especialista: supervisione, de forma permanente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade; e normalize e atualize as soluções eficazes e eficientes (OE, 2010).

A terceira competência do domínio de “Melhoria da Qualidade”, baseia-se no pressuposto que a gestão do ambiente centrado na pessoa é condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente através da promoção da envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco – designa-se assim a competência “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010). Esta é subdividida em duas unidades de competência: “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo” e “Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”. Relativamente à primeira unidade, é preconizado que o enfermeiro especialista: promova a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural como parte das

percepções de segurança de um indivíduo ou grupo; promova a sensibilidade, consciência e respeito relativamente às necessidades espirituais do indivíduo ou grupo; envolva a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; demonstre conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes de acordo com a idade; promova uma aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos seus pares; promova a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes; promova a adesão à saúde e segurança ocupacional; e desenvolva medidas para a segurança dos dados e registos (OE, 2010). Quanto à segunda unidade de competência, o enfermeiro especialista deve: colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; envolver os colaboradores na gestão do risco; prevenir os riscos ambientais; desenvolver mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa; desenvolver os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano; criar mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos de gestão do risco; colaborar na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos; coordenar a implementação e manutenção de medidas para prevenção e controlo da infeção; e colaborar na elaboração de planos de emergência (OE, 2010).

Ao nível do domínio da gestão dos cuidados, estão preconizadas as competências “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando respostas de enfermagem e da equipa de saúde por forma a garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas) e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados) (OE, 2010).

Relativamente à primeira competência, esta pressupõe como unidade de competência que o enfermeiro especialista otimize o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (definindo, assim que o enfermeiro especialista seja capaz de disponibilizar assessoria aos enfermeiros e equipa, colaborar nas decisões da equipa multiprofissional, intervir melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar, e de reconhecer quando negociar com ou referenciar para outros prestadores

de cuidados de saúde) e como segunda unidade de competência, que o enfermeiro especialista oriente e supervisione as tarefas delegadas, por forma a garantir a segurança e a qualidade (o enfermeiro é assim capaz de orientar a decisão relativa às tarefas a delegar, criar guias orientadores de práticas a delegar, utilizar uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar, e supervisionar e avaliar os cuidados prestados perante uma delegação) (OE, 2010).

A segunda competência do domínio da gestão dos cuidados preconiza como uma das suas unidades de competência que o enfermeiro especialista demonstre capacidade para otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, a qual define como critérios de avaliação: conhecer e aplicar a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; fundamentar os métodos de organização do trabalho adequados; organiza e coordenar a equipa de prestação de cuidados; negociar os recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; avaliar os riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos; e utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade (OE, 2010). A outra unidade desta competência dita que o enfermeiro especialista adapta o seu estilo de liderança e que o adequa ao clima organizacional por forma a favorecer a melhor resposta do grupo e dos indivíduos, tendo como critérios de avaliação a demonstração de ser capaz de: reconhece e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa; promover um ambiente positivo que seja favorável à prática; aplicar estratégias de motivação da equipa potenciando um desempenho diferenciado; adaptar o estilo de liderança à maturidade de cada um dos colaboradores e às contingências necessárias; e fazer uso dos processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada (OE, 2010).

Quanto ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, define-se como primeira competência “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” - o enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento das relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2010). Esta competência pressupõe como primeira unidade de competência “Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, preconizando, assim, que o enfermeiro especialista: desenvolve o seu autoconhecimento de forma a potenciar a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa cliente e equipa multidisciplinar; gere as suas próprias idiossincrasias na construção dos processos de ajuda; reconhece os seus recursos e limites enquanto pessoa e enquanto profissional; e consciencializa a influência pessoal na relação profissional (OE, 2010).

Como segunda unidade de competência, surge “Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional”, que define como seus critérios de avaliação a capacidade de o enfermeiro especialista: desenvolver a congruência entre auto e heteropercepção; gerir sentimentos e emoções a fim de dar uma resposta eficiente; atuar eficazmente sob pressão; reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade; e de utilizar adequadamente estratégias para a resolução de conflitos (OE, 2010).

Como segunda competência do domínio previamente referido, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que o Enfermeiro Especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, ou seja, a sua praxis assenta em processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico válidos, atuais e pertinentes (OE, 2010). Como primeira unidade de competência, pressupõe que o enfermeiro especialista se responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na sua área da especialidade – atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em momentos formativos formais; diagnostica necessidades formativas; concebe e organiza programas formativos; potencia a aprendizagem, a destreza e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; e faz uma avaliação do impacto da formação (OE, 2010). Como segunda unidade de competência, considera-se que o enfermeiro especialista “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”: atuando como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática dos cuidados (visando ganhos em saúde); identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes para investigação; investigando e colaborando em estudos de investigação; interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; discutindo as implicações da investigação; e contribuindo para a formação de novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática especializada (OE, 2010). Por fim, a terceira e última unidade de competência descrita como “Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”, assenta nos seguintes critérios de avaliação: possui uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a sua prática especializada; demonstra conhecimentos, fazendo a sua aplicação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; rentabiliza oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas; recorre às tecnologias

de informação e a métodos de pesquisa adequados; e toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada (OE, 2010).

2.1.2.4. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão

Segundo a OE (2018), o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional e constitui-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela OE. Desta forma, foi elaborado o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão que define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor e os seus termos de certificação como competência acrescida avançada em Gestão, no âmbito da profissão de Enfermagem.

Neste sentido, a OE (2018) define assim Enfermeiro Gestor como o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da enfermagem como disciplina e profissão e no domínio específico da gestão, com uma competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área. O Enfermeiro Gestor possui, ainda, a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o ambiente organizacional, ao identificar e analisar os fatores contingenciais, que, direta ou indiretamente, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação (OE, 2018). O Enfermeiro Gestor agrega, também, valor económico à Organização da qual é parte, confere valor social aos enfermeiros e detém um papel, em primeira linha, na defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo ainda promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (OE, 2018).

O perfil do enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão integra, de forma cumulativa, as competências do enfermeiro especialista comuns e específicas, previamente adquiridas (OE, 2018).

O processo de gestão, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, desenvolve-se de acordo com grau de complexidade das funções, pelo que se podem escalar em três níveis distintos: nível estratégico ou institucional (gestão de topo de uma organização); nível tático ou intermédio (gestão de um conjunto de unidades ou serviços ou departamentos); e nível operacional (gestão de serviço) (OE, 2018). Já os domínios

da competência acrescida avançada em Gestão preconizados são o domínio da gestão e o domínio da assessoria e consultoria (OE, 2018).

Como competências ao nível do domínio da gestão, preconizam-se: prática profissional, ética e legal (desenvolve uma prática profissional que respeita as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional, ou seja, o Enfermeiro Gestor reconhece e demonstra um exercício de gestão com conduta ética que reflete o seu compromisso social com o bem-estar e segurança do cidadão, com a responsabilidade da qualidade e segurança do ambiente de trabalho, através da utilização das normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional como sua referência diária); a gestão pela qualidade e segurança (desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados e das organizações, através da conceptualização e operacionalização do processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços, num contexto de prática multidisciplinar e integrada, visando a obtenção de elevados padrões de qualidade, de altos níveis da satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais, garantindo as medidas estruturais que promovem e sustentam uma cultura de gestão pela qualidade total); gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional (adota estratégias de liderança que asseguram o desenvolvimento profissional e organizacional sendo agente ativo nos processos de mudança, ao interpretar e desenvolver os processos de mudança através dos métodos e atitudes de gestão adequados, no contexto das variáveis internas e externas que influenciam a dinâmica organizacional, assumindo-se como agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento profissional e pelo desenvolvimento organizacional, abordando uma estratégia de pesquisa-ação, para a mudança planeada); planeamento, organização, direção e controlo (operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais de um processo de gestão, relacionando e desenvolvendo as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, ao nível do pensar, decidir e agir, orientado para a obtenção de resultados, através do desempenho dos profissionais); e prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (o Enfermeiro Gestor garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde, apoiando a tomada de decisão, suportada em princípios científicos, articulando a teoria com a prática e, ainda, interpreta a obtenção de ganhos em saúde como um processo de planeamento para identificação de necessidades em saúde e de ganhos potenciais (OE, 2018).

Ao nível do domínio da consultoria e assessoria, é definida como competência o Enfermeiro Gestor desenvolver a assessoria e a consultoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde – ou seja, o Enfermeiro Gestor identifica e desenvolve a assessoria, a nível de um organismo local, regional ou nacional, no âmbito de apoio para o desenvolvimento de políticas de saúde, envolvendo-se e interferindo diretamente em todas as fases dos processos e, simultaneamente, ao identificar e desenvolver a consultoria numa perspetiva de aconselhamento, visando processos de transformação que agreguem valor às organizações, formulando diagnósticos e soluções, mas sem se envolver na ação (OE, 2018). Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio do planeamento estratégico, liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política, assessoria e consultoria (OE, 2018).

Por forma a requerer a certificação individual da competência acrescida avançada em gestão, deve o enfermeiro: estar inscrito na Ordem como membro efetivo; possuir o pagamento de quotas regularizado; deter o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem há, pelo menos, três anos; deter o título de enfermeiro atribuído pela Ordem há, pelo menos, 10 anos; deter formação pós-graduada, realizada em instituição de ensino superior, com um mínimo de 30 ECTS, com programa formativo que integre as áreas temáticas constantes do Anexo III do Regulamento e tenha beneficiado de acreditação pela Ordem, ou ser detentor de formação na área da gestão, conferente de grau académico; e deter experiência profissional na área da gestão e demonstrar atividade profissional (OE, 2018). Estão, contudo, dispensados dos requisitos previstos, os detentores de categoria profissional subsistente (enfermeiro-chefe e enfermeiro-supervisor) e os enfermeiros que, à data de publicação do presente regulamento, tenham, pelo menos, 5 anos de exercício comprovado de funções em cargos de direção e administração do Sistema Nacional de Saúde (OE, 2018).

De acordo com a OE (2018), encontram-se dispensados de realizar formação, com respeito pelo programa formativo para atribuição da competência acrescida avançada em gestão constante do Anexo III do Regulamento, todos os enfermeiros que tenham concluído formação conferente de grau académico ou formação pós-graduada em Gestão (com um mínimo de 30 ECTS), no período decorrente até à aprovação do Regulamento.

2.2. ENTREVISTAS

Para simplificar e sistematizar a informação recolhida aquando da realização e análise das entrevistas efetuadas (e conforme previamente mencionado), considerou-se por base o guião de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), cujas perguntas se referem a determinados tópicos e destinam-se à aquisição de determinada informação esperada - grelha de entrevista elaborada (APÊNDICE 2).

A posterior análise dos dados recolhidos será fracionada pelos tópicos considerados na grelha de entrevista e será referente a todas as entrevistas coletadas. A triagem de informação por tópicos através de referências diretas das entrevistas é apresentada em APÊNDICE 10.

2.2.1.Experiência profissional e contextos profissionais

Dos seis enfermeiros entrevistados, verifica-se uma diversidade de contextos tidos em consideração para a presente colheita de dados, associada a experiências profissionais também elas bastante heterogéneas.

Verificamos então que a enfermeira A.M. e a enfermeira T.L., ambas apresentam menos de 5 anos de experiência à data da realização de entrevista (ambas concluíram os seus cursos de licenciatura em Enfermagem em 2013, no mês de julho, apesar de o mês de *terminus* não estar especificado em entrevista, mas foi informação recolhida posteriormente), contudo, a primeira exerce as suas funções enquanto enfermeira num contexto de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e a última num contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados, tendo já trabalhado em contexto de prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio.

Relativamente ao caso do enfermeiro M.N., com oito (8) anos de experiência, exerceu funções de enfermeiro em diversas áreas, quer em contexto hospitalar (onde se encontrava à data da entrevista), quer em contexto extra-hospitalar (onde começou por exercer funções de coordenação inicialmente) em áreas de: Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria (“comecei a trabalhar numa ERPI” e “em cuidados continuados”); e em Enfermagem Médico-Cirúrgica (“hospital da região sul num serviço de cirurgia geral”, “em cuidados intensivos” e “num serviço de medicina”). De salientar também a experiência do enfermeiro M.N. num contexto de Enfermagem em Cuidados Paliativos, afeto à sua experiência numa unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados, área na qual desenvolveu um mestrado, como posteriormente referido na entrevista quando questionado acerca de como surgiu a oportunidade de assumir funções de gestão/coordenação de serviço.

Com treze (13) anos de experiência, a enfermeira S.P. sempre exerceu funções de enfermeira de cuidados gerais em serviços hospitalares, num serviço de Medicina de um hospital de Lisboa, quer num instituto oncológico da região centro.

A enfermeira N.V. concluiu a sua licenciatura em Enfermagem em julho de 2005, tendo, por isso, à data da entrevista, doze (12) anos de experiência no exercício das suas funções de enfermagem. Apesar de referir ter tido um duplo emprego em estruturas residenciais para idosos (“tive duplo emprego em lares”), esta experiência é mínima quando comparada com a sua experiência em contexto hospitalar desde que terminou a sua licenciatura, no serviço onde ainda exerce as suas funções (Serviço de Cirurgia de um hospital da região sul, como posteriormente mencionado).

Quanto ao enfermeiro R.R., verificamos que foi um enfermeiro que concluiu um bacharelato como Enfermeiro em 1997, tendo feito desenvolvido experiência profissional em diversos contextos diferentes: “na área dos cuidados de saúde primários durante cerca de meio ano”; “numa unidade de pneumologia”, “serviço de urgência”, “num serviço de infeciologia” e “num serviço de medicina durante 1 ano”; numa unidade de cuidados de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; e numa unidade de cuidados na comunidade, onde se encontra atualmente desde janeiro de 2015.

2.2.2.Fatores de seleção para desempenho de funções na área da gestão

Perante a diversidade de contextos em que os enfermeiros considerados exercem as suas funções, aliada ao facto de terem diferentes anos de experiência profissional e diferentes idades, revela-se, também, pertinente obter informação sobre de que forma lhes foram atribuídas funções no âmbito da gestão / coordenação das unidades onde trabalham. Perante a diversidade de contextos tida em conta, é expectável que os fatores que levaram à consideração de um enfermeiro para dar apoio à gestão de uma unidade sejam também eles diversos.

Tanto a enfermeira A.M. como a enfermeira T.L. descrevem o processo de assumir funções de coordenação nos seus serviços como “gradual”. Apesar de a enfermeira T.L. mencionar que nos cuidados domiciliários a sua progressão para funções de coordenação foi relativamente rápida em relação ao contexto da instituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde exerceu funções exclusivas de enfermeira de cuidados gerais durante 2 anos antes de ser convidada a assumir a coordenação da unidade, a mesma atribui a oportunidade de exercer essas funções

devido às suas capacidades de liderança. Já a enfermeira A.M. menciona questões de hierarquia interna da equipa, dado ser o elemento mais antigo no serviço e a segunda mais velha em termos de idade, tendo posterior complementado a sua formação com uma pós-graduação em gestão e administração de serviços de saúde (formação essa que a enfermeira T.L. refere também ter concluído, apesar de não o mencionar em entrevista).

Já o enfermeiro M.N. estabelece uma ligação direta entre a atual atribuição de funções de apoio à chefia e coordenação de serviço com o seu percurso profissional e pela sua diferenciação formativa (pelo seu grau académico de mestre e pelo título de enfermeiro especialista). Para ele, o facto de ser o enfermeiro com mais graduação e de já ter exercido funções de gestão / coordenação aquando da sua experiência numa estrutura da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados motivou o convite por parte da chefia.

Quanto às enfermeiras S.P. e N.V., a sua alocação a funções de coordenação de serviço derivou, inicialmente, da conjugação das suas necessidades familiares com o seu contexto familiar. Apesar de já ter desempenhado funções na área de gestão do serviço (gestão de unidade da farmácia e funções de responsável de serviço) num contexto profissional anterior, a enfermeira S.P. assumiu funções de gestão de stock clínico, armazém de géneros e material hoteleiro e da farmácia, em parceria com uma colega, até que, devido à dificuldade em conciliar o horário profissional com a vida pessoal, S.P. foi colmatar a necessidade de uma enfermeira a tempo inteiro num outro serviço – onde, atualmente, apoia a diretora de serviço na coordenação do mesmo. Quanto à enfermeira N.V., há data em que surgiu a oportunidade de colmatar a ausência da anterior enfermeira de apoio à chefia, encontrava-se em horário de amamentação, sendo escalada apenas para turnos da Manhã, tendo-lhe sido atribuída essa função. Apesar de ser uma enfermeira sem funções de gestão ou projetos de coordenação anteriores e sem formação especializada e de se referir como sendo apenas uma enfermeira que mostrava disponibilidade e que já teria assumido algumas vezes a função de responsável de turno, sublinho o facto de a enfermeira N.V. (de acordo com informação fornecida), já pertencer ao serviço há 12 anos.

Segundo o enfermeiro R.R., ao longo do seu percurso profissional foi sempre desempenhando um papel (ainda que secundário) a nível da organização dos serviços dos quais fizera parte – realçando o seu papel ativo no Serviço de Urgência onde trabalhou, ao nível da gestão do risco e manutenção do carro de emergência - até ao seu atual papel na dinâmica da ECCI. Atualmente refere que essa mesma dinâmica

pressupõe uma gestão partilhada quer ao nível da gestão de materiais e dos cuidados, realçando o facto de cada elemento possuir as suas funções específicas – mencionando que trabalham por método de enfermeiro responsável. Ou seja, apesar de não assumir um papel principal na coordenação do seu serviço, o enfermeiro R.R. exalta o facto de a questão da gestão ser partilhada sendo atualmente o responsável pela gestão da farmácia e aprovisionamento, manutenção dos materiais, além de ser o responsável da área específica da unidade de saúde escolar.

2.2.3. Prestação direta de cuidados e o desempenho de funções de gestão

Perante o facto de todos os enfermeiros entrevistados possuírem funções relacionadas com a gestão dos seus serviços, surge a questão relativa a de que forma o desempenho dessas funções interfere com a sua prestação direta de cuidados.

Verificamos então que a enfermeira A.M. se refere ao seu trabalho de coordenação como sendo um trabalho “acessório” comparativamente à prestação de cuidados, contudo exalta o impacto que a conciliação do desempenho de funções de gestão com a prestação de cuidados tem nas suas práticas diárias, tornando-os eixos interligados – o desenvolvimento de uma capacidade de priorização e o uso mais regrado dos recursos disponíveis no serviço aquando da prestação de cuidados.

Relativamente à enfermeira T.L., esta afirma que tanto no seu contexto de coordenação nos cuidados domiciliários como na unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados onde exerceu, acabou sempre por acumular funções de coordenação com a prestação direta de cuidados. Contudo, considera que esta dualidade de funções é benéfica para os enfermeiros, para os utentes, para as instituições e para a qualidade dos cuidados no sentido em que só assim se consegue ter uma real perceção das dificuldades existentes no “terreno”, conseguindo definir melhores estratégias para ajudar tanto os utentes como os enfermeiros, enquanto a instituição beneficia economicamente dessa acumulação de funções.

Já o enfermeiro M.N., que assume prestação de cuidados diretos quando necessário, considera que a articulação entre a gestão do serviço e a prestação de cuidados não se influenciam, no sentido em que não se prejudicam mutuamente, considerando que está ligada a uma capacidade de gestão do tempo. Considera ainda que a prestação de cuidados enriquece quando se acumula responsabilidades relacionadas com a gestão dos serviços.

Quanto à enfermeira S.P., esta refere manter-se na prestação direta de cuidados aos utentes internados no seu serviço, para além de acumular funções de gestão de stocks de armazém clínico e de géneros alimentares, gestão dos pedidos de farmácia, pedidos de manutenção e atividades de apoio à chefia em questões de organização do funcionamento do serviço. Considera que estas dualidades de funções não se influenciam mutuamente, visto ser possível desempenhá-las paralelamente.

Relativamente à compatibilidade entre a prestação de cuidados e a acumulação de funções de gestão, a enfermeira N.V. menciona que deixa as funções de apoio à chefia para ir para a prestação de cuidados, quando se verifica necessidade do serviço nesse sentido. Refere ainda que nota ganhos ao nível da evolução das suas práticas desde que começou a ter um papel mais ativo ao nível da gestão do serviço: maior noção do impacto económico-financeiro dos gastos de material e necessidade uma correta gestão e adequação dos mesmos às necessidades dos utentes, dado que a área com mais enfoque ao nível das suas funções de gestão é a organização do armazém clínico e do armazém avançado, para além dos pedidos com a farmácia. Refere ainda a necessidade de acertar os níveis dos armazéns e da falta de sensibilidade dos colegas do serviço para o registo do consumo de material, pois não possuem noção da real necessidade de o fazer e o seu impacto ao nível da gestão do serviço. Contudo, realça que os enfermeiros que estão apenas de coordenação há muito tempo, sem contacto com a prestação direta de cuidados, acaba por desvalorizar determinados aspetos da prestação de cuidados, a longo prazo – e este facto interfere com a gestão do serviço. Desta forma, a enfermeira N.V. defende que um enfermeiro com funções de apoio à chefia / funções de coordenação do serviço nunca deverá exercer exclusivamente funções de apoio à gestão e que estas devem ser atribuídas a um enfermeiro que se encontre regularmente na prestação direta de cuidados.

A mesma perceção é manifestada pelo enfermeiro R.R. que exalta a importância de um enfermeiro se manter em funções de prestação de cuidados, pois, dessa forma consegue ter uma perceção mais fidedigna das necessidades, daquilo que se pretende e do que é realmente necessário e possível. Assim, o enfermeiro R.R. acha que é importante ser detentor de conhecimentos diferenciados em gestão – o que se traduz numa prática de cuidados mais racional (sem descurar a qualidade dos mesmos) e no desenvolvimento da capacidade de tomada decisão e de compreensão de decisões tomadas por parte das figuras da gestão intermédia ou da gestão de topo. Para além de todas estas questões, o enfermeiro R.R. considera ainda que um conhecimento em matérias de gestão num enfermeiro de cuidados gerais se traduz em maior iniciativa e

capacidade para a implementação de procedimentos que se traduzem na melhoria dos cuidados e, conseqüentemente, na satisfação dos utentes.

Ou seja, ao nível da relação entre a prestação direta de cuidados de enfermagem e o desempenho de funções de gestão, verificamos que todos os enfermeiros entrevistados mantêm funções na prestação de cuidados – uns a tempo inteiro, acumulando continuamente com as suas funções de gestão e apoio à chefia, outros quando se verifica necessidade do serviço.

2.2.4. Competências de gestão

Quando questionados relativamente às competências de gestão, os enfermeiros entrevistados deram variadas respostas num espectro que vai desde a confirmação de que o enfermeiro tem competências de gestão inerentes à descrição dessas mesmas competências e intervenções levadas a cabo no seu âmbito.

Para a enfermeira A.M., os enfermeiros podem, legalmente, não estar habilitados a exercer funções no âmbito da gestão, necessitando de legitimar competências nessa área com formação, mas considera que um enfermeiro de cuidados gerais tem intervenções no âmbito da gestão no seu dia-a-dia em várias esferas.

Já a enfermeira T.L. evoca questões de natureza operacional como sendo a área onde as competências de gestão de um enfermeiro melhor se fazem notar: o enfermeiro gere informação, gere a prestação de cuidados, gere os utentes, gere necessidades, gere exigências e faz ainda uma gestão dos ambientes onde exerce as suas funções. Considera mesmo os enfermeiros como “prestadores de cuidados de gestão” e afirma que na realidade em que trabalha se considera gestora.

O enfermeiro M.N. também concorda que os enfermeiros possuem competências de gestão a nível operacional, salvaguardando, contudo, a necessidade de existência de maturidade profissional / experiência e desenvolvimento pessoal para que um enfermeiro seja considerado capaz nesse campo. Como áreas de intervenção a desenvolver, salienta organização do serviço, gestão de recursos humanos e gestão de materiais e equipamentos, pois, considera, que são estas área onde toda a gestão de um serviço é mais focada, mas valoriza ainda a parte das relações interpessoais como um fator-chave para o desenvolvimento das competências de gestão de um enfermeiro – uma apetência muitas vezes inata que pode ser complementada com formação e experiência profissional.

Já a enfermeira S.P. dá relevância ao papel central do enfermeiro ao nível das equipas multidisciplinares como sendo o cerne das competências na área da gestão da enfermagem. Para a enfermeira S.P. o enfermeiro é capaz de estabelecer ligações entre os diversos grupos que constituem as equipas, garantindo também que não haja perda de informação entre todos e ainda potenciam uma harmonia no ambiente terapêutico quer ao nível dos próprios cuidados de enfermagem, quer ao nível das relações estabelecidas com outros profissionais – o enfermeiro é, assim, o elo de ligação entre toda a cadeia profissional dentro de uma instituição. É ainda de salientar o papel do enfermeiro na gestão do processo de comunicação em contexto de cuidados de saúde devido à sua proximidade com outros grupos profissionais com os quais trabalha diretamente (dando o exemplo da classe médica) com os utentes, desconstruindo informação complexa por forma a que esta chegue e seja processada de forma eficaz junto do utente.

Na perspetiva da enfermeira N.V., os enfermeiros possuem, na sua base, competências na área da gestão – independentemente do facto de estarem afetos à prestação direta de cuidados ou de desempenharem funções no âmbito do apoio à chefia ou coordenação do serviço. Segundo enfermeira N.V. aos enfermeiros estão frequentemente atribuídas um leque de intervenções de gestão relacionadas com a gestão de material do serviço, arrumação de materiais e conservação do medicamento.

Relativamente às competências de gestão, o enfermeiro R.R. é da opinião que tanto o enfermeiro especialista como o enfermeiro generalista possuem competências no âmbito da gestão, considerando, contudo que o enfermeiro especialista terá uma competência mais diferenciada, adquirida aquando da sua formação específica na sua área de especialidade (independentemente de qual for a sua área clínica de especialização), pois refere existir sempre uma componente de formação em gestão associada a essa formação. O enfermeiro generalista, por sua vez, desenvolve as suas competências de gestão graças às dinâmicas de funcionamento das unidades onde trabalha através da delegação de competências por parte das figuras de chefia/coordenadores, como forma de serem envolvidos nos processos do serviço. Esta delegação de competências, associada à experiência adquirida no dia-a-dia de trabalho, incrementadas e desenvolvidas por uma formação específica (especialidade ou formação avançada na área de gestão), dotam assim os enfermeiros de competências de gestão. Considera ainda que a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências no âmbito da gestão, associada a um conhecimento de nível geral da profissão complementado com uma especialização numa área clínica

da enfermagem de interesse permite ao enfermeiro dar uma resposta mais eficaz e diferenciada no seu dia-a-dia.

2.2.5.Perspetiva do papel da formação e experiência profissional

Perante o conhecimento de existirem enfermeiros com funções de apoio à chefia / coordenação de serviço com tempos de experiência profissional diferentes e formações também elas heterogéneas, revelou-se pertinente questionar relativamente ao papel da formação da licenciatura e formação posterior para o desempenho das funções no âmbito da gestão e qual a sua relação com a experiência profissional.

Na opinião da enfermeira A.M., o seu curso de licenciatura em Enfermagem incluía uma unidade curricular de gestão no seu plano de estudo, contudo, considera que a mesma fazia um uso excessivo de retórica e teoria, não dando ênfase necessário para uma capacitação-base nas diversas vertentes da área da gestão no dia-a-dia da sua prática.

A enfermeira T.L. refere que ao longo da formação de um enfermeiro, se verificam vários parâmetros onde é possível evocar questões relacionadas com a gestão, admitindo, contudo, que existem falhas, mas que estas podem ser atenuadas com mais formação. Nesse aspeto, a enfermeira T.L. que, pessoalmente, optou por fazer uma pós-graduação em gestão e administração de serviços de saúde por forma a colmatar os seus défices de conhecimento na área da gestão (que lhe eram necessários), pois considera que a palavra “gestão” já faz parte do dia-a-dia de trabalho de um enfermeiro.

Para o enfermeiro M.N., não é dado ênfase suficiente à parte da gestão, sendo esta a área em que os profissionais recém-licenciados apresentam maiores lacunas quando iniciam a sua atividade profissional – não estão preparados para assumir uma área de gestão ou de coordenação do serviço – pois é de parecer que a formação em enfermagem ainda é muito direcionada para a prestação direta de cuidados.

Já a enfermeira S.P. considera que dependendo da ótica, as bases de gestão fornecidas nos cursos de licenciatura em enfermagem podem ser ou não suficientes. Isto porque considera que a capacidade de assumir a gestão de um serviço nas suas várias vertentes está relacionado com as capacidades inatas de cada indivíduo, mencionando mesmo que há enfermeiros que, por muito que progridam a nível académico, não têm perfil para assumir uma área de gestão e, muito menos, tornarem-se enfermeiros-chefes. Contudo, a enfermeira S.P. acha que os profissionais se devem formar nessa

área para estarem devidamente documentados e para serem capazes de justificarem aquilo que fazem.

Relativamente a esta temática, a enfermeira N.V. é da opinião que seria necessário investir um pouco mais ao nível da formação na área da gestão fornecida pelas escolas de enfermagem (considera que o que é dado é pouco em quantidade e em profundidade de conteúdo), apesar de admitir que um considera que se trata de uma área que vai muito ao encontro do perfil da pessoa. Valoriza a formação na área, contudo considera que a formação não é o fator determinante para um enfermeiro ser competente a exercer as funções de gestão – é o perfil individual de cada enfermeiro que tem um papel de maior peso nesse aspeto.

O enfermeiro R.R. refere que qualquer enfermeiro de cuidados gerais, aquando do *terminus* da sua formação-base, detém já um conjunto de conhecimentos na área da gestão que os torna capacitados ao nível das suas práticas do dia-a-dia (nem sempre conhecimentos explícitos, mas muitas vezes implícitos) que se elevam ao nível da prestação e gestão dos cuidados ao utente, na triagem de informação e definição de prioridades de atuação – trata-se de uma componente de gestão inerente ao próprio desempenho das funções de um enfermeiro. Já no que concerne ao desempenho de algumas funções específicas na área da gestão (coordenação de serviços e gestão de unidades), considera que o enfermeiro deverá ser detentor de uma formação mais específica de modo a desenvolver competências e consolidar conhecimentos que lhe permitam dar uma resposta mais eficaz e mais sólida em termos de conhecimento científico.

2.2.6. Funções de gestão de enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros especialistas

Perante a existência de enfermeiros de apoio à chefia com e sem especialização em enfermagem, os enfermeiros considerados para entrevista foram questionados relativamente ao facto de se a detenção de especialista (ou sua ausência) era um fator condicionante para o desempenho de funções na área da gestão num serviço ou para a qualidade das mesmas.

Para a enfermeira A.M., as funções de gestão ou coordenação de serviço podem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais, pois quer através da sua experiência profissional associada ou não a um complemento de formação em gestão, este pode conseguir executar as funções de igual forma a um enfermeiro especialista. Contudo,

se os enfermeiros especialistas possuem essa formação e a adquirem, considera que têm o dever de prestar essas funções de forma mais competente por apresentar uma formação superior à de um generalista. Assim, a enfermeira A.M. é da opinião que, dado que o enfermeiro se torna especialista numa das áreas clínicas que estão disponíveis, não havendo uma área de especialização de enfermagem em gestão, um enfermeiro generalista deverá ter as mesmas capacidades neste âmbito e também as poderá executar.

Opinião semelhante apresenta a enfermeira T.L.: como não existe uma especialização de enfermagem em gestão, então os conhecimentos de um enfermeiro especialista e de um enfermeiro generalista nesta área são idênticos. Para a enfermeira T.L. o enfermeiro especialista detém, de facto, um conhecimento superior, mas relativamente à especialidade clínica que tirou, pois se não se “especializou” em gestão, então saberá o mesmo que um enfermeiro de cuidados gerais. Desta forma, defende ainda que se deveria proceder à criação de uma especialização em gestão por forma a que para um efeito de desempenho de funções de gestão seja tido em consideração a experiência em serviço e o ser-se detentor de especialização em gestão.

A título pessoal, o enfermeiro M.N. revela que, aquando do seu papel de coordenador numa unidade de cuidados continuados, já era detentor de grau académico de mestre em enfermagem e que durante o mestrado lhe permitiu adquirir competências na área da gestão e que nenhuma foi acrescida quando foi fazer a especialização em enfermagem.

Para a enfermeira S.P., as funções de gestão devem ser atribuídas a quem apresente melhor capacidade para a função em questão, independentemente de ser detentor, ou não, de título de enfermeiro especialista – se a pessoa não possuir uma capacidade já por si “inata” de liderança e de capacidade de gestão, nada lhe confere que o faça de uma forma mais eficaz. Segundo a enfermeira S.P., um enfermeiro de cuidados gerais que se revele um bom gestor não deve ser inibido de executar funções específicas nessa área por não ter uma especialidade, especialidades essas que são muito viradas para a componente clínica de uma área concreta de enfermagem e pouco para a gestão, referindo ainda que se, de facto, existisse uma especialização em gestão, a sua opinião mudaria.

A opinião da enfermeira N.V. também vai ao encontro da opinião manifestada pela enfermeira S.P. – não considera necessário ter o título de enfermeiro especialista para exercer funções de apoio à chefia / gestão dentro de um serviço. Menciona mesmo que o facto de ter uma especialidade numa das áreas clínicas (e dá o exemplo da área da

psiquiatria, obstetrícia ou da enfermagem médico-cirúrgica) não confere mais habilitações para desempenho de funções de gestão do que um enfermeiro de cuidados gerais que fez formações na área, que já desenvolveu trabalhos no âmbito da gestão ou que já tem mesma experiência profissional no desempenho de funções específicas no âmbito da gestão do seu serviço. Apoia a valorização da formação direcionada para a área, apesar de, pessoalmente, se achar capaz de exercer as funções que lhe são destinadas apesar de nunca ter complementado o seu conhecimento na área com formação, valorizando mais a questão do perfil e gosto pessoal para a área (referindo que a pessoa deve ser alguém “organizado”). Segundo a enfermeira N.V., o facto de muitas vezes se atribuir funções de apoio à chefia ou de gestão de um serviço a um enfermeiro especialista prende-se com o facto de, realmente, esse enfermeiro possuir um grau profissional superior relativamente a um enfermeiro de cuidados gerais e pelo facto de existir um interesse pessoal por parte desses enfermeiros em vir a conseguir o cargo de enfermeiro-chefe (dado que os chefes têm de ser detentores do título de enfermeiro especialista) – dessa forma considera que esses enfermeiros se sentem na obrigatoriedade de tirar essa especialidade, mencionado a “fase” de coordenador / elemento de apoio à chefia, como o estágio anterior ao assumir um cargo de chefia de serviço.

Relativamente ao enfermeiro R.R., este possui uma opinião diferente devido, também, ao modo específico como a unidade de cuidados na comunidade onde trabalha funciona: o coordenador da unidade tem de ser um enfermeiro especialista com conhecimentos específicos na área da gestão (formação) ou que já tenha experiência de coordenação. Não nega, contudo, a atribuição de funções de gestão a um enfermeiro de cuidados gerais, que, muitas vezes, adquirem competências e conhecimentos através das suas experiências e do tempo ao qual já desempenham funções. Reforça contudo que os enfermeiros de cuidados gerais deveriam receber uma formação mais específica na área por forma a adquirirem conhecimentos mais avançados em algumas áreas, nomeadamente: gestão de conflitos, comunicação, gestão de recursos humanos, gestão de recursos materiais e liderança. Salvaguarda, contudo, a importância da vertente da liderança, apesar de ser associada a um conjunto de características específicas e individuais de cada indivíduo, tendo, por isso, uma natureza mais inata.

2.2.7. Visibilidade do trabalho de gestão dos enfermeiros

Perante as questões previamente realizadas aos enfermeiros tido em consideração, considerou-se pertinente obter informação relativamente à percepção que os enfermeiros

têm quanto ao reconhecimento das suas competências na área da gestão por parte da sociedade, da Ordem dos enfermeiros e de acordo com o core teórico que constitui a disciplina de Enfermagem.

Para a enfermeira A.M., a sociedade possui uma imagem do enfermeiro como sendo “enfermeiro de cabeceira”, ou seja, como o profissional que está com o utente continuamente, acrescentando ainda que ainda existe a ideia que os enfermeiros estão dependentes da classe médica – é esta classe que realmente tem importância e uma avaliação digna e fidedigna. Na perspectiva da enfermeira T.L., a sociedade não prevê que o enfermeiro exerça funções de gestão, tendo uma noção do enfermeiro como sendo um cuidador presente 24 horas por dia junto dos utentes, mas nega uma visão do seu papel ao nível da gestão (papel esse que atribui ao médico) – e direciona a causa desta visão para o facto de o enfermeiro não dar visibilidade ao seu papel enquanto gestor de cuidados, gestor de ambientes, de famílias e de utentes. Visão semelhante tem o enfermeiro M.N., que menciona mesmo que o comum cidadão vê o enfermeiro como um tarefeiro, um auxiliar dos médicos que executa funções interdependentes, não valorizando as suas funções autónomas – entre elas a gestão ao nível dos serviços. Para a enfermeira S.P., a sociedade nega quaisquer capacidades de gestão aos enfermeiros, remetendo tal como sendo uma competência médica e considerando que uma abordagem por parte da enfermagem nessa área é uma usurpação de terreno. Na opinião da enfermeira N.V., a sociedade vê o enfermeiro numa perspectiva mais direccionada para o utente, sendo a parte de gestão mais direccionada aos enfermeiros-chefes, que se ocupam de áreas como recursos humanos e gestão de horários – ou seja, no geral, não vêm a componente de gestão do enfermeiro, apenas a componente da gestão de cuidados. O enfermeiro R.R. partilha uma opinião semelhante afirmando que a percepção da sociedade é a de que continuamos muito subjugados à imagem de uma profissão dependente do domínio médico enquanto mera cumpridora de orientações dadas por estes, ausente de autonomia, sem capacidade de demonstrar a diferenciação profissional e o seu core de conhecimentos próprios.

Relativamente à Ordem dos Enfermeiros e às competências em gestão dos enfermeiros, é a enfermeira A.M. de parecer que a Ordem não identifica nem regula essa questão da gestão na medida em que diz, de facto, o enfermeiro de cuidados gerais organiza, coordena, executa, supervisiona cuidados, ambiente e toda a rede de apoio do utente, mas depois não valida essas mesmas competências. Para a enfermeira T.L., ao nível da Ordem dos Enfermeiros, não há nada em concreto que valorize diretamente a componente de gestão do enfermeiro, dizendo que existem enfermeiros chefes, enfermeiros coordenadores de serviço e enfermeiros de cuidados de cuidados gerais

com funções de coordenação no seu dia-a-dia e que todos têm de ser valorizados e reconhecidos, porque os utentes com quem trabalham diretamente e as próprias instituições já reconhecem esse seu papel. Segundo o enfermeiro M.N., a Ordem dos Enfermeiros tem vindo a desenvolver um trabalho no sentido da valorização da gestão por parte da enfermagem, contudo considera necessário um reajuste no sentido de clarificar determinados pontos – no REPE já são mencionadas competências e funções de gestão, mas é da opinião que se deve dar mais ênfase às competências do foro operacional, especificando a atuação do enfermeiro nesse campo. A enfermeira S.P. considera que o facto de a Ordem só conferir a competência avançada adquirida em gestão apenas a enfermeiros especialistas (não podendo ser atribuída a enfermeiros de cuidados gerais por não serem detentores de especialização) é um lapso e considera que não traduz a real competência de um enfermeiro nessa área, pois o título de especialista ou uma formação na área da gestão não devem sobrepor as capacidades (inatas) já demonstradas por um enfermeiro de cuidados gerais na gestão de um serviço. A enfermeira N.V. considera que o facto de a Ordem dos Enfermeiros estar a desenvolver trabalho no sentido de reconhecer as competências de gestão dos enfermeiros levou a que se começasse a valorizar a gestão ao nível da enfermagem, apesar de não concordar com o facto de ser necessário ser enfermeiro especialista para ver essa competência avançada adquirida reconhecida – refere mesmo que, muitas vezes, o enfermeiro vai além do que está delineado ao nível dos indicadores definidos pela Ordem no que diz respeito à componente operacional, gerindo o serviço, gerindo a parte psicológica do utente, a componente familiar / condições para alta para o domicílio, gestão de questões familiares ou gestão dos cuidados e que esta falta de definição concreta. Quanto ao enfermeiro R.R., considera que o facto de se estar a considerar a formação específica em local de trabalho e a apostar na especialização e no reconhecimento de competências específicas (das quais a competência avançada em gestão) potenciará uma contínua valorização e visibilidade da profissão de enfermagem, com conseqüente reconhecimento a nível social.

Relativamente às teorias de enfermagem, a enfermeira A.M. refere que nalgumas teorias se pode considerar o enfermeiro como um profissional com competências de gestão, como a teoria das Transições de Afaf Meleis ou a Teoria do Autocuidado de Orem (nomeando estas como sendo as mais claras neste campo), evidenciados em momentos do dia-a-dia do enfermeiro como o planeamento da alta e avaliação da continuidade de cuidados de enfermagem num outro contexto, referindo a área da saúde mental (contexto onde exerce enquanto enfermeira) como um exemplo onde o enfermeiro se encontra bem posicionado para a gestão. Para a enfermeira T.L., as

teorias de enfermagem falam indiretamente em gestão, evocando o modelo dos autocuidados de Orem como um uma translação direta acerca da gestão por enfermeiros: a planificação dos cuidados pressupõe capacidade de gestão (operacional). O enfermeiro M.N. menciona a diversidade de teorias de enfermagem e afirma que a maioria delas acaba por dar ênfase à gestão de diferentes tipos: perspectiva mais organizacional, gestão de cuidados ou gestão de ambientes. Já a enfermeira N.V. remete as teorias de enfermagem como estando muito direcionadas para a área da prestação de cuidados, apesar das múltiplas funções que o enfermeiro exerce.

3. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados, através da interpretação dos artigos identificados e seu confronto, é considerada uma das etapas mais difíceis, dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo relativamente a todo o processo de investigação (Fortin, 2009). É na discussão que “o investigador retira o significado dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações”.

Através da informação recolhida nas entrevistas, verificamos que existem, de facto, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros com título de especialista a desempenhar funções no âmbito da gestão nos seus respetivos serviços. Estas funções não se equiparam às funções de chefia e os enfermeiros não possuem título de enfermeiro-chefe, contudo, deles dependem determinados aspetos fulcrais para o funcionamento do seu local de trabalho.

Verificamos que logo ao início da história da Enfermagem, os enfermeiros sempre assumiram um papel enquanto gestores de ambientes, como espelhado nos pressupostos defendidos por Florence Nightingale. Apesar de, numa primeira análise, Nightingale equiparar o papel de uma enfermeira ao papel social da mulher enquanto cuidadora de terceiros, com uma vocação divina associada, a teórica distancia-se dessa perspetiva ao referir que a enfermeira deve controlar o ambiente por forma a potenciar a recuperação do estado de saúde do utente. Palavras como “ar puro”, “iluminação”, “aquecimento”, “limpeza”, “silêncio” ou “seleção de dieta e sua forma de administração” passaram a constar na noção de enfermagem – a enfermeira passava assim de uma mera cuidadora com sentido maternal para um agente regulador do meio daqueles a quem prestava cuidados. Nightingale definia, assim, um conjunto de focos ambientais sobre os quais a enfermeira deveria interferir e regular por forma a potenciar a criação e manutenção de um ambiente ótimo aos cuidados: ventilação e aquecimento, condições sanitárias, ruídos, alimentação, iluminação e higiene dos quartos e higiene pessoal.

Emerge assim a questão “até que ponto é que uma perspetiva defendida no século XIX se pode transpor para a realidade de pleno século XXI?”. A verdade é que as ideias e

princípios enunciados por Florence Nightingale serviram como base para a construção dos princípios da enfermagem como a conhecemos. Preocupação com a limpeza e arejamento dos espaços, com a toma de banhos por parte dos doentes e das enfermeiras, diariamente, a lavagem das mãos frequente e o recurso a vestuário e roupas lavadas foram alguns dos princípios que atravessaram os séculos XIX e XX até aos nossos dias. O enfermeiro passava, assim, a ser um importante agente no combate à infeção através do seu papel no controlo do ambiente e na gestão das condições em que o utente era cuidado, remetendo, assim, para os princípios de higiene e de prevenção e controlo de infeção, em torno dos quais surgem grupos de trabalho (nos quais integram enfermeiros), mas sobretudo princípios de práticas diárias com grande impacto no processo de tomada de decisão do enfermeiro e, conseqüentemente, na sua gestão dos cuidados e na gestão de um ambiente favorável e não prejudicial. Toda esta evolução enquadra-se no movimento higienista que atravessou todos os cuidados assistenciais nos finais do século XIX e que se prolongou no século XX.

Posteriormente, surgiu a visão de Henderson que ditava que o estado de saúde do ser humano era definido pela sua capacidade em desempenhar um conjunto de 14 necessidades humanas e que a função de enfermagem seria avaliar essas 14 necessidades da pessoa e, posteriormente, assisti-la a desempenhá-las autonomamente caso alguma delas estivesse afetada – era assim “conferido”, ainda que de forma apenas implícita, a capacidade de efetuar uma avaliação, analisar a informação recolhida na sua avaliação e, posteriormente, planear e executar um feixe de intervenções. Desta forma, estabelecia-se uma ponte para os futuros pressupostos de Watson que descrevia como fatores do cuidar um uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão e, também, a provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, de apoio e corretivo, e da promoção de uma dinâmica de ensino/aprendizagem interpessoal. Davam-se os primeiros passos da enfermagem enquanto ciência e da afirmação dos enfermeiros como profissionais autónomos e como gestores de cuidados, de pessoas, de ambientes e de informação. Na perspetiva de Watson, os enfermeiros detêm a capacidade de desenvolver e implementar estratégias preventivas em saúde por forma a evitar o avanço de um estado de doença através da realização de ensinamentos: o enfermeiro possui assim a capacidade de gerir a informação fornecida e a sua quantidade, adaptando-a ao potencial de conhecimento do utente ou grupo que a vai receber, sendo-lhe inerente a análise de informação e planificação dos passos a desenvolver.

Reforçando ainda a autonomia que progressivamente a profissão de enfermagem foi vindo a ganhar, Dorothea Orem apresentou a Teoria do Défice do Autocuidado, segundo

a qual o enfermeiro avalia desvios funcionais da pessoa cuidada, gerindo as suas capacidades segundo um plano de enfermagem definido, com o objetivo de a encaminhar para um domínio de ganhos de capacidade dos autocuidados. Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (assente sobre a teoria dos sistemas de enfermagem, teoria do défice de autocuidado e teoria do autocuidado), tem como pressuposto a capacidade do enfermeiro em avaliar desvios funcionais da pessoa cuidada e gerir as capacidades da pessoa segundo um plano que a encaminhe para ganhos de capacidade no autocuidado. Cabe, então, ao enfermeiro, gerir as capacidades dos utentes e adequar o plano de enfermagem a levar a cabo e a metodologia a adotar junto dele. E, quando a intervenção do enfermeiro promove uma adaptação e um estado de bem-estar social, torna-se claro, na perspetiva de Levine, que a ação do enfermeiro demonstra um sentido terapêutico – e quando tal não acontece, devem ser prestados cuidados de apoio, dado que se espera que o enfermeiro promova a adaptação sem sacrifício da totalidade que define a pessoa.

A ter em conta fatores individuais da pessoa, como a sua raça, idade, género, crenças culturais e contexto social anterior passam então a ser fatores a ter em conta aquando da prestação de cuidados tendo em vista o bem-estar, do ponto de vista de Madeleine Leininger. Os movimentos migratórios e a conseqüente diversidade cultural presente nas sociedades de um mundo globalizado levam a que acorram aos cuidados de saúde indivíduos de diferentes valores, crenças e modos de vida, ou seja, pessoas com diferentes necessidades em saúde às quais os enfermeiros devem responder de forma competente – cuidados culturalmente competentes. É graças a estas diferenças e a uma mudança na vida da pessoa, associada a uma interação pessoa-ambiente, que a enfermagem tem um papel a desempenhar – o que nos leva à Teoria das Transições de Afaf Meleis. A ocorrência de eventos críticos, ruturas de relações e de rotinas, rutura de ideias ou de identidades, novos conhecimentos ou alterações de comportamentos ou do papel social da pessoa levam a que as pessoas vivenciem transições (de desenvolvimento, situacionais, saúde-doença ou organizacionais) e cabe ao enfermeiro assistir as pessoas, grupos ou organizações a concretizarem a transição com sucesso, gerindo estratégias promotoras desse mesmo sucesso.

Ou seja, verificamos que ao longo da história da enfermagem, os enfermeiros passaram de “simples” cuidadores a gestores de ambientes por forma a potenciar a recuperação biológica do indivíduo, para agentes promotores de autonomia da pessoa quando se verifica incapacidade (ou risco de incapacidade), para vetores de assistência em processos de adaptação e de interação com o meio, figurando como parceiro de pessoas e grupos heterogêneos e organizações em processos designados por

transições. Mas todas estas questões teóricas traduzem-se para a prática real da enfermagem?

Como pudemos verificar, todos os enfermeiros entrevistados em contexto da elaboração do presente trabalho de investigação se mantêm na prestação de cuidados diretos e, apesar de assumirem funções de apoio à chefia ou funções mais específicas na área da gestão, foram capazes de diferenciar as suas funções no assumir do papel na área da gestão e do papel na área da prestação de cuidados.

Expressões recolhidas nas entrevistas como “gerimos informação”, “gerimos cuidados”, “gerimos os utentes, ambientes”, “gestora de necessidades”, “gestão do processo individual do utente” ou “gestão de risco” traduzem o quão além de uma dimensão económica o termo “gestão” pode ter quando utilizado no contexto da enfermagem. Enquanto citações como “Gestão de stocks” ou “gestão de todo o stock clínico, armazém de géneros e hoteleiro e farmácia” já remetem para o quadro de uma gestão mais economicista. Então, até onde se é enfermeiro? A partir de onde se é um “enfermeiro de gestão”? Os contextos político-económicos, associados às necessidades contemporâneas de cuidados de saúde e de eficácia e sustentabilidade das organizações parecem ter criado mais um campo de ação para os enfermeiros para além dos próprios cuidados de enfermagem: a atuação ao nível organizacional.

Como mencionado em entrevista pelo enfermeiro M.N., os profissionais recém-licenciados apresentam as suas maiores lacunas no campo da gestão, referindo-se à formação dos enfermeiros de cuidados gerais como mais focada ao nível da prestação direta de cuidados. Contudo, tal como defende o enfermeiro R.R., qualquer enfermeiro de cuidados gerais, quando termina a sua formação base, já é detentor de conhecimentos básicos na área da gestão que lhe permite desempenhar funções do dia-a-dia do seu exercício que requerem (de maneira implícita) competências de gestão – gestão de cuidados e gestão de prioridades, por exemplo – pelo que as competências de gestão assumem uma dimensão inerente ao próprio desempenho do enfermeiro de cuidados gerais.

Apesar de, segundo o nº 2 do artigo 9º do REPE (1998), se considerar como atividade autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros (e com conseqüente exclusiva responsabilidade) no âmbito da prestação de cuidados, da gestão, do ensino, na formação ou na assessoria (de acordo com os produtos da investigação em enfermagem), verifica-se que pouco mais é explorado no âmbito das competências de gestão de um enfermeiro generalista. É, contudo, mencionado no n.º 6 do artigo 9.º do REPE, que os enfermeiros possuem um papel aquando do exercício da sua atividade,

nas áreas da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem – verdadeiro, mas é capaz de traduzir a complexidade das competências de gestão desenvolvidas pelos enfermeiros no exercício das suas funções face à realidade atualmente observada?

Segundo a Ordem dos Enfermeiros em Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2012), ao nível do domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, “Promove um ambiente seguro”, o enfermeiro intervém na interdependência pessoa/ambiente, conhecendo o seu campo de ação e recorrendo a estratégias que garantam a qualidade dos cuidados e que permitam uma gestão controlada de riscos. Segundo a competência descrita como “Promove Cuidados de Saúde Interprofissionais”, o enfermeiro assume um papel de interlocutor numa equipa pluriprofissional como elemento central dos cuidados com o cliente e os cuidadores, participando de forma contínua e sistemática na elaboração e execução de planos de cuidados. Em suma, segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências do enfermeiro generalista no âmbito da gestão não são claras, contudo estão indiretamente inclusas no âmbito das suas competências.

Mas o que poderia despoletar a necessidade de clarificar estas competências? Existe uma real necessidade de o fazer?

Como se verificou anteriormente aquando da apresentação dos dados recolhidos, verificamos que existem enfermeiros a desempenhar funções específicas no âmbito da gestão (não sendo enfermeiros chefes) e que todo o processo de tomada de decisão, continuidade de cuidados e de prestação de cuidados tem a si inerentes competências que levam ao gerir diretamente implícito ao próprio cuidar. Porém, é necessário ter em consideração que as transformações económicas, tecnológicas, políticas e sociais observadas recentemente tiveram impacto ao nível das organizações, com um crescente grau de exigência e uma necessidade de recorrer a estratégias flexíveis e inovadoras para conseguirem levar a cabo os seus objetivos com sucesso (Pereira & Rodrigues, 2013) – e as unidades de cuidados de saúde não foram exceção.

De acordo com Donabedian como referido por Doran (2003), com o aumento das exigências profissionais e das exigências relacionadas com a capacidade financeira, os enfermeiros são desafiados a identificar e delinear as suas contribuições para o sistema de saúde no qual se inserem, demonstrando que os seus cuidados são relevantes e de elevada qualidade. Esta importância dos cuidados traduz-se numa prestação de serviços que é tanto adequada como eficaz e eficiente, resultando em ganhos em saúde significativos para os utentes cuidados.

Apurou-se que a existência de enfermeiros que exercem funções no âmbito da gestão organizacional (e de apoio às chefias dos seus serviços) é transversal a uma grande diversidade de contextos de cuidados: desde unidades psiquiátricas, a instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a serviços hospitalares e nas unidades de cuidados na comunidade (contexto de cuidados de saúde primários). Independentemente de serem detentores de título de enfermeiro especialista ou não ou de uma experiência profissional escassa ou, por outro lado, bastante rica, facto é que as instituições e as lideranças dessas mesmas instituições reconhecem (ainda que informalmente) a necessidade de existência de um enfermeiro ou enfermeiros que prestem assistência à gestão de topo, num contexto de coordenação da própria instituição. E, segundo as questões apuradas, verificamos que esta figura do enfermeiro de apoio à chefia é escolhida tendo em conta questões como antiguidade no serviço (e consequente domínio dos cuidados de enfermagem associada a uma experiência profissional), capacidades de liderança, existência de graduação profissional ou académica (pós-graduação em gestão e/ou especialização em enfermagem e/ou mestrado em enfermagem), mas também se verificou a escolha por otimização de horário fixo do enfermeiro selecionado pela chefia para o desempenho dessas funções ou através do facto de se verificar uma metodologia de organização do serviço por atribuição de área de atuação pelos elementos da equipa. É ainda de realçar que todos os enfermeiros entrevistados se mantêm na prestação de cuidados continuamente ou quando se verifica a necessidade de o fazerem por questões de escassez de recursos humanos para assegurar a prestação de cuidados, o que leva à questão da acumulação de funções, mas também à interação entre a gestão inerente ao próprio cuidar e a gestão organizacional.

Apesar de a enfermeira S.P. referenciar que, no seu parecer, a prestação de cuidados e as funções de gestão podem atuar em linhas paralelas, os restantes enfermeiros entrevistados mencionam ganhos na complementaridade das funções de gestão com a continuidade de funções de prestação direta de cuidados e vice-versa. Das áreas em que os enfermeiros referem maiores ganhos destacam-se a perceção mais real dos problemas do serviço e da prestação de cuidados, facilidade de implementação de procedimentos para melhoria da qualidade dos cuidados e da satisfação dos utentes, melhor interligação entre os enfermeiros e os objetivos do serviço e respetiva compreensão das decisões das chefias, uso mais eficaz dos recursos disponíveis, melhor controlo dos processos de qualidade, capacidade de priorização e gestão de tempo.

Mas é suposto que os enfermeiros desempenhem todas estas funções no âmbito da gestão dos seus serviços? As questões de título profissional ou de formação recebida têm papel preponderante?

De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão da Ordem dos Enfermeiros (2018), o desempenho de competências inerentes às funções de gestão, no âmbito do exercício profissional de enfermagem é da competência exclusiva dos detentores de título de enfermeiro especialista (há pelo menos 3 anos e do título de enfermeiro de cuidados gerais há pelo menos 10 anos), com atribuição da competência acrescida avançada em gestão – necessitando, ainda, de deter experiência profissional na área da gestão e de completar uma formação pós-graduada com 30 ECTS em Gestão, numa instituição de Ensino Superior (OE, 2018). Desta forma, na teoria, aos enfermeiros de cuidados gerais está vedado o reconhecimento do desempenho de competências ligadas a funções de gestão que possam desempenhar.

E, considerando ainda que, segundo o Regulamento de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, aos quais estão designadas as competências “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”, “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” – verificamos que muitas destas competências, senão mesmo a sua totalidade, são transversais às competências inerentes à realidade atual vivenciada pelos enfermeiros de cuidados gerais. De facto, excluindo algumas unidades de avaliação de competência e, conseqüentemente, alguns critérios de avaliação da respetiva unidade, devido à sua especificidade para com o enfermeiro especialista, o produto conseguido poderá ser um descritivo de competências de gestão dos cuidados facilmente transponíveis para um quadro de competências mais compatível e adequado face à ação do enfermeiro de cuidados gerais.

De facto, segundo os dados recolhidos através das entrevistas realizadas, a maioria dos enfermeiros considera que a não detenção do título de enfermeiro especialista não deve

inibir a escolha de um enfermeiro de cuidados gerais para o exercício de funções específicas de gestão / apoio à chefia de um serviço – contudo, ressaltam a importância de formação específica na área da gestão e, principalmente, o perfil pessoal do enfermeiro quer ao nível de liderança, de organização ou de experiência no desenvolvimento de projetos de gestão. Para estes, a formação em gestão em enfermagem carece de mais atenção ao nível da formação-base de um enfermeiro de cuidados gerais, apesar de estes serem indiretamente dotados de conhecimentos da área que o permitem exercer o dia-a-dia na sua profissão, especialmente ao nível da tomada de decisão e ao nível do exercício de reflexão de priorização da sua atuação e gestão dos cuidados. Ao nível do desempenho de funções específicas de gestão, a maioria é da opinião que esse desempenho de funções deve ser complementado com uma formação direcionada para essa mesma área por forma a legitimar a posição do enfermeiro e a validar ou consolidar conhecimentos que lhe permitam ter uma atuação mais sólida nessa área, estando sempre, contudo, dependente do perfil pessoal da pessoa e dos seus interesses pessoais. A detenção de competências não é inata ao momento em que é conferido um título, um grau académico ou finalizado algum tipo de formação – é um processo.

Verificamos, assim, que o enfermeiro de cuidados gerais tem vindo a desenvolver competências de gestão fora de um contexto de prestação direta de cuidados podendo-se afirmar que: demonstra um exercício de gestão de conduta ética visando o seu compromisso social com o bem-estar e responsabilidade da qualidade e segurança do ambiente de trabalho, de acordo com os princípios éticos e a Deontologia Profissional; dinamiza o processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos seus serviços, num contexto de prática multidisciplinar e integrada, visando a obtenção de elevados padrões de qualidade, satisfação das necessidades e expectativas dos utentes e restante equipa; assume-se como um agente ativo dos processos de mudança; faz recurso das evidências científicas produzidas pelos avanços da investigação na prática da Enfermagem como forma de melhorar a sua qualidade, efetividade e os custos operacionais associados; e apoia ainda a tomada de decisão em princípios científicos, articulando a teoria com a prática. Faz ainda uso da sua autonomia enquanto enfermeiro ao interpretar a obtenção de ganhos em saúde como o resultado principal de um processo de planeamento para identificação de necessidades em saúde e de ganhos potenciais, através de indicadores de avaliação, ao nível da estrutura, processos e resultados. Todos estes descritivos estão, de alguma forma, incluídos no Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão (OE, 2018), mas

coincidem com os detalhes da prática diária – “o fazer enfermagem” - dos enfermeiros de cuidados gerais.

É ainda de mencionar o facto de o enfermeiro assumir um posto central em termos de trabalho em equipa multidisciplinar, sendo ele o principal vetor de informação e o principal responsável pela forma de transmissão da informação entre os diversos pontos da rede existente no contexto dos cuidados de saúde, pode ser interpretado como uma questão de gestão organizacional, mas está, principalmente associado aos cuidados que presta. A informação e o fluxo que a mesma percorre por ação dos enfermeiros é tanto fundamental para o funcionamento da equipa multidisciplinar, como para a organização, mas, principalmente, para o sucesso do cuidar e satisfação do utente.

Em suma, verificamos que existem várias concepções relativamente às competências na área da gestão dos enfermeiros, havendo, contudo, um vetor universal em todas as entrevistas – o enfermeiro detém competências na área da gestão, apesar de existir a noção de que as suas competências ao nível da gestão quer operacional quer organizacional não são devidamente reconhecidas, especialmente por parte da sociedade comum, exterior ao meio dos cuidados de saúde. Estas competências estão muitas vezes “socialmente” atribuídas à classe médica, pelo que o real valor da autonomia da enfermagem neste âmbito parece ainda não lhe ser atribuído.

Considerando que é responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros, “zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros” e “definir o nível de qualificação profissional e regular o exercício profissional”, nos termos do disposto nas alíneas a) e e) do n.º 3 do artigo 3.º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, deve pois reavaliar o papel do enfermeiro de cuidados gerais a nível legislativo. Este, como elemento autónomo, com capacidade de análise, e capacidade de tomada de decisão daquilo que faz, pressupõe competências de gestão que vão além da capacidade de gestão de cuidados ou da gestão operacional, gestão intermédia, gestão estratégica/organizacional – a génese da própria enfermagem.

A complexidade do exercício diário da enfermagem prende-se com a necessidade constante de gerir diversos fatores – Kim (2010) considera, assim, a enfermagem como um tipo de conhecimento disciplinar específico focado num processo composto pela tríade ser humano-universo-saúde, constantes encontradas nas várias evidências e teorias de enfermagem. A “gramática” do conhecimento em enfermagem é de tal forma rica e detalhada que compreende várias frações, todas elas bastante complexas: conhecimento hermenêutico situacional (conhecimento proveniente da análise e

procura de respostas a questões subjetivas do “viver”, como a necessidade de atribuição de sentido); conhecimento hermenêutico crítico (proveniente das capacidades de interpretação, capacidade crítica e dos resultados provenientes das experiências de emancipação); conhecimento ético (o que é normalmente expectável e o que é que se aspira a alcançar na prática, abraçando os parâmetros normativos gerais e específicos da prática de enfermagem); e o conhecimento estético (a enfermagem é sinónimo de harmonia, beleza e individualidade do cuidado, devendo assim ser apresentada na sua forma prática). E toda esta conjugação de conhecimentos traduz-se no produto do processo de tomada de decisão do enfermeiro.

Para Kim (2010), a enfermagem é uma ciência humana prática, cujo conhecimento de síntese é revelado e conhecido pelo acesso à prática – algo corroborado por Meleis (2012) que tipifica a enfermagem como ciência humana, orientada para a componente prática. Assim, a enfermagem só existe como conhecimento autónomo e disciplinar em função de uma ação prática.

Afirmar a enfermagem como uma profissão autónoma é pressupor a capacidade de juízo crítico e de tomada de decisão na prestação de cuidados e o seu valor quando estes são envolvidos nas estruturas organizacionais que integram, com possibilidade de desempenharem um papel ativo e desenvolverem um trabalho adequado às necessidades dos utentes que cuidam diariamente, respondendo, simultaneamente a exigências organizacionais garantindo padrões de qualidade.

4. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Podemos afirmar que as teorias de enfermagem apresentam uma evolução nas suas concepções ao longo da história, evoluindo paralelamente com as sociedades e com a ciência. Deste a Enfermagem e o modo como é praticada devem adotar status que harmonize a conjugação entre o cuidar, as populações e os contextos socioeconómicos atuais: a teoria, a componente legal e a prática devem complementar-se entre si e demonstrar um vetor coerente.

Assim, após a elaboração do presente estudo e perante a “Como é que os enfermeiros de cuidados gerais fazem uso de competências de gestão aquando do seu contexto prático, com conseqüente cumprimento, superação ou não aproveitamento do quadro legal?”, podemos afirmar que existe uma superação do quadro legal da profissão de enfermagem nas práticas, no que às competências de gestão diz respeito, com intervenções ao nível da gestão de recursos materiais, liderança de equipas, organização logística e funcional dos serviços, segurança dos cuidados e gestão do risco, por exemplo.

De acordo com a OE (1996), são consideradas “autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” e “os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”, contudo estes descritivos não traduzem a riqueza das ações dos enfermeiros nos contextos organizacionais onde exercem.

Há, pois, todo um conjunto de intervenções no âmbito do “gerir” que estão implícitas ao próprio “cuidar” e que se foram entranhando na própria natureza da Enfermagem e em todo o complexo processo de tomada de decisão de um enfermeiro. Contudo, competências desenvolvidas por enfermeiros, quer sejam eles especialistas ou de cuidados gerais, não se encontram suficientemente descritas e, no caso dos últimos, não se encontram sequer atribuídas. O enfermeiro de cuidados gerais, por necessidade do contexto onde exerce, pelas características individuais do enfermeiro ou pela

ausência de enfermeiro com habilitações académicas ou profissionais (pós-licenciatura de especialização) superiores desempenha, pois, um papel na gestão, fulcral em muitos contextos – todavia, a Ordem dos Enfermeiros apenas reconhece a competência acrescida em gestão ao enfermeiro especialista, considerando-a, por isso, “avançada”.

Considerando que as competências acrescidas são fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, das práticas e contextos, adquiridos ao longo do percurso profissional do Enfermeiro e que estas permitem responder, de forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população e que o reconhecimento destas competências acrescidas valoriza as dimensões da formação, teórica e prática, na área da Enfermagem ou complementares e, simultaneamente, promove o reconhecimento do exercício profissional (OE, 2018), recomenda-se, por isso, a Ordem dos Enfermeiros ir ao encontro da realidade observada em muitos contextos, reconhecendo também o papel do enfermeiro de cuidados gerais no âmbito da gestão, reconhecendo-lhe as competências desenvolvidas nesse âmbito. Revela-se necessário uma maior abrangência ou flexibilidade do quadro legal e normativo preconizado pela Ordem dos Enfermeiros por forma a que não seja vedado o reconhecimento de competências que de facto foram desenvolvidas e aprimoradas por um enfermeiro pelo facto de este não ser detentor do título de enfermeiro especialista.

Nesta ótica e atendendo que as Competências Acrescidas Avançadas acrescentam competências às já preconizadas para um enfermeiro especialista (exclusivamente) e que as Competências Acrescidas Diferenciadas devem reconhecer a perícia numa área de intervenção diferenciada, mas sem colidir com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (OE, 2018), recomenda-se, desta forma, a contemplação de um conjunto de competências no Regulamento Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, prevendo o seu papel no âmbito de áreas da gestão, por forma a adequar o quadro legal à realidade e às exigências organizacionais observadas e, desta forma, poder conferir Competências Acrescidas Diferenciadas em Gestão aos enfermeiros de cuidados gerais, sem prejuízo das competências comuns do enfermeiro especialista. De salientar que aos enfermeiros de cuidados gerais não seriam conferidas competências na área da Consultoria e Assessoria, que continuariam exclusivas para os enfermeiros especialistas.

Como limitações do estudo, é de referir o número limitado de entrevistados e o facto de não ter sido possível entrevistar enfermeiros com funções de gestão de todos os contextos da prática de enfermagem existentes. O facto de nem todas as equipas possuírem enfermeiros especialistas, sendo a atribuições de funções no âmbito da

gestão obrigatoriamente a um enfermeiro de cuidados gerais (casos das enfermeiras A.M. e T.L.), revelou-se um fator condicionador dos resultados obtidos e, em simultâneo, um potenciador das recomendações formuladas.

Assim, conclui-se que práticas, teoria e quadro legal devem adaptar-se mutuamente.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, A. B., Costa, R. d., Weirich, C. F., & Bezerra, A. L. (2005). *GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO*. Revista Eletrônica de Enfermagem.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing-sensitive outcomes : state of the science*. Boston: Jones and Bartlett.
- Enfermeiros, O. d. (1996). *Reguamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, O. d. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, O. d. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, O. d. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. Ordem dos Enfermeiros.
- Fernandes, M. S., Spagnol, C. A., Trevizan, M. A., & Hayashida, M. (2003). *A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração*. Revista Lation-Americana de Enfermagem.
- Fitzpatrick, J., & Whall, A. (1983). *Conceptual models of nursing*. Bowie, MD: Prentice Hall.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guerra, I. C. (2014). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Parede: Príncipia.
- Henderson, V. (Agosto de 1964). The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, pp. 62-68.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*. Macmillan.
- Kim, H. S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Kim, H. S. (January de 2012). The role of theory in clinical nursing practice. *Klinisk sygepleje*, pp. 16-29.
- Kim, H. S. (2015). *The essence of nursing practice: philosophy and perspective*. New York: Springer Publishing Company.

- Leininger, M. (August de 1979). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices. *Medical Anthropology Newsletter*, pp. 23-25.
- Leininger, M. M. (1991). Culture care and universality: Theory of nursing. Em M. M. Leininger, *The theory of culture care diversity and universality* (pp. 5-68). New York, NY: National League for Nursing.
- Levine, M. E. (November de 1966). Adaptation and assessment: A rationale for nursing intervention. *The American Journal of Nursing*, pp. 2450-2453.
- Levine, M. E. (January de 1969). The Pursuit of Wholeness. *American Journal of Nursing*.
- Levine, M. E. (1971). Holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*, pp. 253-264.
- Levine, M. E. (1973). *Introduction to Clinical Nursing*. Davis.
- Levine, M. E. (1990). Conservation and Integrity. Em M. E. Parker, *Nursing Theories in Practice*. New York: National League for Nursing.
- Levine, M. E. (1991). The conservation principles : a model for health. Em J. Fawcett, M. E. Levine, K. M. Schaefer, & J. B. Pond, *Levine's conservation model : a framework for nursing practice* (p. 282). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Levine, M. E. (Spring de 1996). The conservation principles: A retrospective. *Nursing Science Quaterly*, pp. 38-41.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia: Wolters Kleiwer / Lippincott William & Wilkins.
- Mendes, R. (2008). *História dos Conceitos de Saúde e Doença*. Nursing.
- Murray, R., & Zentner, J. (1975). *Nursing concepts in health promotion*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Nightingale, F. (1859 (publicação original)). *Notes on nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Oream, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Poupart, J., Mayer, R., Deslauriers, J.-P., Pires, Á. P., Laperrière, A., & Groulx, L.-H. (2012). *A pesquisa qualitativa : enfoques epistemológicos e metodológicos*. Persépolis: Vozes.
- Safier, G. (1977). *Contemporary American Leaders in Nursing : An Oral History*. New York: McGraw-Hill.
- Sousa, A. d. (1999). *Introdução à Gestão - Uma abordagem sistémica*. Verbo.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing Theory Utilization and Application*. Philadelphia: Mosby-Year Book.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown and Co.

APÉNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista semiestruturada

Pergunta 1. Em que ano terminou a sua formação base como enfermeiro? Como foi o seu percurso profissional inicial?

Pergunta 2. Como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação do serviço onde atualmente exerce a profissão?

Pergunta 3. Mantém-se na prestação de cuidados? A sua intervenção na gestão do serviço influencia a forma como presta os cuidados? E a prestação de cuidados influencia a forma como aborda as questões de coordenação do serviço? De que forma?

Pergunta 4. Considera o enfermeiro um profissional com competências e funções de gestão?

Pergunta 5. A formação fornecida nos cursos de licenciatura é suficiente para dotar os enfermeiros de cuidados gerais para um papel ativo na gestão de serviço?

Pergunta 6. Qual a sua opinião relativamente à atribuição de funções de gestão ou coordenação de serviço a enfermeiros especialistas face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais?

Pergunta 7. O que a sociedade vê no enfermeiro? O que a Ordem dos Enfermeiros e as teorias de enfermagem (que conhece) definem como sendo a intervenção do enfermeiro? O que é exigido por parte da realidade vivenciada no serviço? Coincidem no mesmo ponto?

APÊNDICE II – Grelha de entrevista

TÓPICOS	PERGUNTAS	INFORMAÇÃO PRETENDIDA
Experiência profissional e contextos profissionais	<p>Em que ano terminou a sua formação base como enfermeiro? Como foi o seu percurso profissional inicial?</p> <p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a outras questões que se considerem relevantes para este tópico</p>	<p>Conhecimento dos contextos que terão tido influência no entrevistado: tempo de experiência profissional e pluralidade (ou sua ausência) institucional.</p>
Fatores de seleção para desempenho de funções na área da gestão	<p>Como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação do serviço onde atualmente exerce a profissão?</p> <p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a outras questões que se considerem relevantes para este tópico</p>	<p>Fatores que levaram à seleção do entrevistado para o desempenho de funções de gestão / coordenação / apoio à chefia.</p>
Prestação direta de cuidados e desempenho de funções de gestão	<p>Mantém-se na prestação de cuidados? A sua intervenção na gestão do serviço influencia a forma como presta os cuidados? E a prestação de cuidados influencia a forma como aborda as questões de coordenação do serviço? De que forma?</p>	<p>Implicações do exercício de funções de gestão / coordenação / apoio à chefia: acumulação de funções e relação com a prestação direta de cuidados</p>

	<p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a outras questões que se considerem relevantes para este tópico</p>	
<p>Competências de gestão</p>	<p>Considera o enfermeiro um profissional com competências e funções de gestão?</p> <p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a outras questões que se considerem relevantes para este tópico</p>	<p>Visão do enfermeiro relativamente ao seu papel na gestão de serviço / da organização e descrição das suas competências e funções</p>
<p>Perspetiva do papel da formação e experiência profissional</p>	<p>A formação fornecida nos cursos de licenciatura é suficiente para dotar os enfermeiros de cuidados gerais para um papel ativo na gestão de serviço?</p> <p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a outras questões que se considerem relevantes para este tópico</p>	<p>Nível de importância da formação adicional e do tempo de experiência profissional para um desempenho competente de funções de gestão / coordenação / apoio à chefia.</p>
<p>Funções de gestão de enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros especialistas</p>	<p>Qual a sua opinião relativamente à atribuição de funções de gestão ou coordenação de serviço a enfermeiros especialistas face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais?</p> <p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a</p>	<p>Diferenças (ou ausência de diferenças) entre competências de gestão de enfermeiros de cuidados gerais e de enfermeiros com título de especialista</p>

	outras questões que se considerem relevantes para este tópico	
Visibilidade do trabalho de gestão dos enfermeiros	<p>O que a sociedade vê no enfermeiro? O que a Ordem dos Enfermeiros e as teorias de enfermagem (que conhece) definem como sendo a intervenção do enfermeiro? O que é exigido por parte da realidade vivenciada no serviço? Coincidem no mesmo ponto?</p> <p>* Ter em consideração dados fornecidos em resposta a outras questões que se considerem relevantes para este tópico</p>	<p>Compatibilidade entre a visão social e as preconizações legais e teóricas relativas às funções de gestão dos enfermeiros na realidade dos contextos práticos</p>

APÊNDICE III – Quadro global dos perfis dos enfermeiros submetidos a entrevista

	A.M.	T.L.	M.N.	S.P.	N.V.	R.R.
Sexo masculino	-	-	X	-	-	X
Sexo feminino	X	X	-	X	X	-
Secção Regional Norte	-	-	-	-	-	-
Secção Regional Centro	X	X	-	X	-	X
Secção Regional Sul	-	-	X	-	X	-
Especialidade em enfermagem	-	-	X	-	-	X
Formação em gestão	X	X	-	-	-	X
Experiência profissional em cuidados de saúde primários	-	-	-	-	-	X
Experiência profissional em estruturas da RNCCI	-	X	X	-	-	-
Experiência profissional em contexto hospitalar	-	-	X	X	X	-
Experiência profissional em outras instituições do SNS	X	-	X	-	-	-
Experiência profissional superior a 10 anos	-	-	-	X	X	X
Experiência profissional inferior a 10 anos	X	X	X	-	-	-

APÊNDICE IV – Entrevista enfermeira A.M.

26 de janeiro de 2018.

A.M., enfermeira de cuidados gerais numa unidade de saúde mental e psiquiatria na região centro.

E: Pergunta 1. Em que ano terminou a sua formação como enfermeira? Como foi o seu percurso profissional inicial?

A.M.: Terminei o meu percurso académico em 2013 e, inicialmente, comecei... prestei logo cuidados na área da saúde mental, onde me encontro atualmente.

E: Como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação do serviço onde atualmente exerce a profissão? Foi uma questão gradual, foi proposto por causa de algum curso que tirou?

A.M.: Foi uma questão gradual, uma questão de... oportunidade e também de pertinência de... de... de... haver necessidade de... de fazer essas... esse tipo de coordenação e foi também uma questão de hierarquia. Portanto, encontrava-me com uma equipa jovem e comecei... atualmente sou a mais velha no serviço em questão de tempo de serviço e a segunda mais velha em questão de idade.

E: E de há quanto tempo para cá é que começou mesmo a iniciar essas funções?

A.M.: Há cerca de um ano.

E: Um ano?

A.M.: Um ano. Onde também fiz.... Complementei com a pós-graduação de gestão e administração de serviços de saúde.

E: Mas mantém-se ainda na prestação de cuidados? O trabalho de coordenação que faz é exclusivo ou é apenas acessório?

A.M.: Não, é acessório.

E: E a sua intervenção desta forma no serviço influencia a forma como presta os cuidados?

A.M.: Acaba por influenciar porque, tendo estas funções vamos sempre conseguir fazer uma leitura diferente da prioridade e até mesmo da prestação dos serviços. Acabamos sempre por adquirir algumas competências, nomeadamente na situação específica na gestão de, por exemplo, stocks e acaba sempre por influenciar a nossa praxis diária ao adquirir essas competências.

E: A forma como desempenha as suas funções de enfermeira de cuidados gerais na prestação direta de cuidados interfere na forma como coordena? Há uma dualidade?

A.M.: Há uma interligação que a gente não consegue fazer essa separação. Não conseguimos ter só na prática a prestadora de cuidados gerais ou só funções de coordenação... as duas estão interligadas, até porque o trabalho é comum e é interligado no serviço...!

E: E considera o enfermeiro como tendo competências e funções de gestão? Acha que se adequa de se ter um enfermeiro a coordenar e a gerar quando nós somos “ensinados” para a prestação de cuidados de saúde e não propriamente para a gestão?

A.M.: Acho que é uma mais valia... E poderemos, em questões legais não estar tão habilitados ou precisar de uma especialização para, na teoria, termos essa capacidade de gestão... mas considero que um enfermeiro de cuidados gerais tem no seu dia-a-dia quer competências, quer... intervenções de gestão.

E: Considera que ao nível da formação-base da licenciatura esse papel do enfermeiro na organização tem destaque suficiente ou acha que é mesmo uma questão muito de prática e não propriamente uma sensibilização prévia na formação?

A.M.: Penso que apesar de termos essa disciplina, de gestão, é uma disciplina que vai buscar muita retórica, muita teoria, que também é importante, mas que depois não tem a ênfase necessária e não dá os conhecimentos e a capacitação-base para as capacidades de gestão que no dia-a-dia são aplicadas.

E: Qual a sua opinião relativamente à atribuição de funções de gestão ou coordenação a enfermeiros especialistas face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais?

A.M.: Considero que as mesmas podem ser adquiridas porque os enfermeiros de cuidados gerais têm tantas ou mais valências e.... e... ainda estão mais....

E: Mas considera que há diferenças entre a gestão ser feita por um enfermeiro com título de especialista do que por um enfermeiro de cuidados gerais?

A.M.: É assim... Eu considero que sim. Considero que se os enfermeiros especialistas têm essa formação e se a adquirem, considero que têm o dever de prestar essas capacidades de forma mais competente. Agora, se um enfermeiro, com a sua prática diária e, neste caso, até com um complemento na área da gestão, tem a capacidade de executar as tarefas de igual forma que um enfermeiro especialista, mas, atualmente, não tem no seu título essa competência.

E: Porque a questão é: um enfermeiro especialista especializa-se numa área de cuidados.... Realmente eles têm uma unidade curricular que é, digamos, de apoio ao serviço, uma unidade curricular sempre na área da gestão / chefia, contudo essa mesma unidade curricular pode ser equiparada a um enfermeiro que tira um curso especializado disso, correto?

A.M.: Correto, exatamente. Se o enfermeiro generalista, quer com a sua experiência profissional, quer depois com esse complemento ou não de formação, acho que as

funções são executadas de igual forma que um enfermeiro generalista... que um enfermeiro especialista, desculpa! Porque o enfermeiro quando se torna especialista torna-se especialista numa das áreas que temos disponíveis e não há nenhuma área de especialização em gestão. Portanto, ao não existir essa área, um enfermeiro generalista também tem as mesmas capacidades e também as poderá executar.

E: O que a sociedade vê no enfermeiro, o que a Ordem dos Enfermeiros e as teorias de Enfermagem (que conhece) definem como sendo a intervenção do enfermeiro e aquilo que é a realidade vivenciada no serviço – coincidem? O que eu quero dizer é: acha que há um ponto de colisão entre as teorias, os regulamentos e a prática no que diz respeito à gestão, ou acha que há diferenças?

A.M.: Não, considero que há diferenças.

E: Em que sentido?

A.M: Relativamente à sociedade, considero que a sociedade vê o enfermeiro como o enfermeiro de cabeceira, aquele que está 24 horas sob 24 horas com o utente, em que eles realmente nos questionam e nos solicitam, mas que quem realmente tem uma importância e uma avaliação digna e fidedigna em relação a diagnósticos e posteriores intervenções é a classe médica. Em relação à Ordem dos Enfermeiros, a Ordem não identifica e não regula essa questão da gestão. Diz que o enfermeiro organiza, que o enfermeiro coordena, que o enfermeiro executa, que o enfermeiro supervisiona os cuidados, o ambiente e toda a rede social de apoio do utente, mas que depois não valida essas competências de gestão que temos na nossa praxis. Relativamente às teorias, nalgumas teorias podemos realmente considerar que o enfermeiro realmente tem competências de gestão, como a das Transições, onde, por exemplo, um utente que tenha uma alta, o enfermeiro tem a capacidade e a competência de fazer, por exemplo, a gestão e a ponte com os cuidados primários, com o domicílio e ver toda a rede de suporte que o utente ainda poderá carecer desses cuidados na sociedade... Outras teorias também como a do Autocuidado, o enfermeiro poderá ter essas competências de gestão... Outras nem por isso..... não... já não são tão explícitas nessa nossa capacitação. Em relação à realidade, na minha prática diária, o enfermeiro é reconhecido como um enfermeiro gestor...

E: Estamos a falar na área da saúde mental, correto?

A.M.: Na área da saúde mental onde estou, que são unidades de longo internamento que também têm a sua especificidade... Quer na esfera familiar, quer até na ligação e coordenação com a equipa médica, o enfermeiro realmente está muito bem posicionado e faz toda essa componente de gestão e ligação, quer com a equipa médica, quer com a sociedade, quer com a parte familiar, quer a coordenação toda dos cuidados que são prestados e devidos diagnósticos e intervenções que são implementadas.

E: Então, em resumo, para si, o enfermeiro é um gestor?

A.M.: É um gestor, em várias esferas.

APÊNDICE V – Entrevista enfermeira T.L.

26 de janeiro de 2018.

T.L., enfermeira de cuidados gerais numa unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção na região centro.

E: Em que ano terminou a sua formação base como enfermeira? Como foi o seu percurso profissional inicial?

T.L.: Terminei a minha formação em 2013 e comecei a trabalhar nos cuidados domiciliários durante 1 ano como enfermeira coordenadora nos cuidados domiciliários... após 1 ano fui para a unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção onde exerço até à data de hoje.

E: E como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação tanto de um serviço como de outro das duas experiências profissionais que tem - pelos vistos assumiu sempre funções de coordenação em ambos, correto? Como é que surgiu? Foi gradual? Foi uma oportunidade? Foi por causa da sua formação? Ambição pessoal?

T.L.: Não, foi gradual! Nos cuidados domiciliários estava lá há cerca de 4 meses, 5 meses... e talvez tenha sido pelas minhas capacidades de liderança... talvez tenha sido por aí, que o meu... na altura o meu patrão... me convidou a ser enfermeira coordenadora. Aceitei, era um cargo que até ambicionava, aceitei e fui exercendo. Depois, quando mudei de trabalho, fui enfermeira de cuidados gerais durante 2 anos e mais qualquer coisa... e só há coisa de 6 meses é que sou enfermeira coordenadora na unidade. Fui convidada a ser!

E: E como foi em termos de articulação? Deixou a prestação de cuidados? Mantém-se na prestação de cuidados? Tem turnos específicos para a prestação

**de cuidados e para a coordenação? Ou estava exclusivamente na coordenação?
Em ambas os seus meios profissionais.**

T.L.: Nos cuidados domiciliários, articulei sempre com as práticas... acumulei funções, digamos assim. Foi acumulação de funções: portanto, coordenava e fazia as práticas de enfermagem. Na unidade, fazia, inicialmente, só estive como coordenadora... a exercer o papel de coordenadora! Posteriormente é que comecei por acumular novamente funções, portanto ter o papel de coordenadora e também enfermeira, fazer as práticas de enfermagem.

E: Acha que a sua intervenção na gestão do serviço (agora vamos falar mais do seu último contexto)... A sua intervenção na gestão do serviço teve impacto na sua prática? E vice-versa? Ou seja, que o facto de prestar os cuidados também teve impacto na maneira como você via a coordenação ou como devia ser feita e como acabava também por fazê-la?

T.L.: Sim, sim. Creio que sim. Porque só estando como coordenação nós temos outra amplitude das coisas. Focamo-nos mais na coordenação e não vemos tão ao pormenor quais as dificuldades que existem no terreno, digamos assim. Enquanto que estando na prática e ao mesmo tempo a coordenar, nós percebemos quais são as dificuldades que os enfermeiros têm na sua prática laboral.

E: E acha que há benefícios? Tanto para os enfermeiros, para as organizações e para os doentes? O facto de ter um enfermeiro com funções de coordenação na prestação...

T.L.: Sim, há benefícios, sem sombra de dúvidas.

E: Para quem, principalmente?

T.L.: Há benefícios para os enfermeiros. Porque o coordenador... o facto de andar no terreno consegue perceber mais facilmente as dificuldades dos enfermeiros. Na minha perspetiva é isso que sinto. Agora... para o coordenador, estar a fazer as duas funções não é fácil. Portanto, é uma tarefa bastante árdua.... Então estar todos os dias a acumular funções tanto de coordenação como ser enfermeiro de cuidados gerais é

extremamente difícil. Mas depois temos uma outra amplitude, uma outra visão de como estão os serviços.

E: E acha que beneficia os doentes? Acha que beneficia os cuidados que são prestados aos utentes? Acha que consegue manter um equilíbrio entre o interesse da organização, o interesse dos clientes e o interesse enquanto enfermeiro também? E quando refiro interesse digo, o “cuidado”...

T.L.: Eu creio que o interesse pela instituição sim, porque afinal de contas estamos a acumular funções, portanto temos um enfermeiro que é coordenador e ao mesmo tempo temos um enfermeiro de cuidados gerais. Portanto, há interesse pela parte da instituição: em vez de pagar dois ordenados, paga um. Quanto aos utentes... também! Lá está! Porque uma vez que vemos as dificuldades que existem no terreno, nós também conseguimos ajudar mais facilmente tanto os utentes como os enfermeiros...! Porque conseguimos ver mais na realidade não só trabalho de gabinete.

E: Ou seja, é uma forma também de conseguir adequar, tanto em termos de recursos que são necessários mobilizar para a prestação de cuidados...

T.L.: Exato. “Quanto”! Os “timings”! As necessidades que os utentes têm como os enfermeiros...!

E: Considera então o enfermeiro como um profissional com competências e funções de gestão?

T.L.: Sim, sim! Sem sombra de dúvida! Sim!

E: Mas acha que isso é uma coisa que vem da formação-base? Acha que a formação-base da licenciatura prevê esse papel do enfermeiro? Que dota os enfermeiros de recursos, de competências suficientes para desenvolver um trabalho de gestão e coordenação ou acha que ainda há défices nesse aspeto? Que o enfermeiro, a nível de formação, ainda tem cartas para jogar nessa parte?

T.L.: Eu acho que, nós enfermeiros, temos, de formação, parâmetros onde conseguimos ir buscar a gestão. Porque nós gerimos! Gerimos informação, gerimos famílias, gerimos cuidados, gerimos os utentes, ambientes...! Portanto, nós enfermeiros somos também prestadores de “cuidados de gestão”. Agora, as falhas podem ser colmatadas com mais formação. Eu, inclusive, como estive... inicialmente fui coordenadora dos cuidados domiciliários, fiz uma formação, uma pós-graduação em gestão e administração em serviços de saúde exatamente por isso: pela ambição de saber mais sobre gestão e poder colmatar esse défice de conhecimento. E acho que nós enfermeiros já somos profissionais a quem a palavra “gestão” está muito dentro da nossa ordem de trabalho.

E: Então, nesse aspeto, sendo você enfermeira generalista... você considera que os enfermeiros especialistas estão mais aptos a desempenhar funções de gestão e coordenação no serviço? Ou acha que essas mesmas funções podem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais sem prejuízo da diligência e qualidade do trabalho apresentado?

T.L.: Ora bem... vamos lá ver...! Um enfermeiro especialista especializa-se numa área. Não há especialidade em gestão, portanto os conhecimentos que o enfermeiro especialista tem... sabe mais é da especialidade que tirou. Portanto ele sabe o mesmo que um enfermeiro de cuidados gerais...

E: Ao nível de capacidade de gestão?

Ao nível de capacidade de gestão, sim. Ele sabe mais sobre a especialidade que tirou. Mas sobre gestão, ele sabe o mesmo. Porque a base está lá à mesma. Ele não se foi especializar em gestão. Portanto, na minha modesta opinião, não creio que o enfermeiro especialista saiba mais. Sabe mais, sim, sobre a especialidade que tirou. Sobre gestão, uma vez que ainda não há cursos de especialização de gestão...

E: Haver, há. Não são reconhecidos como sendo uma especialidade.

T.L.: Exatamente! Já somos pioneiros porque já estamos com pós-graduações, com mestrados... e, portanto, acho que facilmente conseguimos chegar a uma especialização. E aí... depois cabe a experiência de serviço e a especialização em

gestão. Agora, até lá, não acho que um enfermeiro especialista tenha mais conhecimentos (nessa área) que um enfermeiro de cuidados gerais.

E: Nessa ótica, pegando no que esteve a dizer: como é que acha que a sociedade vê o enfermeiro? Como é que a Ordem vê esse enfermeiro com funções de gestão? E o que dizem as teorias face à realidade que observa? Ou seja, destes quatro elementos (sociedade, Ordem, teorias e realidade que observa), há diferenças? Coincidem? Preveem o enfermeiro como gestor?

T.L.: Ahhhh... A sociedade não prevê o enfermeiro como gestor. A sociedade vê o enfermeiro como... um prestador de cuidados! Um cuidador! Digamos... eu acho que por prestador de cuidados somos nós que nos vemos a nós... nós prestamos cuidados. A sociedade vê-nos como cuidadores: estamos ali 24 horas, é certo, mas não nos vê como gestores. Gestor é o médico. Em termos de informação, a informação divulgada ainda não é tão divulgada quanto isso ao nível da gestão do enfermeiro. Se nós conseguíssemos fazer chegar mais informação à sociedade para que ela percebesse que nós gerimos cuidados, gerimos ambientes, gerimos famílias, gerimos utentes... talvez a sociedade conseguisse mais facilmente ver que somos gestores. As teorias de enfermagem falam em gestão. Indiretamente falam em gestão! A teoria de transições de Meleis... eu acho que também fala ali também o modelo de avaliação familiar de Calgary, também que é a gestão das famílias. E o modelo dos autocuidados de Orem também frisa ali a mais que não seja na gestão dos cuidados prestados ao utente, que é a planificação deles e quando estamos a planear nós temos de gerir. Quanto à Ordem ainda não definiu... Ainda não há nada em concreto que diga que somos enfermeiros gestores...

E: Mas sabe que está prevista a categoria de enfermeiro gestor?

T.L.: Sei e espero que saia! Porque nós temos chefes de serviço, coordenadores de serviço e, portanto, têm de ser valorizados por isso e têm de ser reconhecidos.

E: Nós temos essa categoria, contudo ao nível da formação base, ou seja, para um “mero” enfermeiro de cuidados gerais acha que está prevista essa questão da gestão? O cuidador como você falou... temos funções de gestão, temos competências de gestão?

T.L.: Sim! Ao longo desta conversa fui-lhe dizendo sempre que temos competências de gestão porque nós gerimos no nosso dia-a-dia! Na minha realidade, eu sei que os meus utentes me vêem como gestora dos cuidados deles. A instituição vê-me como gestora! Agora para a realidade cá fora... a dita sociedade, eu acho que não me vê como gestora. Agora se nós temos competências de gestão: sim! Claramente, sem sombra de dúvida.

E: O que lhe diz o seu contexto profissional?

T.L.: O meu contexto profissional diz-me que eu sou gestora. Gestora de cuidados, como já disse e volto a frisar até para perceberem bem onde é que nós gerimos...! Gestora de cuidados, gestora de famílias, gestora de necessidades, de utentes, de ambientes, de querereres, de informação... a gestão de informação que nós temos de ter com as famílias, com o que é plausível de ser dito, o que não é, o que podemos dizer às famílias, ou omitir às famílias. Eu na minha realidade sou gestora.

E: Aquela questão da informação: até que ponto? Qual o limiar entre o que deve ser dito? Porque ética e deontologicamente há o direito à informação e até que ponto é benéfico?

T.L.: Agora, eu tenho de gerir essa situação muito bem, porque o utente tem o direito à sua informação. Nada diz que a família tem o direito à informação: o utente é que tem direito a dizer quem são os familiares que têm direito a receber a informação. Portanto, como enfermeira de cuidados gerais, tenho de saber gerir esta informação e este ambiente!

APÊNDICE VI – Entrevista enfermeiro M.N.

28 de fevereiro de 2018.

Enfermeiro M.N., enfermeiro especialista em enfermagem comunitária a exercer funções de coordenação e apoio à chefia num hospital da região sul.

E: Em que ano terminou a sua formação como enfermeiro? Como foi o seu percurso profissional inicial?

M.N.: Terminei o curso base em 2009, comecei a trabalhar numa ERPI da região sul, depois num outro hospital da região sul num serviço de cirurgia geral, depois em cuidados continuados em 2 unidades da região sul, depois num hospital da região sul em cuidados intensivos e, atualmente, neste hospital da região sul, num serviço de medicina.

E: Como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação do serviço e apoio à chefia onde atualmente exerce a profissão?

M.N.: Esta oportunidade veio através da formação que tive e do percurso profissional que fiz, aquando de exercer em cuidados continuados. Eu assumi funções de gestão porque já tinha feito um mestrado, há altura, em cuidados continuados e paliativos. Ao vir para este hospital e para este serviço, era das pessoas que tinha mais graduação, que já tinha desempenhado funções de gestão durante dois anos e meio e que acabou por surgir assim o convite.

E: E mantém-se na prestação de cuidados? Se não se mantém na prestação de cuidados, há quanto tempo se deixou de estar na prestação de cuidados?

M.N.: Sempre que necessário, em termos de gestão do serviço, eu presto cuidados, por isso não posso dizer que deixar de prestar cuidados.

E: E a sua intervenção na gestão / coordenação do serviço influencia a forma como presta os cuidados? E a forma como presta os cuidados influencia a forma como coordena e ajuda a gerir o serviço?

M.N.: Se calhar as coisas vêm um bocadinho em paralelo uma com a outra, mas acho que, no momento, nem uma coisa influencia a outra nem a outra influencia a anterior, porque essa visão já trazia anteriormente. Eu acho que quando temos os dois papéis, que a nossa gestão dos cuidados é completamente diferente quando temos também a responsabilidade da gestão do serviço ou de alguma gestão do serviço, porque mesmo quer queiramos quer não, mesmo estando na gestão dos cuidados, há sempre algumas funções que fazemos que não só parte só da gestão dos cuidados e aí temos que gerir o tempo de outra para conseguirmos assumir algumas das funções de coordenação.

E: Considera o enfermeiro generalista um profissional com competências e funções de gestão, não digo só a nível empresarial e organizacional, mas também no geral, num nível mais operacional?

M.N.: Eu considero que... um enfermeiro generalista que tenha já algum tempo de experiência, que consiga ter capacidade de gestão operacional... Se calhar recém-licenciados ou recém-cursados não digo que sim, mas com alguma experiência eu acho que sim e isso acontece neste serviço.

E: Ou seja, liga diretamente a questão das competências de gestão / coordenação diretamente com uma questão de maturidade e também de desenvolvimento profissional e crescimento pessoal?

M.N.: Sem dúvida. Além de que para fazer coordenação do serviço e gestão do serviço, eu acho que são necessárias outras competências, mas que a nível operacional eu acho que é por aí.

E: Que competências?

M.N.: Eu acho que ajuda bastante competências a nível da organização do serviço, a nível de gestão de recursos humanos, gestão de materiais e equipamentos, que sem dúvida é onde toda a gestão do serviço vai ser mais necessária.

E: E as competências, digamos que mais interpessoais, ao nível de liderança, de relacionamento com os outros membros da equipa? Considera como sendo também este tipo de competências ou, de todo, considera que isso é uma questão que quase toda a gente tem competência e, por isso, só essa questão dos stocks e essa parte mais rigorosa, mais técnica, digamos assim, mais material é que realmente importa?

M.N.: Eu acho que a parte das relações é extremamente importante. O que eu também considero é que... considero que há pessoas que têm essa competência mais desenvolvida do que outras e não só através de formação avançada na área da gestão.

E: Competência ou apetência inata?

M.N.: Se calhar as duas coisas. Se calhar, posso-lhe dizer, poderei ter, no meu caso, alguma apetência inata mas também o facto de já ter estado na coordenação de outros serviços anteriormente, consegui desenvolver essa competência a nível profissional.

E: Pegando nesta questão da formação e também da questão da experiência profissional... Considera que a formação fornecida nos cursos de licenciatura é suficiente para dotar os enfermeiros de cuidados gerais para um papel ativo na gestão dos serviços?

M.N.: Não. Acho que não é suficiente porque é dada pouca ênfase à parte da gestão e quando os profissionais recém-licenciados chegam aos serviços, as maiores lacunas são nessa área. Não estão minimamente preparados para assumir uma gestão / coordenação de qualquer serviço.

E: Considera que a formação dos enfermeiros generalistas concentra-se muito numa área / base muito clínica e pouco numa base organizacional, económica, bem mais indo em contra os interesses atuais?

M.N.: Vai muito para a prestação direta de cuidados e pouco para a área da gestão.

E: Sendo um enfermeiro especialista, quando começou a coordenar nos cuidados continuados começou a coordenar como enfermeiro especialista? Já tinha algum tipo de formação? Ou ainda era um enfermeiro de cuidados gerais?

M.N.: Não tinha a especialidade, tinha sim um mestrado na área da enfermagem.

E: Ou seja, era um enfermeiro generalista...

M.N.: Sim.

E: Então, qual a sua opinião relativamente à atribuição de funções de gestão ou coordenação a enfermeiros especialistas face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais?

M.N.: Eu acho que isso é uma boa questão. Em relação à minha prestação aquando dos cuidados continuados do qual eu fui coordenador, tive funções de chefia, eu já tinha feito o mestrado. E esse mestrado já tinha sido na área da enfermagem e já tinha tido a possibilidade de adquirir competências na área da gestão através do mestrado, que nenhuma foi acrescida aquando de fazer a especialidade em enfermagem.

E: Num ponto de vista mais geral... na sua perspetiva: o que é que a sociedade vê no enfermeiro? O que é que a Ordem vê no enfermeiro? E o que é que dizem as teorias de Enfermagem (que conhece) relativamente à intervenção do enfermeiro neste âmbito da gestão e de impacto na organização? Acha que coincidem, que são divergentes ou que são apenas diferentes?

M.N.: A opinião relativamente à sociedade, eu acho que a sociedade ainda hoje em dia vê os enfermeiros como... tarefeiros, como auxiliares dos médicos ou que executam apenas algumas funções interdependentes, não valorizando as funções autónomas da enfermagem, sendo uma delas a gestão dos serviços...! E a sociedade acho que não valoriza. Em relação à Ordem dos Enfermeiros eu acho que tem vindo a ser feito um... a ser desenvolvido um trabalho e acho que esse trabalho tem tido alguns frutos. Neste momento e atualmente, eu acho que a Ordem valoriza a gestão por parte de enfermagem... nas outras Ordens eu acho que as coisas ficavam um bocadinho esquecidas. Neste momento, acho que se consegue iniciar um bom trabalho, atendendo

àquilo que a Ordem preconiza e que está a defender. Em relação às teorias da enfermagem, nós temos várias teorias... acho é um mundo mesmo! Mas, por norma, todas elas ou a maior parte, dá ênfase à gestão sendo ela de vários tipos: gestão organizacional, ambiental, gestão dos cuidados de saúde. Eu acho que isso em algumas teorias tem sido valorizado e é defendido.

E: Você então acha que os documentos legais que nos regem, isto ao nível do enfermeiro generalista (você e especialista, mas não nos esqueçamos que a base é o enfermeiro de cuidados gerais), considera que essa base legal e essa base teórica está bem definida? Acha que precisava de um reajuste? Acha que a realidade se adequa aquilo que está escrito ou que existem divergências e que era necessário algum tipo de mudança? O que vê nesse aspeto?

M.N.: Se calhar, após alguma análise... se debruçarmos mesmo sobre o assunto, se calhar é necessário algum reajuste para que as coisas fossem claras, porque acho que ficou um bocadinho na dúvida (ou deixam-nos dúvidas), mas... o REPE já nos fala de competências de gestão ou de funções de gestão – eu só acho é que não está bem claro e não está difundido a nível de enfermagem... e isso é extremamente importante.

E: É que se a gente for a ler o REPE, “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e acessória, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente”, organizando, avaliando, propondo protocolos, dando parecer técnico, colaborando na elaboração de protocolos, participando na avaliação de necessidades da população ou promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação. Acha que toda esta questão é redutora? Acha que devia ser mais explorada nesta zona? O que acha?

M.N.: Eu acho que devia de ser mais explorado e dar ênfase, claramente, às funções que o enfermeiro...

E: Operacionais?

M.N.: Operacionais! Isso sim! Porque o que está aí é uma coisa abrangente, que os enfermeiros generalistas podem e devem fazer, mas eu acho que são aspetos que deviam estar mais específicos, para que fosse mais claro e não deixasse dúvidas.

**E: Acha um enfermeiro um gestor de uma organização, um gestor de cuidados?
Como definiria o enfermeiro como gestor, se tivesse de descrever?**

M.N.: Eu acho que isso depende das funções que lhe são atribuídas ou para as quais é contratado. Tanto pode ser gestor de cuidados, como pode ser gestor de organização, gestor de serviço, de unidade...

APÊNDICE VII – Entrevista enfermeira S.P.

5 de março de 2018.

Enfermeira S.P., de cuidados gerais com funções de responsável de serviço de apoio à chefia num hospital oncológico da região centro.

E: Em que ano terminou a sua formação como enfermeira? Como foi o seu percurso profissional inicial?

S.P.: Eu terminei o curso em 2004 e iniciei funções no Hospital X em Lisboa no serviço de Medicina e, posteriormente, vim para o instituto oncológico da região centro, em 2004.

E: Como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação do serviço onde atualmente exerce a profissão?

S.P.: Iniciei as funções de responsável de serviço no Hospital X com a distribuição em unidade da farmácia – todos os dias havia um responsável, um enfermeiro responsável de cuidados gerais que dava apoio à chefe. Aqui, iniciei funções como responsável de serviço ou de ajuda ao responsável de serviço num serviço de cirurgia onde sempre que era necessário que a enfermeira chefe necessitasse de alguém para colaboração, o enfermeiro de cuidados gerais seria para responsável de serviço. Quando saí do serviço de cirurgia e fui para o serviço de Imagiologia, aí fiquei responsável com uma outra colega minha pela gestão de todo o stock clínico, armazém de géneros e hoteleiro e farmácia. Eu saí do serviço de cirurgia por dificuldade a nível de horário para conseguir coordenar a minha vida profissional e pessoal – veio essa oportunidade de vir para a imagiologia. Na imagiologia acabou por vir essa oportunidade, como eu disse anteriormente, de subcoordenar ou coordenar com uma outra colega minha a responsabilidade de toda a gestão do serviço. Com a necessidade de uma enfermeira a tempo inteiro no serviço de medicina nuclear surgiu esta oportunidade de vir para aqui (foi a enfermeira diretora que acabou por me aliciar). Aqui sou responsável por toda a

gestão dos stocks que anteriormente já fazia no serviço de imagiologia – armazém clínico, hoteleiro, géneros alimentares, mas não sou de farmácia porque temos uma farmacêutica de serviço que gere toda a parte da farmácia e dos pedidos em si, mas sou eu quem acaba por controlar a ausência da medicação ou a validade dela. Para além de coordenar a parte dos pedidos de armazém, também faço todos os pedidos de reparações do serviço, assim como elaboro, em colaboração com a diretora de serviço (diretora S.O.), a organização do próprio serviço em si.

E: Mantém-se ainda na prestação de cuidados ou apenas está em funções de coordenação?

S.P.: Na prestação de cuidados. Nós temos doentes internados e nesses prestamos cuidados na satisfação das suas necessidades humanas básicas.

E: E a sua intervenção na gestão do serviço e coordenação influencia a forma como presta os cuidados e vice-versa?

S.P.: Influenciar não influencia, mas é algo que pode ser feito em paralelo.

E: Então, dadas as suas funções, considera então o enfermeiro como sendo um profissional com competências e funções de gestão ao nível das suas funções?

S.P.: Sim, eu acho que o enfermeiro tem todas as competências referidas anteriormente. Nós conseguimos unificar e unir as equipas multidisciplinares com as nossas próprias competências, porque conseguimos fazer com que haja ligação entre eles, em que não haja perda de informação, que haja criação de um bom ambiente terapêutico portanto para o nível dos próprios cuidados de enfermagem como para a relação que existe com os outros profissionais. Não é? Ambiente terapêutico e ambiente multidisciplinar!

E: Ou seja, para além das áreas clínicas em que interfere o enfermeiro na gestão dessa referida área clínica, considera que há uma vertente mais de equipa, uma vertente mais relacional em termos disciplinares em que o enfermeiro é um gestor, é um vetor central?

S.P.: Exatamente, eu acho que é o elo de ligação entre toda a cadeia profissional dentro de uma instituição.

E: E essa cadeia é até chegar ao utente? É o enfermeiro que faz a ponte?

S.P.: É. Muitas das vezes os utentes não conseguem perceber, vêm de uma consulta, por exemplo, não conseguem perceber o que o médico transmitiu e é ao enfermeiro que se dirigem para que nós possamos explicar com palavreado acessível, ou seja, com vocabulário acessível para que eles possam compreender o que ele disse.

E: Considera que a formação fornecida nos cursos de licenciatura em enfermagem é suficiente para dotar os enfermeiros de cuidados gerais para um papel ativo na gestão / coordenação do serviço e ter um papel na gestão organizacional?

S.P.: Eu acho que é insuficiente, por um lado, mas suficiente por outro. Eu acho que as pessoas têm capacidades inatas para a gestão e para a organização de um serviço. Tudo bem que possam fazer uma pós-graduação ou possam continuar a evoluir na sua formação a nível académico, contudo eu acho que há pessoas que por muito que progredam a nível académico não têm perfil nenhum para serem enfermeiros gestores nem muito menos enfermeiros chefes. Eu acho que é uma capacidade inata da pessoa, claro que está que eu sou apologista que elas se devem formar – para quê? Para a nível pessoal e até profissional estarem devidamente documentados, para justificarem aquilo que fazem e o porquê de o terem feito.

E: Qual a sua opinião relativamente à atribuição de funções de gestão / coordenação ou apoio à chefia de serviço a enfermeiros especialistas face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais?

S.P.: A minha opinião é que deve ser atribuído a quem realmente tem melhor capacidade para gerir as coisas, porque, na minha opinião, por muito que uma pessoa seja formada e lá porque é especialista, se não tiver a capacidade inata de ser um bom líder e um bom gestor, nada lhe confere que o faça da forma mais correta. Eu acho que um profissional, por exemplo, um enfermeiro de cuidados gerais, se for, de facto, um

bom gestor, não deve estar inibido pelo facto de não ter uma especialidade, de exercer essas funções.

E: Considera que a parte da especialidade está muito virada para a parte clínica e não tanto para a parte de apoio à gestão, de apoio à chefia?

S.P.: Exatamente.

E: Faz uma ligação direta entre, digamos, uma especialidade de...

S.P.: Se fosse uma especialidade de gestão, aí pronto... Mas, não sendo...

E: Para si, o que a sociedade vê no enfermeiro, o que a Ordem dos Enfermeiros e todos os documentos legais dizem sobre o enfermeiro e as teorias de enfermagem dizem relativamente à intervenção do enfermeiro a nível organizacional, de apoio à gestão e de coordenação do serviço?

S.P.: A sociedade em si acha que os enfermeiros não têm capacidade para gerir seja o que for – acham que isso é da competência médica e não da competência do enfermeiro e acham que estamos a entrar em caminhos, em terreno que não é nosso. Relativamente a documentos legais e à Ordem, a Ordem só confere a competência adquirida aos enfermeiros especialistas e não aos enfermeiros de cuidados gerais e todos os documentos legais enveredam por isso – ou seja, é um lapso, porque não é por não terem uma pós-graduação ou uma especialidade que a pessoa não tem a capacidade inata de gerir um serviço da melhor forma que pode e que sabe. E da parte teórica, não tenho assim grande conhecimento do que tem sido referido relativamente a esse tema.

APÊNDICE VIII – Entrevista enfermeira N.V.

Enfermeira N.V., enfermeira de cuidados gerais em funções de apoio à chefia num hospital distrital da região sul

E: Em que ano terminou a sua formação base como enfermeira? Como foi o seu percurso profissional inicial?

N.V.: Acabei a minha formação profissional em agosto de 2005. Nesse mês... Vou um bocadinho lá para trás, desculpa...! Acabei a minha formação em julho de 2005! Em agosto é que iniciei as minhas funções neste hospital distrital da região sul. Sempre estive neste hospital, nunca estive em mais nenhum.

E: Sempre neste serviço?

N.V.: Sempre neste serviço. Tive foi trabalhos... tive duplo emprego em lares, desde 2007 tinha duplo emprego em lares, mas fui sempre deste serviço. Sim...: comecei em agosto!

E: Como surgiu esta oportunidade de participar nestas atividades de gestão e apoio à chefia, no serviço onde atualmente exerce a sua profissão?

N.V.: Nasceu da necessidade... Necessidade da ausência da enfermeira que estava de apoio à chefia – surgiu da oportunidade de ela ir chefiar outro [serviço] no [Centro Hospitalar da Região Sul]. Entretanto... como surgiu essa oportunidade de ela chefiar outro serviço, ela teve de sair e, na altura, como eu estava de horário de amamentação, eles precisavam de alguém que fizesse só Manhãs para que pudesse corresponder a essas funções de apoio à chefia. E surgiu: fizeram-me a proposta. Ah... Se eu estava interessada em manter este horário e ficar de apoio à gestão.

E: Então não tinha nenhum tipo de função anterior relativamente à gestão antes dessa oportunidade surgir...?

N.V.: Não.

E: E funções de responsável de turno? Stocks, material? Grupos de trabalho do serviço?

N.V.: Não, não tinha. A única coisa que tinha era que, de vez em quando, era responsável de turno, conforme os colegas que estavam no turno... E sempre fui uma pessoa que faço um bocado de tudo: se houvesse medicação para gerir, para dar apoio, eu dava, mas não por ter alguma formação, dava porque tinha disponibilidade, mostrava essa disponibilidade e fazia em questão de organização e arrumação. Mas não, nada de tarefas que me tenham dado para isso, específicas para isso não.

E: Mas atualmente ainda se mantém na prestação de cuidados?

N.V.: De vez em quando estou na prestação de cuidados. Sempre que há necessidade, eu tenho que ir para a prestação de cuidados e deixo as funções de apoio à chefia...

E: E a sua intervenção na gestão do serviço, influencia a forma como presta os cuidados? E a forma como presta os cuidados, influencia a maneira que participa na gestão...?

N.V.: Sim, influenciou! Porque antes de eu ter estas funções de chefia, eu muita coisa não tinha noção em termos de... de... gastos de material... de... de... de... de preços de material e dessa organização da gestão e penso que influencia, que uma coisa influencia a outra – sim... quando estou na parte de prestação de cuidados, estou a pensar muitas vezes em função de material, quando estou com o material já estou a ver também que é para o doente... Sim! Posso dizer que influenciou.

E: O seu trabalho concentra-se mais na parte dos materiais, stocks e dessa gestão?

N.V.: Sim, basicamente a parte do armazém clínico, do armazém avançado que temos... Não temos unidose no serviço, que é... uma desvantagem e nos dá muito trabalho, porque temos os stocks de armazém avançado e isso leva que todas as semanas, duas vezes por semana, a gente tenha de acertar os níveis e fazer a gestão com a farmácia. Ah... E para isso eu estou muito mais desperta se vou... Como temos dois serviços, quando estou na prestação de cuidados tenho o cuidado de ir ao outro serviço buscar algum material e tenho o cuidado de o registar nesse local e dantes não tinha tanta perceção de como era importante, em cada local que se vai buscar medicação, o registo ser nesse local e penso que muitas pessoas que estão na prestação de cuidados não têm essa noção – “É do serviço, é da cirurgia!” e depois temos os stocks que não batem certo e tem a haver muitas vezes com este pensamento... Se calhar eu também o tinha...! De não ter-mos bem noção de quanto é importante mantermos as coisas sempre nos respetivos serviços.

E: Então considera que o enfermeiro é um profissional já de com uma forte intervenção de gestão... ou seja, com funções de gestão?

N.V.: Sim. Sim. Sim. De base, sim! Todos nós. Tanto que eu estou nesta parte de gestão, mas todos os que eu vejo... e quando eu não estou... todos eles colaboram. Se nós temos ali medicação que temos de arrumar nos locais respetivos, fazer contagem de algum material, eu já os vejo eles próprios também (desde que tenham disponibilidade), muitos deles já por iniciativa a solicitarem, perguntarem se eu preciso de ajuda e fazem-no, sim. Por isso... sim!

E: E diga-me uma coisa: considera que a formação fornecida nos cursos de licenciatura é suficiente para dotar os enfermeiros de cuidados gerais para um papel ativo na gestão do serviço ou acha que é uma coisa que vem muito de uma questão de desenvolvimento pessoal e profissional, de maturidade?

N.V.: Nas escolas, se calhar precisávamos de investir um bocadinho mais na parte da gestão, sim! Sem dúvida: dei muito pouco e muito superficial. Depois cada um vai construindo o seu percurso, apesar que eu acho que tem muito a haver com o perfil da pessoa... Se realmente a pessoa já tem esse perfil e gosta, convém investir nessa área. Realmente, se também não o tem... Ah... se calhar investe noutras áreas... contrariado nada funciona... Não sei se respondi à questão...

E: Sim, mas vou só fazer uma questão dentro da questão: então considera que ao nível mesmo da licenciatura, a formação é insuficiente ou considera que fora da licenciatura (formações de pós-graduação, mestrados) também ainda são insuficientes ou subvalorizados?

N.V.: A nível da licenciatura devíamos ter, se calhar, mais uma parte de gestão... que no meu curso, também não conheço todos, se calhar faltou um bocadinho. Se calhar falarem-nos mais... tudo bem que já foi há algum tempo, mas investirem um bocadinho mais... No pós-curso... pós-curso faz sentido se a pessoa gostar dessa área, realmente... [interrupção] Começando agora um bocadinho de trás que já dei a minha opinião relativamente aos cursos base, se é suficiente ou não: eu só tenho o curso base, não tenho nenhuma pós-graduação, nem tenho... nem tenho nenhuma formação na área da gestão. Se me sinto menos capaz do que alguém que tenha? Não sei... Tudo o que me solicitam e dentro do que eu posso investir, eu faço e as coisas têm resultado...! Agora, se me disserem se eu valorizo quem tenha a formação, valorizo, sim. Não sei, porque nunca tirei nenhuma, que temáticas é que abordam realmente nessa formação, que depois... se o que eles lá abordam nesses cursos, se há alguma coisa que se aproveite para a prática: não sei! São cursos muito teóricos, portanto dessa parte não posso falar, porque não tenho formação, nunca tirei, e também não conheço... quer dizer, conheço as nossas coordenadoras, elas tiraram o curso da parte de gestão, as nossas ex-coordenadoras, portanto isso elas já fizeram... Não sei muito bem que abordagens é que elas lá... em termos de conteúdos teóricos é que deram. Agora também não sei responder bem a essa questão: se alguém que tenha um curso de gestão e que eu não tenho, qual dos dois está mais capacitado para exercer a função... Eu vou responder assim: não quer dizer que quem tenha o curso, tenha mais capacidade do que quem não tenha.

E: Ou seja, vai de encontro àquela abordagem inicial em que falou do perfil.

N.V.: Para mim tenho de ter em conta o perfil da pessoa. Se a pessoa não tiver o tal perfil para exercer um cargo destes, não é por tirar três ou quatro cursos que vai conseguir exercer melhor e ter melhor capacidade do que o outro. É só nesse sentido... porque se fôssemos por aí, eu não tinha nenhuma formação, eu não ia conseguir executar ou realizar esta tarefa que me atribuíram. Se fôssemos por aí...!

E: Exatamente! Então, pegando ainda também nesta área, qual é que é a sua opinião relativamente à atribuição das funções de gestão/coordenação de serviço e de apoio à chefia a enfermeiros especialistas, face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais?

N.V.: Na minha opinião não acho necessário ter uma especialidade para exercer esta função... quando digo isto quero dizer o quê? Posso ter uma especialidade na área de psiquiatria, obstetrícia... sei lá, urgência... Não quer dizer que eu tenha mais habilitação que um colega que até já trabalhou áreas da gestão, que já tirou pequenas formações, que já fez trabalhos nessa área, já tem a experiência profissional de que teve nessa área... Não vejo que tenha de ter o grau de especialidade. Agora, se calhar, temos de ter... talvez alguma formação nessa área da parte de gestão, mas um bocadinho... Como é que hei-de explicar...? Não tendo tirado ainda nenhum curso, não sei se isso é prático para o nosso serviço! Não sei se me estou a fazer entender... Eu, por exemplo, exercendo as funções que exerço agora, sem curso de especialidade e sem curso de formação (qualquer formação) na gestão, eu acho-me capaz de exercer esta função. Não preciso de mais nada: não preciso de tirar mais nenhum curso extra para exercer o que me deram. Eu como cuidados gerais só... ah... ah... para mim é suficiente, desde que tenha o perfil e que goste da área e que seja organizada (porque acho que para ter um cargo desses, de gestão, tem de ser uma pessoa organizada, não pode ser alguém que seja desorganizado no seu dia-a-dia, senão não funciona), eu sinto-me capaz de exercer este cargo, não preciso de tirar mais nada extra. Agora se me disserem que se tirarmos algum pequeno curso, que isso me vai ajudar a melhorar alguma coisa... não sei!

E: Então, não tanto ao nível de uma especialidade, ou seja, de foro clínico, não acha então que isso acrescente alguma questão ao nível da gestão...

N.V.: Não. Só acho que é só papel! Só em termos burocráticos tem mais um grau académico... especializado? Académico é o mestrado! Sim! A especialidade é grau profissional... é só por ter mais um grau profissional!

E: Uma questão outra vez dentro da questão: porque é que acha que se atribui tantas vezes as funções de gestão ao especialista? A um enfermeiro especialista de dentro do serviço? Não é o caso deste serviço, mas tem conhecimento que na maior parte dos serviços isso acontece...

N.V.: Eu acho que é por esse tal... o papel! Hoje em dia muita coisa conta pelo papel e eu acho que é mais por um grau de... Primeiro, é porque realmente a pessoa tem um grau profissional mais elevado que os da outra categoria e, depois, quando têm o “grau” de coordenação, algumas pessoas já têm interesse em exercer graus de... em exercer funções de chefia. E uma coisa leva a outra...! Depois de uns determinados anos como coordenadoras e depois passam para chefes: para chefes têm de ter especialidade... automaticamente as pessoas sentem-se na obrigação de tirar a especialidade para terem esse cargo. O que não é o meu caso: eu não quero ser enfermeira-chefe... Nem gosto da áreaaaa... Como é que hei de te dizer... Eu não me vejo de enfermeira só de apoio às chefias para toda a vida! Não me vejo! Foi um cargo temporário que me deram e... E como cargo temporário, não sei quando é que ele tem fim. Mas se me dissessem “Toda a vida vais ficar com esse cargo” – eu não quero! Agora se me disserem “Vais ficar, ao longo da vida, algumas vezes de enfermeira de apoio à gestão e outras vezes de enfermeira de prestação de cuidados – aí tudo bem! Porque para mim o enfermeiro tem de ter a prestação de cuidados ao doente!

E: Acha que influencia de uma maneira positiva a maneira como se pega, como se joga com a gestão do serviço...? O facto de se ter um conhecimento prático e real daquilo que se passa dentro do próprio serviço em termos de prestação de cuidados?

N.V.: Sim, ajuda muito quem está na parte de coordenação. Porque muitas vezes, quem está na parte de coordenação há muito tempo – só de coordenação e não de prestação de cuidados – acaba por se esquecer um bocadinho ou por de parte e não valorizar determinados pormenores que quem está na parte da prestação de cuidados vê... vê o doente de uma maneira... e quem é de coordenação se calhar vê a parte da gestão de outra maneira. Quero eu dizer que tudo é importante! Mas nós temos de ter noção da prestação de cuidados aos doentes muitas vezes para também podermos melhorar a parte da coordenação... Por isso é que eu digo que um enfermeiro de apoio à gestão nunca, na minha opinião, deverá ser só enfermeiro de apoio à gestão! Nem há necessidade. Deverá ser um enfermeiro prestador de cuidados que realmente é-lhe atribuídas essas funções, nem que sejam três vezes por semana... ou o que seja! Se tiver que tirar alguma formação ou outra para perceber alguma coisa na área da gestão (que eu sou sincera: ainda não senti necessidade disso, porque, como eu digo, tenho conseguido resolver e... e... corresponder às necessidades que me colocam... consigo facilmente corresponder a essas necessidades) e... perde-se um bocadinho quando se

passa então só para enfermeiros de coordenação e que não estão ali na prestação de cuidados. Acho que... não é benéfico na minha opinião! Acho que devia de ser um 2 em 1!

E: O que é que a sociedade vê no enfermeiro? O que é que a Ordem dos Enfermeiros vê no enfermeiro? E o que é que as teorias de Enfermagem dizem ao nível da intervenção do enfermeiro? - Isto ao nível da gestão e ao nível geral e relativamente às exigências vivenciadas no serviço. Ou seja, coincidem? A realidade e as necessidades reais (coincidem) com a parte mais legal, com a perceção da sociedade e toda a parte teórica de Enfermagem?

N.V.: Então, relativamente a essa questão... O que é que a sociedade vê no enfermeiro? Começando pela sociedade, acho que vê o enfermeiro muito mais direcionado para o doente – é esta a noção que eu tenho. A parte de gestão e de... que é mais atribuída aos enfermeiros chefes, penso eu que a sociedade vê mais por aí. Nós enfermeiros, sem sermos os chefes, eles vêem-nos mais na prestação direta aos doentes. Se falarmos dos enfermeiros chefes eu penso que eles já têm outra visão, já mais direcionada para a parte de gestão: recursos humanos, gestão dos horários, gestão, etc... Papéis!!! Ah... Isto no geral a sociedade, quando eu falo em sociedade ou... Não sei se é esta sociedade que te estás a referir de sociedade de “as pessoas em geral...”

E: Sim.

N.V.: ... porque se for a sociedade de pessoas que já estão dentro do hospital e que nos contactam diariamente, talvez um ou outro tenha outra perceção. Agora no geral, lá fora, falamos em enfermeiros e as pessoas no geral não veem o enfermeiro como um gestor, veem o enfermeiro de prestação de cuidados. Aí, começa logo por aí, isso sim... tenho noção que sim! Ah... Quando falo de coordenadores ou em parte de chefes, aí sim eles veem... Mas aí está! Temos de dizer “enfermeiro coordenador”, mas se dissermos só “enfermeiros” eles direcionam-nos só para a prestação de cuidados. Penso que seja esta a noção que se tem. Quanto ao que a Ordem dos Enfermeiros preconiza, também não tenho a certeza... como é óbvio, do que me lembro, ah... Saiu há pouco tempo... as... das... não sei se se chama das funções avançadas ou de...

E: “competências avançadas”

N.V.: ... “competências avançadas” em vários ramos... um deles é o da gestão. E... portanto, em termos de Ordem já saiu alguma coisa sobre isso, por isso é que estão tão

a valorizar a parte da gestão ao nível da enfermagem. Agora, se está associado só à parte de... quem puder exercer esses cargos de gestão são os enfermeiros especialistas ou não, ah... isso eu não tenho bem a certeza, não é? Se eventualmente a Ordem preconiza que quem faz a parte da gestão são os enfermeiros especialistas... pronto, eu vou dar a minha opinião, como já dei há bocado: que não acho necessário ser um enfermeiro especialista a exercer esses cargos. Portanto, pode ter uma especialidade que não tem nada a haver com a gestão, simplesmente tem a parte dos papéis. As teorias de enfermagem também já lá vai muito tempo! Pronto, esquecido, por assim dizer... Do que eu me lembro, das teorias de enfermagem eu associo sempre à parte do enfermeiro/doente, do enfermeiro/utente... Ah... Se lá pelo meio falava de alguma parte das questões de gestão, não estou assim bem recordada, mas do primeiro impacto que me lembro também vejo mais de teorias de enfermagem na área da prestação de cuidados. Agora, realmente, se houver algumas teorias na parte da gestão que já nessa altura se falava... Ah...

E: Fala-se agora, mais recentemente, de uma... que digamos que é a mais comum... digamos, uma das mais conhecidas, que é da Afaf Meleis, a Teoria das Transições em que ela pressupõe vários tipos de transições e uma delas é a transição organizacional em que o enfermeiro tem um papel ativo nas mudanças das organizações. Não apenas pessoas e comunidades, mas também organizações onde estão inseridos...

N.V.: Ok, pronto...

E: Mas sim, é relativamente recente...!

N.V.: Pronto, eu não estou assim lembrada... Ah... Quanto à intervenção do enfermeiro ao nível de gestão... Pronto! Evidentemente que algumas vezes é-nos exigido... ou como é que eu hei-de dizer... não é que seja exigido, a mim ninguém me exigiu, foi “oferecido” esse cargo, por assim dizer... Foi oferecido esse cargo... Surgiu a oportunidade, na altura não fazia bem noção: na altura tinha umas noções, mas não tinha bem bem noção quando aceitasse o cargo do que é que era... Mas é como digo, desde que haja força de vontade, uma pessoa organizada consegue perfeitamente com uma licenciatura de enfermagem executar esse cargo, porque eu, nessa parte da gestão, é como eu te digo, não é uma área que eu gosto e no entanto eu desempenho-

a bem, no meu ver... Porque temos de agarrar na oportunidade, ver realmente do que é que nos é exigido e corresponder!

E: E do que é a tua realidade, consideras que toda esta questão teórica que eu te falei da sociedade, da Ordem, das teorias... Tu achas que conseguem traduzir aquilo que é a realidade que é vivida ao nível da gestão por parte dos enfermeiros? Ou achas, por um lado, que a realidade é superior? Ou seja, as funções reais do enfermeiro são superiores ao que está escrito, se são inferiores ou se, por outro lado, estão no mesmo plano?

N.V.: Ora bem... Essa questão é pertinente! Leva-nos a pensar... nós temos sempre, o enfermeiro tem sempre múltiplas funções, isso é verdade! Isso é verdade! Muitas vezes o que está delineado ou os indicadores (por assim dizer) que estão definidos pela Ordem muitas vezes nós acabamos por fazer um bocadinho mais, às vezes, do que está escrito, como é óbvio, porque acabamos por ser um enfermeiro da gestão, “o psicólogo” daquele momento, às vezes assistente social, também temos de gerir a parte familiar... Ou seja, eu não conheço tudo ao pormenor do que é que é definido para os enfermeiros, mas realmente a única certeza que eu tenho é que nós temos múltiplas funções, isso temos.

E: Então também consideras que o enfermeiro também é um gestor a nível operacional? Que gere informação, que gere cuidados? Que gere as famílias? Que gere as relações?

N.V.: Sim, sim, sim! Portanto, nessa parte de... aliás, já desde a escola que nós temos um parâmetro de avaliação que é a gestão dos cuidados! Portanto já nos é avaliado e exigido... eu fui avaliada enquanto aluna e enquanto oriento alunos há uma parte que fala da gestão dos cuidados, nas prioridades: isso já estamos a gerir! Estamos a falar da gestão de materiais e etc – que também é importante – mas também nós, na nossa função, na nossa área, também todos os dias fazemos gestão dos próprios cuidados, estabelecendo as nossas prioridades... portanto, sim! Não precisamos de tirar nenhuma especialidade para conseguir gerir isso!

E: Então última pergunta – há trabalho para fazer ou não ao nível das competências de gestão dos enfermeiros? Ao nível de base do enfermeiro generalista...

N.V.: Essa questão queres dizer... quando dizes “há trabalho”...?

E: Há necessidade de adequar, de aprofundar...

N.V.: Há necessidade, se calhar de definir bem, dentro da instituição, quem é o enfermeiro de... de apoio à gestão, por exemplo! Que eu às vezes sinto-me perdida... Sinto, às vezes... Já tem acontecido, sentir um bocadinho – mais ao início, como é óbvio – um bocadinho perdida em saber exatamente as minhas funções. Porque não está nada definido para esse enfermeiro de apoio à chefia, até onde é que esse enfermeiro vai...! Até onde é que pode ir? Porque também temos uma chefe, não é? Pronto! Para mim falta definir bem essas... Sim! Falta definir em termos de... de... parâmetros e de funções, penso que ficava... Em termos institucional, ou como quem diz Ordem, uma organização, ficar definido o que são estas competências de um enfermeiro de apoio à gestão... Sim! Isso sem dúvida alguma! Porque isso já nos ajudava um bocadinho às vezes... estou a dizer isto “no início”, por exemplo, se eu já tivesse algo em que me basear algum documento em que soubéssemos realmente o que é que são as nossas competências... se calhar também me facilitaria! Eu acabei um bocadinho por ser eu a construir esse caminho aqui e acolá, tentando perceber e vai-se construindo!

APÊNDICE IX – Entrevista enfermeiro R.R.

15 de junho de 2018.

Enfermeiro R.R., enfermeiro especialista em enfermagem comunitária a exercer funções numa unidade de cuidados na comunidade na região centro do país.

E: Pergunta um. Em que ano terminou a sua formação base como enfermeiro? Como foi o seu percurso profissional inicial?

R.R.: Terminei a minha formação de base como enfermeiro em 1997, tendo terminado a minha formação como bacharel na Escola Superior de Enfermagem de Ângelo da Fonseca na altura... A partir daí desempenhei funções em vários serviços, nomeadamente na área dos cuidados de saúde primários durante cerca de meio ano, após isso estive mais um ano numa unidade de pneumologia em Coimbra, após o que ingressei num serviço de urgência onde permaneci mais um ano, tendo depois voltado a trabalhar num serviço de infeciologia durante mais um ano e voltado novamente a um serviço de urgência onde permaneci durante vários anos até 2008, altura em que devido a uma reestruturação da unidade onde que estava a trabalhar, passei a trabalhar num serviço de medicina durante 1 ano, serviço esse que depois foi reestruturado e transformado numa unidade de cuidados de convalescença pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Após um período de três anos.... Peço desculpa! Cinco anos nessa unidade, resolvi ingressar num novo projeto na área dos cuidados de saúde primários, tendo sido convidado para pertencer a uma unidade de cuidados na comunidade, que é a unidade onde me encontro atualmente desde 2015, janeiro de 2015... a desempenhar funções. Neste período desde 97 a 2015, fiz um complemento de formação em enfermagem para ter equivalência à licenciatura, na Universidade de Aveiro durante o período de 1 ano e meio, isto em... 2003. Em 2009, terminei a minha especialização em Enfermagem Comunitária e no ano de 2016, iniciei a formação num Mestrado em Enfermagem, variante de Gestão de Unidades de Cuidados que estou agora a terminar.

E: Como surgiu a oportunidade de participar na gestão / coordenação do serviço onde atualmente exerce a profissão? Quer explicar como funciona em termos de atribuição de funções dessa área, na sua área de trabalho?

R.R.: É assim, na unidade de cuidados na comunidade, o que está subjacente ao funcionamento das unidades de cuidados na comunidade é que, preferencialmente, todas estas unidades... todos os elementos que fazem parte da unidade a nível do pessoal de enfermagem sejam, preferencialmente, especialistas. Esta unidade é formada... portanto, nós somos seis enfermeiros, todos especialistas, sendo que temos várias especializações. Temos 3 enfermeiros na área da enfermagem comunitária, temos 1 enfermeiro na área da saúde mental e temos 2 enfermeiros na área da reabilitação. Nesta unidade temos uma coordenadora – o que é preconizado e aquilo que está, está... na lei é que o coordenador seja um elemento da área da enfermagem, portanto que seja um enfermeiro... O enfermeiro é que é o coordenador da unidade, sendo que, neste caso, a nossa coordenadora que tem a especialidade em enfermagem comunitária que faz a coordenação da unidade. Faz a coordenação e ela é... é uma coordenação, no fundo, partilhada. Ela atribui grande... alguns de nós, algumas funções na área da gestão, nomeadamente na gestão de materiais e mesmo na gestão dos cuidados: nós fazemos uma gestão partilhada, sendo que alguns de nós têm funções específicas. Temos um organigrama em termos de funcionamento da unidade em que temos as áreas específicas de funcionamento. Da nossa unidade faz também parte integrante uma ECCI e, portanto, uma equipa de cuidados continuados integrados domiciliários, sendo que esta unidade, presta, especificamente, cuidados a um total de 20 utentes em âmbito domiciliário, sendo que vamos tendo uma taxa de ocupação sempre na casa dos 70%, ou seja, nunca atingimos os 20... há períodos em que sim, mas a nossa média anual anda na casa dos 70%. Depois, fora isto, temos intervenções na área da saúde escolar, na área da comunitária, na área específica da reabilitação, em projetos específicos, nomeadamente no apoio aos utentes do rendimento social de inserção, em áreas específicas de saúde mental na comunidade... portanto, são áreas nas quais a nossa unidade atua e onde intervém, num âmbito mais comunitário. Sendo que, em termos de gestão, a gestão dos cuidados prestados é feita individualmente por cada um de nós, a nível dos utentes da ECCI. Trabalhamos por método de enfermeiro responsável – ou seja, todos nós, dos 6 enfermeiros temos o método de enfermeiro responsável e somos responsáveis pelos utentes que temos na nossa ECCI e somos responsáveis pela prestação direta de cuidados e pela gestão do processo individual de cuidados. Não sendo especificamente nós únicos a fazer visitas ao utente, mas a gestão do processo é feita individualmente por cada um dos elementos. Embora, muitas vezes,

tenhamos especificidades e utentes que estão na unidade especificamente para fazer... para cuidados de reabilitação, o que não invalida que haja uma especificidade naquilo que é trabalho dos enfermeiros especialistas de reabilitação, mas que esse utente em termos de gestão de processo, em termos de organização de processo, em termos de procedimentos administrativos, sejamos nós a fazer a gestão desses processos.

E: Na área da gestão, nos outros contextos onde trabalhou, também tinha uma participação ativa ou era uma questão que era dada a outros colegas, digamos assim?

R.R.: Não. Já nas outras unidades onde trabalhei, nomeadamente a nível do Serviço de Urgência, nós fazíamos algum trabalho em termos de gestão. Nomeadamente, eu fazia a gestão da área da emergência, quando estive no serviço de urgência, nomeadamente a verificação e validação relativamente aos carros de emergência da unidade hospitalar. Portanto, trabalhava um pouco na gestão do risco não clínico e fazia a gestão dos carros de emergência em termos de verificação de validades e de material, sendo também, claro, nessa unidade nós tínhamos também um trabalho que nos era atribuído de diariamente fazer a verificação do serviço em termos de dotação de material em termos de validades, em termos de material que tínhamos disponível e era sempre feita essa checklist de verificação diária – e era feita pelo responsável de equipa, que nessa altura eu já era responsável de equipa e eu já fazia esse trabalho. Na unidade atual, tenho mais funções em termos da farmácia, gestão da farmácia e aprovisionamento – sou eu quem faz essa gestão em termos de material, contagens, sendo que depois, em colaboração com a coordenadora, é feito o pedido mensal de aprovisionamento para o serviço, de consumo clínico e não clínico, e de material hoteleiro para a unidade, mas sendo eu que faço essa gestão. Assim como também, a gestão das condições físicas em termos de manutenção dos materiais, como a verificação das temperaturas, dos termohidrómetros para verificação também da humidade, para conservação de materiais, portanto essa função também sou eu que a tenho, além de depois de ter a gestão de uma área específica da unidade que é a saúde escolar, que sou eu que sou o responsável por fazer toda essa intervenção, gerir toda essa intervenção que é feita, a nível da saúde escolar, a nível do agrupamento de escolas local... ah... coordenação com os professores, reunião com os professores para coordenação e agendamento de sessões... ah... depois fazer tudo o que é área de estatística e dar resposta, no fundo, aos indicadores específicos que temos para essas áreas.

E: Mantendo-se você na prestação de cuidados, considera que a sua intervenção na gestão do serviço influencia os cuidados que presta e vice-versa? Ou seja, que os cuidados que presta influenciam a maneira como coordena e acaba por gerir o serviço / unidade onde trabalha? De que forma?

R.R.: Sem dúvida. Porque eu acho que é importante o facto de nós trabalharmos e, paralelamente, termos conhecimentos diferenciados na área da gestão. Faz com que sejamos mais racionais, em termos daquilo que é a nossa prestação, faz com que muitas vezes consigamos entender o porquê de algumas decisões que não só a gestão intermédia como também a gestão de topo muitas vezes tem de tomar... e faz com que nós muitas vezes no dia-a-dia sejamos muito mais racionais em termos de atuação, nunca descurando aquilo que é a qualidade dos cuidados prestados, mas incrementando e potencializando algumas das capacidades que temos de maneira a dar uma resposta mais assertiva a cada situação específica. Ah... é importante esse conhecimento e o facto de nós trabalharmos porque muitas vezes conseguimos ter uma perceção mais fidedigna, mais real daquilo que realmente é necessário, daquilo que realmente pretendemos e conseguimos depois, tendo esta função de gestão, também justificar o porquê de querermos algumas coisas e de querermos implementar alguns procedimentos e isto facilita, realmente, quando implementamos alguns procedimentos e da forma como damos resposta. E, sem dúvida, na minha perspetiva, melhora os cuidados prestados e faz com que os utentes se sintam mais satisfeitos com os cuidados que prestamos.

E: Então, considera o enfermeiro como um profissional com competências e funções de gestão?

R.R.: Considero, sim. Considero.

E: Tanto o especialista como o generalista?

R.R.: Tanto o especialista como o generalista, sendo que o especialista terá uma competência mais diferenciada... ou seja, até porque mesmo inerente à sua função de enfermeiro especialista tem competências específicas que adquiriu aquando da sua formação específica na sua área de especialidade, independentemente de qualquer que for área de especialidade, existe sempre componente de gestão associada a essa formação específica, sendo que é importante essas competências acrescidas que são

adquiridas, mas também o enfermeiro generalista, devido a esta dinâmica de funcionamento das unidades (e eu falo particularmente pelas unidades onde trabalhei) sempre se tentou – e os coordenadores e os chefes – a função de gestão fosse feita alguma delegação de competências.

E: Um modelo de gestão participativa?

R.R.: É um modelo mais participativo. Até porque, e isto não é novidade, as pessoas quando são envolvidas nos processos, sentem-se mais motivadas e sentem-se mais interessadas em participar. Daí que seja sempre importante, e é importante, esta motivação das pessoas para que até muitas vezes a implementação e o funcionamento do serviço, a implementação de algumas medidas e o funcionamento do serviço, seja mais eficaz. Claro que os enfermeiros generalistas, tendo já algumas competências sim, vão também adquirindo, pela experiência que adquirem no dia-a-dia de trabalho, mas claro que sim, são incrementadas e mais desenvolvidas com a formação específica, quer seja a nível da especialização ou mesmo formação específica mais avançada na área de gestão.

E: Uma vez que está envolvido num mestrado na área da gestão e fez a especialidade, considera que há diferenças? Obviamente que é um mestrado dedicado à própria área e a especialidade é dedicada a uma área clínica. Considera que as diferenças são muito discrepantes ou que é apenas uma questão de aprofundamento de conhecimentos e de questões?

R.R.: É uma questão de complementaridade. O que é que isto quer dizer... Eu acho que é uma questão de complementaridade pelo seguinte: há conhecimentos específicos que o enfermeiro generalista tem, que são depois potencializados a nível da especialização na área de interesse que resolve investir, ou seja, faz uma formação específica numa área de interesse e na qual quer apostar. Aí já adquire um conjunto de competências específicas relacionadas com a sua prestação, mas também com aquele que é o seu conhecimento a nível geral da profissão, sendo que depois, neste caso, a especificidade de uma formação na área de gestão, neste caso um mestrado em enfermagem com a especialização em gestão de unidades de cuidados vai fazer com que, aí sim, o conhecimento seja mais profundo, mais abrangente, mais intensivo e faz com que uma pessoa adquira competências mais diferenciadas e que permitem dar uma resposta mais eficaz e diferenciada às questões que nos colocam no dia-a-dia.

E: Então considera que a formação fornecida nos cursos da licenciatura é suficiente para dotar os enfermeiros de cuidados gerais para um papel ativo na gestão do serviço? Ou considera que é necessária formação complementar e / ou alguma experiência e maturidade profissional?

R.R.: É assim, relativamente àquilo que é o trabalho de um enfermeiro generalista, eu penso que qualquer enfermeiro generalista, quando termina a sua formação de base, tem já consigo alguns conhecimentos na área da gestão: conhecimentos básicos que permitem que ele desempenhe a sua função, porque nós todos, no dia-a-dia, quando desempenhamos funções temos de ter sempre inerente formação ou alguns conhecimentos de gestão e eles estão sempre implícitos naquilo que fazemos no dia-a-dia: na gestão dos cuidados que fazemos, na prestação dos cuidados ao nosso utente, no modo como gerimos esses cuidados, no como triamos e criamos prioridades na nossa atuação – logo aí temos uma componente de gestão inerente ao nosso desempenho. De qualquer modo, é claro que, para o desempenho de algumas funções específicas na área da gestão, nomeadamente coordenação de serviços, gestão de unidades, não é que o enfermeiro generalista não tenha algumas competências, mas na minha opinião específica, penso que deverá ser sujeito a uma formação mais específica de modo a desenvolver essas competências, a consolidar conhecimentos que lhe permitam responder de forma mais eficaz e com uma base mais sólida em termos de conhecimentos científicos para consolidar a sua atuação.

E: Sendo enfermeiro especialista, mas também tendo sido enfermeiro generalista e ter trabalho e se envolvido nos contextos onde trabalhou, qual é a sua opinião relativamente à atribuição de funções de gestão ou coordenação de serviço a enfermeiros especialistas, face à possibilidade de as mesmas poderem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados gerais com e sem formação na área específica da gestão?

R.R.: Enquadrando isto naquilo que foi a minha resposta anterior, eu considero que... eu considero que, preferencialmente, e esta é uma das razões pela quais eu compreendo o modo como na minha unidade específica, que é a unidade de cuidados na comunidade... Foi definido que preferencialmente o enfermeiro coordenador seja... preferencialmente não, seja um enfermeiro e que obrigatoriamente o enfermeiro coordenador tenha de ter conhecimentos específicos na área da gestão ou tenha já demonstrado conhecimentos nessa área, experiência nessa área e tenha de ser especialista. Isto é um critério para que se possa ser coordenador de uma unidade de

cuidados na comunidade. Logo por aí, eu considero seja importante que haja conhecimento específico. Não é que o enfermeiro generalista não possa ter já competências para o desempenho dessa função de coordenação, ou dessa função de chefia ou gestão das unidades, mas com a certeza que muitas vezes esses conhecimentos lhes advêm da experiência e do tempo ao qual já desempenha as funções. Muitas vezes, são enfermeiros que já têm muitos anos de serviço, que já têm experiência naquele serviço de há longa data e daí eu compreendo que os enfermeiros generalistas, mesmo não tendo especialidade, possam ter essa função de gestão dos serviços. Sem terem uma formação específica, eu considero que provavelmente, não é dizer que “não possam desempenhar essa função”, mas deveriam fazer uma formação mais específica nessa área para terem conhecimentos mais avançados, nomeadamente em termos de gestão de conflitos, comunicação, gestão de recursos humanos, em termos de gestão de materiais... toda uma área de competências mais específicas que necessitam de algum desenvolvimento e com certeza que alguém que termine o curso de base, passado logo um, dois, três anos não irá ter logo estas competências tão presentes e esta capacidade em termos de gestão... Nunca descurando também a vertente da liderança, que é importante, e muitas vezes a liderança já será mais inata e não tão... não tão... não se vai adquirindo tanto com o tempo. Podem-se ir adquirindo algumas competências que ajudam em termos da gestão, em termos da chefia de um serviço, mas o perfil de liderança pessoal já é muito inato da pessoa e essa capacidade já é mais inata da pessoa.

E: Nesse aspeto, o que é que considera que a sociedade vê no enfermeiro relativamente à gestão? O que é que a sociedade vê e o que é que a Ordem dos Enfermeiros e as teorias que conhece preconizam? E o que é exigido dos enfermeiros relativamente à gestão? Você acha que tudo isto coincide no mesmo ponto ou que ainda há divergências e que deve haver alterações dos nossos modelos, da nossa legislação profissional?

R.R.: É assim... em termos daquilo que é a imagem da nossa sociedade sobre os enfermeiros nós, infelizmente - embora eu ache que nos últimos anos isto tem vindo a mudar - mas infelizmente ainda continuamos muito subjugados àquela ideia da imagem social de uma profissão dependente do domínio médico. Ou seja, continuam a ver-nos como os auxiliares dos médicos, continuam a ver a nossa profissão como uma profissão sem... que não tem autonomia, que está dependente daquilo que é a atuação médica e que seríamos, no fundo, meros cumpridores de orientações dadas pelos médicos. Isto

continua a ser a visão social da nossa profissão, esta subjugação ao poder médico. Claro que também nos compete a nós – e nos últimos anos isso tem mudado – competenos a nós demonstrar esta diferenciação que temos em termos profissionais: estes conhecimentos específicos e demonstrar que a enfermagem não é uma profissão subjugada à profissão médica, mas é sim uma profissão autónoma com um *core* de conhecimentos próprios que permite que se desempenhe e que se considere uma ciência... uma ciência individualmente só por si e não apenas com ações interdependentes, mas sobretudo também com muitas ações autónomas, que permite que seja uma profissão ela própria autónoma.

Eu penso que em termos daquilo que é o nosso desenvolvimento profissional, eu acho que se está a fazer um caminho no sentido de se considerar a formação específica em local de trabalho – ou seja, aquilo que a Ordem defende como sendo quadro de competências adquiridas em âmbito profissional e a implementação dos estágios profissionais e do... no fundo à semelhança daquilo que acontece com a classe médica dos internatos médicos da especialidade... também fazermos um internato de enfermagem, ou seja, as pessoas serem também formadas e terem um período de formação específica em contexto de trabalho é importante. E também o facto de cada vez mais estarmos a apostar na especialização e no reconhecimento de competências específicas, nomeadamente as competências avançadas na área da gestão, as competências avançadas em termos de assessoria, a supervisão clínica agora também... Portanto, são tudo competências avançadas específicas que cada vez mais vão fazer com que a visibilidade da nossa profissão e aquilo que é o nosso desempenho diário seja reconhecido de um modo diferente. Os utentes já começam a notar esta diferença – já começam também a dizer-nos que realmente “hoje em dia, o vosso trabalho vai muito além daquilo que é o simples”... e perdoem-me a expressão “fazer pensos e dar injeções” que era assim que éramos conhecidos até à bem pouco tempo atrás e hoje em dia quando nos veem a desenvolver alguns projetos, a implementar e a dinamizar alguns projetos específicos, especialmente nós na área da enfermagem comunitária e nos projetos específicos que temos nas unidades de cuidados na comunidade, ficam muitas vezes agradados e valorizam o trabalho que desenvolvemos como um trabalho diferenciado e... e... cada vez mais têm noção que às vezes este trabalho é importante e consideram-no importante pela proximidade que permite junto da população e pela especificidade do apoio que damos em algumas situações.

E: Então relativamente... só para finalizar, para colmatar: considera então que a parte da formação em gestão, que a atribuição de cargos/funções de gestão a um enfermeiro vai muito de encontro também a uma necessidade de reconhecimento individual da formação da pessoa e de maturidade profissional – digamos assim de “maturidade no campo” – e não apenas a uma questão de atribuição de funções pela formação que tem?

R.R.: Exatamente. É importante a conjugação de duas vertentes... Ou seja: a pessoa tenha conhecimentos específicos na área de gestão que permitam incrementar a sua prestação e melhorar a sua prestação, tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados prestados, mas também ter a experiência! Ter a formação específica, mas depois, muitas vezes, não aplicar esses conhecimentos específicos e não ter por base esses conhecimentos específicos na sua prática diária acaba por não ser vantajoso – é importante fazer-se a formação e acho que... todas as pessoas que... era importante que todas as pessoas, além do curso-base, por vezes fizessem pequenas formações, nem que fosse uma pós-graduação (não falo num mestrado especificamente), mas que nem fosse uma pós-graduação em gestão para que muitas vezes entendessem e conseguissem adquirir um conjunto de competências mais avançadas e mais diferenciadas, que permitissem, por vezes compreender algumas das atitudes como disse agora há pouco... muitas vezes da gestão intermédia e da gestão de topo e não muitas vezes verem algumas atitudes e algumas decisões que são tomadas, não como meras estratégias economicistas, mas porque muitas vezes são medidas e são necessidades que se têm em termos daquilo que é o normal funcionamento dos serviços e de, no fundo, do normal funcionamento daquilo que é o nosso Sistema Nacional de Saúde.

APÊNDICE X – Triagem de dados colhidos

1. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E CONTEXTOS PROFISSIONAIS

A.M.: “Terminei o meu percurso académico em 2013”; “comecei... prestei logo cuidados na área da saúde mental”.

T.L.: “Terminei a minha formação em 2013”; “comecei a trabalhar nos cuidados domiciliários durante 1 ano como enfermeira coordenadora”; “após 1 ano fui para a unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção”.

M.N.: “Terminei o curso base em 2009”; “comecei a trabalhar numa ERPI da região sul”; “depois num outro hospital da região sul num serviço de cirurgia geral”; “depois em cuidados continuados em 2 unidades da região sul”; “depois num hospital da região sul em cuidados intensivos”; “neste hospital da região sul, num serviço de medicina”.

S.P.: “Eu terminei o curso em 2004”; “iniciei funções no Hospital X em Lisboa no serviço de Medicina”; “posteriormente, vim para o instituto oncológico da região centro, em 2004”.

N.V.: “Acabei a minha formação em julho de 2005! Em agosto é que iniciei as minhas funções neste hospital distrital da região sul”; “tive duplo emprego em lares, (até) 2007 tinha duplo emprego em lares”.

R.R.: “em 1997, tendo terminado a minha formação como bacharel”; “desempenhei funções em vários serviços, nomeadamente na área dos cuidados de saúde primários durante cerca de meio ano”; “após isso estive mais um ano numa unidade de pneumologia”; “após o que ingressei num serviço de urgência onde permaneci mais um ano, tendo depois voltado a trabalhar num serviço de infeciologia durante mais um ano e voltado novamente a um serviço de urgência onde permaneci durante vários anos até 2008”; “passei a trabalhar num serviço de medicina durante 1 ano, serviço esse que depois foi reestruturado e transformado numa unidade de cuidados de convalescença pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (...) Cinco anos nessa unidade”; “sido convidado para pertencer a uma unidade de cuidados na comunidade, que é a unidade onde me encontro atualmente desde 2015, janeiro de 2015”; “Neste período desde 97 a 2015, fiz um complemento de formação em enfermagem para

ter equivalência à licenciatura (...) Em 2009, terminei a minha especialização em Enfermagem Comunitária e no ano de 2016, iniciei a formação num Mestrado em Enfermagem, variante de Gestão de Unidades de Cuidados”.

2. FATORES DE SELEÇÃO PARA DESEMPENHO DE FUNÇÕES NA ÁREA DA GESTÃO

A.M.: “Foi uma questão gradual”; “oportunidade e também de pertinência”; “uma questão de hierarquia (...) Portanto, encontrava-me com uma equipa jovem (...) atualmente sou a mais velha no serviço em questão de tempo de serviço e a segunda mais velha em questão de idade”; “Há cerca de um ano”; “Complementei com a pós-graduação de gestão e administração de serviços de saúde.”

T.L.: “foi gradual”; “Nos cuidados domiciliários (...) tenha sido pelas minhas capacidades de liderança”; “era um cargo que até ambicionava”; “Depois, quando mudei de trabalho, fui enfermeira de cuidados gerais durante 2 anos e mais qualquer coisa... e só há coisa de 6 meses é que sou enfermeira coordenadora na unidade. Fui convidada a ser!”.

M.N.: “oportunidade veio através da formação que tive e do percurso profissional que fiz”; “assumi funções de gestão porque já tinha feito um mestrado”; “Ao vir para este hospital e para este serviço, era das pessoas que tinha mais graduação, que já tinha desempenhado funções de gestão durante dois anos e meio e que acabou por surgir assim o convite”.

S.P.: “Iniciei as funções de responsável de serviço no Hospital X com a distribuição em unidade da farmácia – todos os dias havia um responsável, um enfermeiro responsável de cuidados gerais que dava apoio à chefe (...) sempre que era necessário que a enfermeira chefe necessitasse de alguém para colaboração, o enfermeiro de cuidados gerais seria para responsável de serviço”; “fui para o serviço de Imagiologia, aí fiquei responsável com uma outra colega minha pela gestão de todo o stock clínico, armazém de géneros e hoteleiro e farmácia”; “Eu saí do serviço de cirurgia por dificuldade a nível de horário para conseguir coordenar a minha vida profissional e pessoal”; “Com a necessidade de uma enfermeira a tempo inteiro no serviço de medicina nuclear surgiu esta oportunidade de vir para aqui (foi a enfermeira diretora que acabou por me aliciar)”; “sou responsável por toda a gestão dos stocks que anteriormente já fazia no serviço de imagiologia”.

N.V.: “Necessidade da ausência da enfermeira que estava de apoio à chefia – surgiu da oportunidade de ela ir chefiar outro [serviço] no [Centro Hospitalar da Região Sul]. Entretanto... como surgiu essa oportunidade de ela chefiar outro serviço, ela teve de sair e, na altura, como eu estava de horário de amamentação, eles precisavam de alguém que fizesse só Manhãs para que pudesse corresponder a essas funções de apoio à chefia”; “Não.” [quando questionada se tinha alguma função no serviço no âmbito da gestão ou projetos antes de ser proposta a enfermeira de apoio à chefia]; A única coisa que tinha era que, de vez em quando, era responsável de turno, conforme os colegas que estavam no turno... E sempre fui uma pessoa que faço um bocado de tudo: se houvesse medicação para gerir, para dar apoio, eu dava, mas não por ter alguma formação, dava porque tinha disponibilidade, mostrava essa disponibilidade e fazia em questão de organização e arrumação”.

R.R.: “Ela [a enfermeira coordenadora] atribui grande... alguns de nós, algumas funções na área da gestão, nomeadamente na gestão de materiais e mesmo na gestão dos cuidados: nós fazemos uma gestão partilhada, sendo que alguns de nós têm funções específicas”; “em termos de gestão, a gestão dos cuidados prestados é feita individualmente por cada um de nós, a nível dos utentes da ECCI. Trabalhamos por método de enfermeiro responsável (...) somos responsáveis pela prestação direta de cuidados e pela gestão do processo individual de cuidados”; “Já nas outras unidades onde trabalhei, nomeadamente a nível do Serviço de Urgência, nós fazíamos algum trabalho em termos de gestão; “eu fazia a gestão da área da emergência (...) nomeadamente a verificação e validação relativamente aos carros de emergência da unidade hospitalar”; “trabalhava um pouco na gestão do risco não clínico e fazia a gestão dos carros de emergência”; “diariamente fazer a verificação do serviço em termos de dotação de material em termos de validades, em termos de material que tínhamos disponível e era sempre feita essa checklist de verificação diária – e era feita pelo responsável de equipa, que nessa altura eu já era responsável de equipa e eu já fazia esse trabalho”; “Na unidade atual, tenho mais funções em termos da farmácia, gestão da farmácia e aprovisionamento”; “Assim como também, a gestão das condições físicas em termos de manutenção dos materiais, como a verificação das temperaturas, dos termohidrómetros para verificação também da humidade, para conservação de materiais, portanto essa função também sou eu que a tenho, além de depois de ter a gestão de uma área específica da unidade que é a saúde escolar, que sou eu que sou o responsável

por fazer toda essa intervenção, gerir toda essa intervenção que é feita, a nível da saúde escolar, a nível do agrupamento de escolas local”; “depois fazer tudo o que é área de estatística e dar resposta, no fundo, aos indicadores específicos que temos para essas áreas”.

3. PRESTAÇÃO DIRETA DE CUIDADOS E DESEMPENHO DE FUNÇÕES DE GESTÃO

A.M.: “é acessório” [*o trabalho de coordenação, comparativamente à prestação de cuidados*]; “tendo estas funções (de gestão) vamos sempre conseguir fazer uma leitura diferente da prioridade e até mesmo da prestação dos serviços. Acabamos sempre por adquirir algumas competências (...) na gestão de, por exemplo, stocks e acaba sempre por influenciar a nossa praxis diária”; “Não conseguimos ter só na prática a prestadora de cuidados gerais ou só funções de coordenação... as duas estão interligadas, até porque o trabalho é comum e é interligado no serviço”.

T.L.: “Nos cuidados domiciliários, articulei sempre com as práticas... acumulei funções”; “Na unidade, fazia, inicialmente, só estive como coordenadora (...) Posteriormente é que comecei por acumular novamente funções, portanto ter o papel de coordenadora e também enfermeira, fazer as práticas de enfermagem”; “Focamo-nos mais na coordenação e não vemos tão ao pormenor quais as dificuldades que existem no terreno, digamos assim. Enquanto que estando na prática e ao mesmo tempo a coordenar, nós percebemos quais são as dificuldades que os enfermeiros têm na sua prática laboral”; “Porque o coordenador... o facto de andar no terreno consegue perceber mais facilmente as dificuldades dos enfermeiros”; “estamos a acumular funções, portanto temos um enfermeiro que é coordenador e ao mesmo tempo temos um enfermeiro de cuidados gerais. Portanto, há interesse pela parte da instituição: em vez de pagar dois ordenados, paga um”; “Porque uma vez que vemos as dificuldades que existem no terreno, nós também conseguimos ajudar mais facilmente tanto os utentes como os enfermeiros...!”.

M.N.: “Sempre que necessário, em termos de gestão do serviço, eu presto cuidados, por isso não posso dizer que deixar de prestar cuidados”; “nem uma coisa influencia a outra nem a outra influencia a anterior” [*a relação entre a prestação de cuidados e a coordenação de serviço*]; “a nossa gestão dos cuidados é completamente diferente quando temos também a responsabilidade

da gestão do serviço ou de alguma gestão do serviço (...) há sempre algumas funções que fazemos que não são só parte da gestão dos cuidados e aí temos que gerir o tempo de outra maneira”.

S.P.: “Aqui sou responsável por toda a gestão dos stocks que anteriormente já fazia no serviço de imagiologia – armazém clínico, hoteleiro, géneros alimentares, mas não sou de farmácia porque temos uma farmacêutica de serviço que gere toda a parte da farmácia e dos pedidos em si, mas sou eu quem acaba por controlar a ausência da medicação ou a validade dela. Para além de coordenar a parte dos pedidos de armazém, também faço todos os pedidos de reparações do serviço, assim como elaboro, em colaboração com a diretora de serviço (diretora S.O.), a organização do próprio serviço em si”; “Nós temos doentes internados e nesses prestamos cuidados na satisfação das suas necessidades humanas básicas.”; “Influenciar não influencia, mas é algo que pode ser feito em paralelo” [*sobre a influência mútua entre a prestação de cuidados e a gestão do serviço*].

N.V.: “Sempre que há necessidade, eu tenho que ir para a prestação de cuidados e deixo as funções de apoio à chefia...”; “antes de eu ter estas funções de chefia, eu muita coisa não tinha noção em termos de... de... gastos de material... de... de... de... de preços de material e dessa organização da gestão e penso que influencia, que uma coisa influencia a outra – sim... quando estou na parte de prestação de cuidados, estou a pensar muitas vezes em função de material, quando estou com o material já estou a ver também que é para o doente...”; “Sim, basicamente a parte do armazém clínico, do armazém avançado que temos...” [*sobre a área na qual o seu trabalho de coordenação tem maior enfoque*]; “duas vezes por semana, a gente tenha de acertar os níveis e fazer a gestão com a farmácia”; “Como temos dois serviços, quando estou na prestação de cuidados tenho o cuidado de ir ao outro serviço buscar algum material e tenho o cuidado de o registar nesse local e dantes não tinha tanta perceção de como era importante, em cada local que se vai buscar medicação, o registo ser nesse local e penso que muitas pessoas que estão na prestação de cuidados não têm essa noção – “É do serviço, é da cirurgia!” e depois temos os stocks que não batem certo e tem a haver muitas vezes com este pensamento...”; “muitas vezes, quem está na parte de coordenação há muito tempo – só de coordenação e não de prestação de cuidados – acaba por se esquecer um bocadinho ou por de parte e não valorizar determinados pormenores que quem está na parte da prestação de

cuidados vê... vê o doente de uma maneira... e quem é de coordenação se calhar vê a parte da gestão de outra maneira”; “um enfermeiro de apoio à gestão nunca, na minha opinião, deverá ser só enfermeiro de apoio à gestão! (...) Deverá ser um enfermeiro prestador de cuidados que realmente é-lhe atribuídas essas funções, nem que sejam três vezes por semana... ou o que seja! Se tiver que tirar alguma formação ou outra para perceber alguma coisa na área da gestão”.

R.R.: “acho que é importante o facto de nós trabalharmos e, paralelamente, termos conhecimentos diferenciados na área da gestão. Faz com que sejamos mais racionais, em termos daquilo que é a nossa prestação, faz com que muitas vezes consigamos entender o porquê de algumas decisões que não só a gestão intermédia como também a gestão de topo muitas vezes tem de tomar... e faz com que nós muitas vezes no dia-a-dia sejamos muito mais racionais em termos de atuação, nunca descuidando aquilo que é a qualidade dos cuidados prestados, mas incrementando e potencializando algumas das capacidades que temos de maneira a dar uma resposta mais assertiva a cada situação específica. Ah... é importante esse conhecimento e o facto de nós trabalharmos porque muitas vezes conseguimos ter uma perceção mais fidedigna, mais real daquilo que realmente é necessário, daquilo que realmente pretendemos e conseguimos depois, tendo esta função de gestão, também justificar o porquê de querermos algumas coisas e de querermos implementar alguns procedimentos e isto facilita, realmente, quando implementamos alguns procedimentos e da forma como damos resposta. E, sem dúvida, na minha perspectiva, melhora os cuidados prestados e faz com que os utentes se sintam mais satisfeitos com os cuidados que prestamos.”

4. COMPETÊNCIAS DE GESTÃO

A.M.: “Acho que é uma mais valia... [*um enfermeiro exercer simultaneamente funções de gestão e manter-se na prestação de cuidados*] E poderemos, em questões legais não estar tão habilitados ou precisar de uma especialização para, na teoria, termos essa capacidade de gestão... mas considero que um enfermeiro de cuidados gerais tem no seu dia-a-dia quer competências, quer... intervenções de gestão”; “é um gestor em várias esferas”.

T.L.: “Porque nós gerimos! Gerimos informação, gerimos famílias, gerimos cuidados, gerimos os utentes, ambientes...! Portanto, nós enfermeiros somos também prestadores de “cuidados de gestão””; “O meu contexto profissional diz-me que eu sou gestora. Gestora de cuidados, como já disse e volto a frisar até

para perceberem bem onde é que nós gerimos...! Gestora de cuidados, gestora de famílias, gestora de necessidades, de utentes, de ambientes, de querereres, de informação... a gestão de informação que nós temos de ter com as famílias, com o que é plausível de ser dito, o que não é, o que podemos dizer às famílias, ou omitir às famílias. Eu na minha realidade sou gestora.”; “Agora, eu tenho de gerir essa situação [*sobre o direito à informação*] muito bem, porque o utente tem o direito à sua informação. Nada diz que a família tem o direito à informação: o utente é que tem direito a dizer quem são os familiares que têm direito a receber a informação. Portanto, como enfermeira de cuidados gerais, tenho de saber gerir esta informação e este ambiente!”

M.N.: “um enfermeiro generalista que tenha já algum tempo de experiência, que consiga ter capacidade de gestão operacional... Se calhar recém-licenciados ou recém-cursados não digo que sim, mas com alguma experiência eu acho que sim e isso acontece neste serviço.”; “Sem dúvida.” [*sobre se existe uma relação direta entre competências de gestão e maturidade e desenvolvimento pessoal*]; “Além de que para fazer coordenação do serviço e gestão do serviço, eu acho que são necessárias outras competências, mas que a nível operacional eu acho que é por aí”; “Eu acho que ajuda bastante competências a nível da organização do serviço, a nível de gestão de recursos humanos, gestão de materiais e equipamentos, que sem dúvida é onde toda a gestão do serviço vai ser mais necessária.”; “Eu acho que a parte das relações é extremamente importante. O que eu também considero é que... considero que há pessoas que têm essa competência mais desenvolvida do que outras e não só através de formação avançada na área da gestão.”; “poderei ter, no meu caso, alguma aptidão inata mas também o facto de já ter estado na coordenação de outros serviços anteriormente, consegui desenvolver essa competência a nível profissional”.

S.P.: “o enfermeiro tem todas as competências referidas anteriormente. Nós conseguimos unificar e unir as equipas multidisciplinares com as nossas próprias competências, porque conseguimos fazer com que haja ligação entre eles, em que não haja perda de informação, que haja criação de um bom ambiente terapêutico, portanto para o nível dos próprios cuidados de enfermagem como para a relação que existe com os outros profissionais. (...) Ambiente terapêutico e ambiente multidisciplinar!”; “eu acho que é o elo de ligação entre toda a cadeia profissional dentro de uma instituição.”; “Muitas das vezes os utentes não conseguem perceber, vêm de uma consulta, por exemplo, não conseguem

perceber o que o médico transmitiu e é ao enfermeiro que se dirigem para que nós possamos explicar com palavreado acessível”.

N.V.: “De base, sim! Todos nós. Tanto que eu estou nesta parte de gestão, mas todos os que eu vejo... e quando eu não estou... todos eles colaboram. Se nós temos ali medicação que temos de arrumar nos locais respectivos, fazer contagem de algum material, eu já os vejo eles próprios também (desde que tenham disponibilidade), muitos deles já por iniciativa a solicitarem, perguntarem se eu preciso de ajuda e fazem-no, sim”.

R.R.: “Tanto o especialista como o generalista, sendo que o especialista terá uma competência mais diferenciada”; “[o *especialista*] tem competências específicas que adquiriu aquando da sua formação específica na sua área de especialidade, independentemente de qualquer que for área de especialidade, existe sempre componente de gestão associada a essa formação específica, sendo que é importante essas competências acrescidas que são adquiridas”; “o enfermeiro generalista, devido a esta dinâmica de funcionamento das unidades (e eu falo particularmente pelas unidades onde trabalhei) sempre se tentou – e os coordenadores e os chefes – a função de gestão fosse feita alguma delegação de competências.”; “e isto não é novidade, as pessoas quando são envolvidas nos processos, sentem-se mais motivadas e sentem-se mais interessadas em participar. Daí que seja sempre importante, e é importante, esta motivação das pessoas para que até muitas vezes a implementação e o funcionamento do serviço, a implementação de algumas medidas e o funcionamento do serviço, seja mais eficaz. Claro que os enfermeiros generalistas, tendo já algumas competências sim, vão também adquirindo, pela experiência que adquirem no dia-a-dia de trabalho, mas claro que sim, são incrementadas e mais desenvolvidas com a formação específica, quer seja a nível da especialização ou mesmo formação específica mais avançada na área de gestão”; “há conhecimentos específicos que o enfermeiro generalista tem, que são depois potencializados a nível da especialização na área de interesse que resolve investir, ou seja, faz uma formação específica numa área de interesse e na qual quer apostar. Aí já adquire um conjunto de competências específicas relacionadas com a sua prestação, mas também com aquele que é o seu conhecimento a nível geral da profissão, sendo que depois, neste caso, a especificidade de uma formação na área de gestão, neste caso um mestrado em enfermagem com a especialização em gestão de unidades de cuidados vai fazer

com que, aí sim, o conhecimento seja mais profundo, mais abrangente, mais intensivo e faz com que uma pessoa adquira competências mais diferenciadas e que permitem dar uma resposta mais eficaz e diferenciada às questões que nos colocam no dia-a-dia.”

5. PERSPETIVA DO PAPEL DA FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A.M.: “Penso que apesar de termos essa disciplina, de gestão, é uma disciplina que vai buscar muita retórica, muita teoria, que também é importante, mas que depois não tem a ênfase necessária e não dá os conhecimentos e a capacitação-base para as capacidades de gestão que no dia-a-dia são aplicadas.”

T.L.: “nós enfermeiros, temos, de formação, parâmetros onde conseguimos ir buscar a gestão”; “Agora, as falhas podem ser colmatadas com mais formação.”; “inicialmente fui coordenadora dos cuidados domiciliários, fiz uma formação, uma pós-graduação em gestão e administração em serviços de saúde exatamente por isso: pela ambição de saber mais sobre gestão e poder colmatar esse défice de conhecimento. E acho que nós enfermeiros já somos profissionais a quem a palavra “gestão” está muito dentro da nossa ordem de trabalho”.

M.N.: “Acho que não é suficiente porque é dada pouca ênfase à parte da gestão e quando os profissionais recém-licenciados chegam aos serviços, as maiores lacunas são nessa área. Não estão minimamente preparados para assumir uma [área da] gestão / coordenação de qualquer serviço; “[A formação dos enfermeiros generalistas] Vai muito para a prestação direta de cuidados e pouco para a área da gestão.”.

S.P.: “Eu acho que é insuficiente, por um lado, mas suficiente por outro”; “Eu acho que as pessoas têm capacidades inatas para a gestão e para a organização de um serviço. Tudo bem que possam fazer uma pós-graduação ou possam continuar a evoluir na sua formação a nível académico, contudo eu acho que há pessoas que por muito que progridam a nível académico não têm perfil nenhum para serem enfermeiros gestores nem muito menos enfermeiros chefes”; “Eu acho que é uma capacidade inata da pessoa, claro que está que eu sou apologista que elas se devem formar – para quê? Para a nível pessoal e até profissional estarem devidamente documentados, para justificarem aquilo que fazem e o porquê de o terem feito”.

N.V.: “Nas escolas, se calhar precisávamos de investir um bocadinho mais na parte da gestão, sim! Sem dúvida: dei muito pouco e muito superficial. Depois cada um vai construindo o seu percurso, apesar que eu acho que tem muito a haver com o perfil da pessoa...”; “No pós-curso... pós-curso faz sentido se a pessoa gostar dessa área, realmente”; “eu só tenho o curso base, não tenho nenhuma pós-graduação, nem tenho... nem tenho nenhuma formação na área da gestão. Se me sinto menos capaz do que alguém que tenha? Não sei... Tudo o que me solicitam e dentro do que eu posso investir, eu faço e as coisas têm resultado...! Agora, se me disserem se eu valorizo quem tenha a formação, valorizo, sim.”; “se alguém que tenha um curso de gestão e que eu não tenho, qual dos dois está mais capacitado para exercer a função...? Eu vou responder assim: não quer dizer que quem tenha o curso, tenha mais capacidade do que quem não tenha.”; “Se a pessoa não tiver o tal perfil para exercer um cargo destes, não é por tirar três ou quatro cursos que vai conseguir exercer melhor e ter melhor capacidade do que o outro.”.

R.R.: “qualquer enfermeiro generalista, quando termina a sua formação de base, tem já consigo alguns conhecimentos na área da gestão: conhecimentos básicos que permitem que ele desempenhe a sua função, porque nós todos, no dia-a-dia, quando desempenhamos funções temos de ter sempre inerente formação ou alguns conhecimentos de gestão e eles estão sempre implícitos naquilo que fazemos no dia-a-dia: na gestão dos cuidados que fazemos, na prestação dos cuidados ao nosso utente, no modo como gerimos esses cuidados, no como triamos e criamos prioridades na nossa atuação – logo aí temos uma componente de gestão inerente ao nosso desempenho”; “para o desempenho de algumas funções específicas na área da gestão, nomeadamente coordenação de serviços, gestão de unidades, não é que o enfermeiro generalista não tenha algumas competências, mas (...) penso que deverá ser sujeito a uma formação mais específica de modo a desenvolver essas competências, a consolidar conhecimentos que lhe permitam responder de forma mais eficaz e com uma base mais sólida em termos de conhecimentos científicos para consolidar a sua atuação”.

6. FUNÇÕES DE GESTÃO DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS E DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

A.M.: “Considero que as mesmas [*funções de gestão / coordenação*] podem ser adquiridas porque os enfermeiros de cuidados gerais têm tantas ou mais

valências”; “considero que se os enfermeiros especialistas têm essa formação e se a adquirem, considero que têm o dever de prestar essas capacidades de forma mais competente”; “Se o enfermeiro generalista, quer com a sua experiência profissional, quer depois com esse complemento ou não de formação, acho que as funções são executadas de igual forma (...) que um enfermeiro especialista”; “o enfermeiro quando se torna especialista torna-se especialista numa das áreas que temos disponíveis e não há nenhuma área de especialização em gestão”; “o enfermeiro generalista, quer com a sua experiência profissional, quer depois com esse complemento ou não de formação, acho que as funções são executadas de igual forma (...) que um enfermeiro especialista”; “o enfermeiro quando se torna especialista torna-se especialista numa das áreas que temos disponíveis e não há nenhuma área de especialização em gestão. Portanto, ao não existir essa área, um enfermeiro generalista também tem as mesmas capacidades e também as poderá executar”.

T.L.: “Um enfermeiro especialista especializa-se numa área. Não há especialidade em gestão, portanto os conhecimentos que o enfermeiro especialista tem... sabe mais é da especialidade que tirou. Portanto ele sabe o mesmo que um enfermeiro de cuidados gerais...”; “[o enfermeiro especialista] sabe mais sobre a especialidade que tirou. Mas sobre gestão, ele sabe o mesmo. (...) Ele não se foi especializar em gestão”; “porque já estamos com pós-graduações, com mestrados... e, portanto, acho que facilmente conseguimos chegar a uma especialização. E aí... depois cabe a experiência de serviço e a especialização em gestão”.

M.N.: “Em relação à minha prestação aquando dos cuidados continuados do qual eu fui coordenador, tive funções de chefia, eu já tinha feito o mestrado. E esse mestrado já tinha sido na área da enfermagem e já tinha tido a possibilidade de adquirir competências na área da gestão através do mestrado, que nenhuma foi acrescida aquando de fazer a especialidade em enfermagem.”

S.P.: “deve ser atribuído a quem realmente tem melhor capacidade para gerir as coisas”; “por muito que uma pessoa seja formada e lá porque é especialista, se não tiver a capacidade inata de ser um bom líder e um bom gestor, nada lhe confere que o faça da forma mais correta”; “um enfermeiro de cuidados gerais, se for, de facto, um bom gestor, não deve estar inibido pelo facto de não ter uma especialidade, de exercer essas funções”; “Exatamente” [*a especialidade está*

muito virada para a parte clínica e pouco para a gestão]; “Se fosse uma especialidade de gestão, aí pronto... Mas, não sendo...”.

N.V.: “Na minha opinião não acho necessário ter uma especialidade para exercer esta função...”; “Posso ter uma especialidade na área de psiquiatria, obstetrícia... sei lá, urgência... Não quer dizer que eu tenha mais habilitação que um colega que até já trabalhou áreas da gestão, que já tirou pequenas formações, que já fez trabalhos nessa área, já tem a experiência profissional de que teve nessa área...”; “Não vejo que tenha de ter o grau de especialidade. Agora, se calhar, temos de ter... talvez alguma formação nessa área da parte de gestão”; “Eu, por exemplo, exercendo as funções que exerço agora, sem curso de especialidade e sem curso de formação (qualquer formação) na gestão, eu acho-me capaz de exercer esta função”; “desde que tenha o perfil e que goste da área e que seja organizada (porque acho que para ter um cargo desses, de gestão, tem de ser uma pessoa organizada, não pode ser alguém que seja desorganizado no seu dia-a-dia, senão não funciona)”; “Não” [*sobre se achava que uma especialidade numa área clínica adicionava competências para a área da gestão*]; “realmente a pessoa tem um grau profissional mais elevado que os da outra categoria e, depois, quando têm o “grau” de coordenação, algumas pessoas já têm interesse em (...) exercer funções de chefia. (...) Depois de uns determinados anos como coordenadoras e depois passam para chefes: para chefes têm de ter especialidade... automaticamente as pessoas sentem-se na obrigação de tirar a especialidade para terem esse cargo” [*sobre o porquê de muitas vezes se atribuir a coordenação do serviço a enfermeiros especialistas*].

R.R.: “preferencialmente, e esta é uma das razões pela quais eu compreendo o modo como na minha unidade específica, que é a unidade de cuidados na comunidade... Foi definido que (...) seja um enfermeiro e que obrigatoriamente o enfermeiro coordenador tenha de ter conhecimentos específicos na área da gestão ou tenha já demonstrado conhecimentos nessa área, experiência nessa área e tenha de ser especialista. Isto é um critério para que se possa ser coordenador de uma unidade de cuidados na comunidade”; “Não é que o enfermeiro generalista não possa ter já competências para o desempenho dessa função de coordenação, ou dessa função de chefia ou gestão das unidades, mas com a certeza que muitas vezes esses conhecimentos lhes advêm da experiência e do tempo ao qual já desempenha as funções (...) daí eu compreendo que os enfermeiros generalistas, mesmo não tendo especialidade, possam ter essa

função de gestão dos serviços”; “[os enfermeiros *generalistas em funções de apoio à chefia/coordenação*] deveriam fazer uma formação mais específica nessa área para terem conhecimentos mais avançados, nomeadamente em termos de gestão de conflitos, comunicação, gestão de recursos humanos, em termos de gestão de materiais... toda uma área de competências mais específicas”; “a vertente da liderança, que é importante, e muitas vezes a liderança já será mais inata (...) Podem-se ir adquirindo algumas competências que ajudam em termos da gestão, em termos da chefia de um serviço, mas o perfil de liderança pessoal já é muito inato da pessoa e essa capacidade já é mais inata da pessoa”.

7. VISIBILIDADE DO TRABALHO DE GESTÃO DOS ENFERMEIROS

A.M.: “a sociedade vê o enfermeiro como o enfermeiro de cabeceira, aquele que está 24 horas sob 24 horas com o utente, em que eles realmente nos questionam e nos solicitam, mas que quem realmente tem uma importância e uma avaliação digna e fidedigna em relação a diagnósticos e posteriores intervenções é a classe médica. Em relação à Ordem dos Enfermeiros, a Ordem não identifica e não regula essa questão da gestão. Diz que o enfermeiro organiza, que o enfermeiro coordena, que o enfermeiro executa, que o enfermeiro supervisiona os cuidados, o ambiente e toda a rede social de apoio do utente, mas que depois não valida essas competências de gestão que temos na nossa praxis. Relativamente às teorias, nalgumas teorias podemos realmente considerar que o enfermeiro realmente tem competências de gestão, como a das Transições, onde, por exemplo, um utente que tenha uma alta, o enfermeiro tem a capacidade e a competência de fazer, por exemplo, a gestão e a ponte com os cuidados primários, com o domicílio e ver toda a rede de suporte que o utente ainda poderá carecer desses cuidados na sociedade... Outras teorias também como a do Autocuidado, o enfermeiro poderá ter essas competências de gestão... Outras nem por isso..... não... já não são tão explícitas nessa nossa capacitação”; “enfermeiro é reconhecido como um enfermeiro gestor (...) Na área da saúde mental onde estou (...) o enfermeiro realmente está muito bem posicionado e faz toda essa componente de gestão e ligação, quer com a equipa médica, quer com a sociedade, quer com a parte familiar, quer a coordenação toda dos cuidados que são prestados e devidos diagnósticos e intervenções que são implementadas”.

T.L.: “A sociedade não prevê o enfermeiro como gestor. A sociedade vê o enfermeiro como... um prestador de cuidados! Um cuidador!”; “estamos ali 24

horas, é certo, mas não nos vê como gestores. Gestor é o médico.”; “Se nós conseguíssemos fazer chegar mais informação à sociedade para que ela percebesse que nós gerimos cuidados, gerimos ambientes, gerimos famílias, gerimos utentes...”; “teorias de enfermagem falam em gestão. Indiretamente falam em gestão!”; “E o modelo dos autocuidados de Orem também frisa ali a mais que não seja na gestão dos cuidados prestados ao utente, que é a planificação deles e quando estamos a planear nós temos de gerir”; “Quanto à Ordem (...) Ainda não há nada em concreto que diga que somos enfermeiros gestores...”; “nós temos chefes de serviço, coordenadores de serviço e, portanto, têm de ser valorizados por isso e têm de ser reconhecidos.”; “temos competências de gestão porque nós gerimos no nosso dia-a-dia! Na minha realidade, eu sei que os meus utentes me vêem como gestora dos cuidados deles. A instituição vê-me como gestora! Agora para a realidade cá fora... a dita sociedade, eu acho que não me vê como gestora. Agora se nós temos competências de gestão: sim!”

M.N.: “a sociedade ainda hoje em dia vê os enfermeiros como... tarefeiros, como auxiliares dos médicos ou que executam apenas algumas funções interdependentes, não valorizando as funções autónomas da enfermagem, sendo uma delas a gestão dos serviços...!”; “Em relação à Ordem dos Enfermeiros eu acho que tem vindo a ser feito um... a ser desenvolvido um trabalho e acho que esse trabalho tem tido alguns frutos (...) a Ordem valoriza a gestão por parte de enfermagem”; “Em relação às teorias da enfermagem, nós temos várias teorias... acho é um mundo mesmo! Mas, por norma, todas elas ou a maior parte, dá ênfase à gestão sendo ela de vários tipos: gestão organizacional, ambiental, gestão dos cuidados de saúde.”; “se debruçarmos mesmo sobre o assunto, se calhar é necessário algum reajuste para que as coisas fossem claras, porque acho que ficou um bocadinho na dúvida (ou deixam-nos dúvidas), mas... o REPE já nos fala de competências de gestão ou de funções de gestão – eu só acho é que não está bem claro e não está difundido a nível de enfermagem... e isso é extremamente importante.”; “Eu acho que devia de ser mais explorado e dar ênfase, claramente, às funções que o enfermeiro... [*relativamente ao REPE*] (...) Operacionais! Isso sim! Porque o que está aí é uma coisa abrangente, que os enfermeiros generalistas podem e devem fazer, mas eu acho que são aspetos que deviam estar mais específicos, para que fosse mais claro e não deixasse dúvidas”.

S.P.: “A sociedade em si acha que os enfermeiros não têm capacidade para gerir seja o que for – acham que isso é da competência médica e não da competência do enfermeiro e acham que estamos a entrar em caminhos, em terreno que não é nosso”; “a Ordem só confere a competência adquirida aos enfermeiros especialistas e não aos enfermeiros de cuidados gerais e todos os documentos legais enveredam por isso – ou seja, é um lapso, porque não é por não terem uma pós-graduação ou uma especialidade que a pessoa não tem a capacidade inata de gerir um serviço da melhor forma que pode e que sabe”.

N.V.: “acho que vê o enfermeiro muito mais direcionado para o doente” [*a sociedade*]; “A parte de gestão e de... que é mais atribuída aos enfermeiros chefes, penso eu que a sociedade vê mais por aí. Nós enfermeiros, sem sermos os chefes, eles vêem-nos mais na prestação direta aos doentes. Se falarmos dos enfermeiros chefes eu penso que eles já têm outra visão, já mais direcionada para a parte de gestão: recursos humanos, gestão dos horários, gestão, etc”; “Agora no geral, lá fora, falamos em enfermeiros e as pessoas no geral não veem o enfermeiro como um gestor, veem o enfermeiro de prestação de cuidados”; “em termos de Ordem já saiu alguma coisa sobre isso, por isso é que estão tão a valorizar a parte da gestão ao nível da enfermagem (...) Se eventualmente a Ordem preconiza que quem faz a parte da gestão são os enfermeiros especialistas... pronto, eu vou dar a minha opinião, como já dei há bocado: que não acho necessário ser um enfermeiro especialista a exercer esses cargos”; As teorias de enfermagem (...) do primeiro impacto que me lembro também vejo mais de teorias de enfermagem na área da prestação de cuidados”; “nós temos sempre, o enfermeiro tem sempre múltiplas funções”; “Muitas vezes o que está delineado ou os indicadores (por assim dizer) que estão definidos pela Ordem muitas vezes nós acabamos por fazer um bocadinho mais, às vezes, do que está escrito, como é óbvio, porque acabamos por ser um enfermeiro da gestão, “o psicólogo” daquele momento, às vezes assistente social, também temos de gerir a parte familiar”; “já desde a escola que nós temos um parâmetro de avaliação que é a gestão dos cuidados”; “Já tem acontecido, sentir um bocadinho – mais ao início, como é óbvio – um bocadinho perdida em saber exatamente as minhas funções”; “Falta definir em termos de... de... parâmetros e de funções”.

R.R.: “ainda continuamos muito subjugados àquela ideia da imagem social de uma profissão dependente do domínio médico (...) que não tem autonomia, que está dependente daquilo que é a atuação médica e que seríamos, no fundo,

meros cumpridores de orientações dadas pelos médicos”; “competem-nos a nós demonstrar esta diferenciação que temos em termos profissionais: estes conhecimentos específicos e demonstrar que a enfermagem não é uma profissão subjugada à profissão médica, mas é sim uma profissão autónoma com um *core* de conhecimentos próprios que permite que se desempenhe e que se considere uma ciência (...) que permite que seja uma profissão ela própria autónoma”; “Eu penso que em termos daquilo que é o nosso desenvolvimento profissional, eu acho que se está a fazer um caminho no sentido de se considerar a formação específica em local de trabalho – ou seja, aquilo que a Ordem defende como sendo quadro de competências adquiridas em âmbito profissional e a implementação dos estágios”; “E também o facto de cada vez mais estarmos a apostar na especialização e no reconhecimento de competências específicas, nomeadamente as competências avançadas na área da gestão, as competências avançadas em termos de assessoria, a supervisão clínica agora também... Portanto, são tudo competências avançadas específicas que cada vez mais vão fazer com que a visibilidade da nossa profissão e aquilo que é o nosso desempenho diário seja reconhecido de um modo diferente”; “Os utentes já começam a notar esta diferença – já começam também a dizer-nos que realmente “hoje em dia, o vosso trabalho vai muito além daquilo que é o simples”.

